

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

LUCAS JAMPERSA

**QUEBRANDO O SILÊNCIO: VIOLÊNCIA FAMILIAR E O TRABALHO
CLÍNICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

CURITIBA

2022

LUCAS JAMPERSA

**QUEBRANDO O SILÊNCIO: VIOLÊNCIA FAMILIAR E O TRABALHO
CLÍNICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação, da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientadora Profa. Dra. Giselle Aparecida de Athayde Massi.

CURITIBA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

J27 Jampersa, Lucas.

Quebrando o silêncio: violência familiar e o trabalho clínico de profissionais da saúde/ Lucas Jampersa; orientadora Prof.^a Dr.^a Giselle Aparecida de Athayde Massi.
105f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2022

1. Revisão sistemática. 2. Profissionais da saúde.
3. Fonoaudiologia. 4. Violência. 5. Crianças e adolescentes.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Distúrbios da Comunicação/ Mestrado em Distúrbios da
Comunicação. II. Título.

CDD – 362.8292

TERMO DE APROVAÇÃO

LUCAS JAMPERSA

“QUEBRANDO O SILÊNCIO: VIOLÊNCIA FAMILIAR E O TRABALHO CLÍNICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE”

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre no Programa de Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, 20 de abril de 2022

Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação

Orientadora:	Profa. Dra. Giselle Aparecida de Athayde Massi UTP – Programa em Distúrbios da Comunicação
Membro interno:	Profa. Dra. Adriana Bender Moreira de Lacerda UTP – Programa em Distúrbios da Comunicação
Membro externo:	Profa. Dra. Francine Marson Costa Faculdade Sant'Ana

*Não passava de criança
Que sonhava ser herói
O que trago na lembrança
Eu que sei o quanto dói*

*Era só uma menina
Que sonhava ser princesa
Mas que teve a triste sina
de ser pega indefesa*

*Foi tão feio, tão nojento e tão vil
Erguer meus olhos puros e infantis
Mirar na cara do meu algoz senil
Ultrajado em seus míseros ardis
Enojado de seu semblante imbecil
Laçado feito um passarinho infeliz*

*Lá se foi minha pureza
Antes nunca que tão cedo
Quem saiu em minha defesa?
Só restaram culpa e medo
A vergonha e a tristeza
Hoje moldam meu enredo*

*Não havia a quem contar
Ninguém me daria ouvido
Com quem mais posso contar
se até eu de mim duvido?*

*E se eu quisesse evitar
Não teria acontecido?
Haveria culpa em mim
Por tão funesta atitude?
Se houver, diga que sim
faz de conta que me ilude
Sem flores em meu jardim
Espinhos me fizeram rude
Minha sede não tem fim
Faltou água em meu açude
Quem sabe mesmo assim
Num lampejo de virtude
Antes de chegar ao fim
algo acorra e tudo mude?
E se perceba até que enfim
Que eu resisti o quanto pude*

(Infância Violada – Hermes Fernandes)

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Giselle Massi, pelo incentivo e compreensão nos momentos complicados desta caminhada.

À PROSUP/CAPES pela concessão da taxa que me permitiu continuar os estudos.

Aos meus colegas e Professores da UTP pelas partilhas de aprendizados, cujas “vozes” estão “ditas” nesta dissertação.

A todos do NARMS pelo suporte na Revisão Sistemática e Meta-análise, em especial o Prof. Dr. Cristiano Miranda de Araújo.

Aos meus Pais, João e Maria, exemplos de coragem e determinação, por estarem sempre a meu lado, me motivando a estudar e realizar meus sonhos.

Agradeço à Cynthia, minha irmã, por me suportar desde a infância. A Djalma, que é mais que um cunhado é um irmão e segundo pai, e a Ana Cecilia, minha sobrinha que torna mais leve meus dias.

Agradeço a todos os meus amigos, da igreja, do trabalho, dos cursos, da vida. Obrigado, por todo o apoio, paciência e carinho para comigo, isso foi fundamental para a finalização desta dissertação.

À banca examinadora, por aceitar o convite em contribuir com o avanço deste trabalho.

E finalmente, agradeço as divergências da vida, que me tornaram uma pessoa melhor. Em especial, à minha criança interior que não cessa de perguntar-se o porquê, e nessa busca por respostas, escreveu essa dissertação.

RESUMO

Introdução: Dentre os tipos de violência que acompanham a história humana, destacam-se as que ocorrem em âmbito intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Essa violência é definida como toda agressão física, sexual, psicológica, abandono ou negligência contra uma pessoa em desenvolvimento, em qualquer etapa da vida, que podem afetar sua integridade biopsicossocial. Nesses casos, a atuação do profissional da saúde pode promover ações capazes de romper ou evitar dinâmicas familiares violentas. Entre os profissionais que se depararam com situações de violações infantis e juvenis, encontra-se o fonoaudiólogo. O estreito convívio estabelecido com o paciente e o fato de permanecerem em um espaço de privacidade, sem a presença dos responsáveis, faz com que o acompanhamento do fonoaudiólogo seja propício para identificar possíveis vítimas. **Objetivo:** descrever a prevalência de relatos de violência familiar contra crianças e adolescentes, por parte de profissionais da saúde atuantes em ambiente clínico, bem como analisar o conhecimento e a atuação do fonoaudiólogo, diante dessa violência. **Método:** Essa dissertação é composta por uma coletânea de dois estudos apresentados em formato de artigos científicos, assim apresentados: o **Artigo 1** se caracteriza como uma revisão sistemática da literatura e meta-análise, que teve o objetivo de analisar a prevalência de relatos de violência em crianças e adolescentes no trabalho de profissionais da saúde, que atuam no campo clínico. Foi realizada uma busca eletrônica de trabalhos indexados em seis bases de dados: EMBASE, LILACS, LIVIVO, PubMed/Medline, Scopus e Web of Science, além de uma pesquisa parcial da literatura cinzenta: Google Scholar, MedRxiv, OpenGrey e ProQuest; o **Artigo 2** se configura como um estudo transversal, descritivo. Foi realizada uma pesquisa de campo produzida a partir do envio de questionários a 4.297 fonoaudiólogos, inscritos no CREFONO-3. O objetivo foi analisar o conhecimento dos fonoaudiólogos sobre a violência familiar contra crianças e adolescentes e compreender como eles atuam nesses casos. **Resultados:** O estudo 1 revelou que aproximadamente um a cada dois profissionais da saúde se deparam com relatos de violência contra crianças e adolescentes, em sua prática clínica, sendo que um a cada três profissionais notificam os casos aos órgãos competentes. Os dados do estudo 2 evidenciaram que o conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes está voltado para os tipos de violência, as formas de identificação, a notificação dos casos aos órgãos competentes, a procedimentos como o acolhimento e encaminhamento das vítimas para outros serviços, para a relação entre os sintomas fonoaudiológicos com a situação de violência e o despreparo do profissional para agir em casos de violência. Já, a atuação do fonoaudiólogo, nessas situações, ocorre através da notificação dos casos, conversa com os familiares, encaminhamentos e/ou contato com outros profissionais. **Considerações finais:** a presente dissertação retratou a importância da quebra do silêncio em torno da violência, tornando-a conhecida como um problema social e indicando a necessidade de colocá-la em discussão. Enfatiza-se, também, a necessidade da realização de mais pesquisas sobre essa temática, no âmbito da Fonoaudiologia, propiciando a construção de novos saberes científicos que auxiliem os fonoaudiólogos a trabalhar clinicamente com as vítimas que chegam para atendimento.

Palavras-chave: Revisão sistemática, profissionais da saúde, fonoaudiologia, violência, crianças e adolescentes.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS POR MEIO DAS BASES DE DADOS.....	31
FIGURA 2 - RESULTADOS SOBRE O RISCO DE VIÉS. ESTUDOS TRANSVERSAIS AVALIADOS USANDO FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO CRÍTICA META-ANALYSIS OF STATISTICS ASSESSMENT AND REVIEW INSTRUMENT (MASTARI).....	37
FIGURA 3 - RESULTADOS SOBRE O RISCO DE VIÉS. ESTUDOS TRANSVERSAIS AVALIADOS USANDO FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO CRÍTICA META-ANALYSIS OF STATISTICS ASSESSMENT AND REVIEW INSTRUMENT (MASTARI)	38
FIGURA 4 - FOREST PLOT DA META-ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE RELATO DE VIOLÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO TRABALHO CLÍNICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	40
FIGURA 5 - FOREST PLOT DA META-ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DE NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO TRABALHO CLÍNICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	41
FIGURA 1 - TEMPO DE FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL E O ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	42
FIGURA 2 – TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL E O CONHECIMENTO SOBRE VIOLÊNCIA.....	73
FIGURA 3 - TIPOS DE VIOLÊNCIA E OS SINTOMAS FONOAUDIOLÓGICOS.....	74
FIGURA 4 - O AGRESSOR E O SINTOMA FONOAUDIOLÓGICO.....	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESTRATÉGIA DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS.....	46
QUADRO 2: RESUMO DOS ACHADOS PARA A QUESTÃO: QUAL A PREVALÊNCIA DE RELATOS E DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS CLÍNICOS DA SAÚDE?...	42
QUADRO A – TRANSVERSAL. ESTUDOS DESCRITIVOS. PARTE 1.....	50
QUADRO A – TRANSVERSAL. ESTUDOS DESCRITIVOS. PARTE 2.....	51
QUADRO A – TRANSVERSAL. ESTUDOS DESCRITIVOS. PARTE 3.....	52
QUADRO A – TRANSVERSAL. ESTUDOS DESCRITIVOS. PARTE 4.....	53
QUADRO A – TRANSVERSAL. ESTUDOS DESCRITIVOS. PARTE 5.....	54
QUADRO A – TRANSVERSAL. ESTUDOS DESCRITIVOS. PARTE 6.....	55
QUADRO 1 - CONHECIMENTO DO FONOAUDIÓLOGO SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	69
QUADRO 2 - ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	71

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS....	33
TABELA 2 - ARTIGOS EXCLUÍDOS E MOTIVOS DE EXCLUSÃO (N = 29)	49
TABELA 1 - CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	66
TABELA 2 - FORMA(S) DE CONTATO(S) COM ASSUNTOS RELACIONADOS À VIOLÊNCIA.....	67
TABELA 3 - AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE O ATENDIMENTO E O CONHECIMENTO SOBRE VIOLÊNCIA E AS CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO.....	72
TABELA 4 - AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA DE SINTOMA FONOAUDIOLÓGICO E AS CARACTERÍSTICAS DA AGRESSÃO E DO AGRESSOR.....	73

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AC	Análise do Conteúdo
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CREFONO-3	Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região
CFFa	Conselho Federal de Fonoaudiologia
EMBASE	Banco de dados bibliográfico biomédico e farmacológico da literatura
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LIVIVO	Portal de Pesquisa em Ciências da Vida
NARSM	Núcleo de Estudos Avançados em Revisão Sistemática e Meta-análise
OMS	Organização Mundial de Saúde
OpenGrey	Sistema de Informação sobre Literatura Cinzenta na Europa
PRISMA	Relatório preferencial para revisões sistemáticas e lista de verificação de meta-análise
PROSPERO	Base de Registro de Protocolos de Revisões Sistemáticas

PROSUP	Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares
PubMed/Medline	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância
UTP	Universidade Tuiuti do Paraná
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	14
2. INTRODUÇÃO.....	17
3. PERGUNTAS NORTEADORAS	20
4. OBJETIVOS.....	20
5. MÉTODO.....	21
5.1. METODOLOGIA DO ARTIGO 1.....	21
5.2. METODOLOGIA DO ARTIGO 2.....	21
6. RESULTADOS.....	24
6.1. ARTIGO 1	25
6.1.1. INTRODUÇÃO	26
6.1.2. METODOLOGIA	27
6.1.3. RESULTADOS.....	30
6.1.5. DISCUSSÃO	42
6.1.6. CONCLUSÃO	45
6.1.7. APÊNDICES	46
6.1.7. REFERÊNCIAS.....	56
6.2. ARTIGO 2	62
6.2.1. INTRODUÇÃO	63
6.2.2. MATERIAL E MÉTODO	64
6.2.3. RESULTADOS.....	66
6.2.4. DISCUSSÃO	75
6.2.5. CONCLUSÃO	80
6.2.6. REFERÊNCIAS.....	80
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
8. REFERÊNCIAS.....	90
9. APÊNDICES DO ARTIGO 2	94
10. ANEXOS.....	101

1. APRESENTAÇÃO

De acordo com a linha de pesquisa “*Promoção da Comunicação Humana nos Contextos da Saúde e da Educação*” do Mestrado e Doutorado em Distúrbios da Comunicação da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), é possível relacionar o tema da pesquisa com partes da história de vida do pesquisador, incluindo a escolha pelos assuntos abordados na dissertação. Diante disso, está apresentado, na sequência, o relato pessoal do mestrando.

Atualmente estou com 24 anos e ao desenvolver este trabalho, passei a recordar, de forma intensa, de minha trajetória de vida. Lembro que tive um período escolar difícil, repleto de “problemas” de aprendizagem. Hoje, ao me deparar com a escrita de uma dissertação de mestrado, fico extasiado em saber que consegui superar cada um dos meus obstáculos. Não foi fácil, mas é uma escolha que resolvi bancar todos os dias.

Ainda, no período escolar, recordo que tive poucos amigos, devido às minhas lesões de pele. Dos 5 aos 17 anos de idade, percorri inúmeros dermatologistas buscando tratar essas lesões. Aproximadamente 70% do meu corpo era coberto por feridas, que evoluíam para um estágio de “carne viva”. Meus familiares achavam que eu não sobreviveria devido ao elevado risco de infecção. Porém, uma médica especializada em alergias de pele iniciou um tratamento, que me reestabeleceu aos poucos. Ainda, hoje, faço atendimentos periódicos com dermatologista para manter a pele preservada. Essas lesões tiveram um impacto negativo em minha vida escolar. Os colegas de sala não compreendiam o que acontecia em minha pele, mesmo eu explicando inúmeras vezes. Devido a isso, ninguém chegava perto de mim, expressando nojo, através de atos e palavras repreensivas.

Quando haviam atividades em grupo, era terrível, pois, sempre, tinha que fazer tudo sozinho. Então, só restava dar o meu melhor nessas atividades para ver se os colegas me enxergavam com outros olhos. Essa minha atitude foi funcionando ao longo do tempo, somada as camadas de roupas que usava para me esconder, mesmo nos dias mais quentes do ano. Desse modo, os colegas se aproximaram de mim, nos trabalhos grupais, para garantirem boas notas. Óbvio que eu sabia que a aproximação não era genuína, porém, pude ser visto, além das minhas aparências físicas.

Entretanto, o que era um fator de exclusão, para muitos não se aproximarem de mim, não foi para outros. Minha infância, também, foi marcada por situações de

violência sexual, as quais demorei muito tempo para entender. Após os atos, me calava e fingia que nada acontecia, devido as ameaças de um dos violentadores, que dizia: *“Se você contar para alguém, eu corto teu pinto e mato sua mãe”*. Esse mesmo agressor, ainda, me tratava com palavras de baixo calão e humilhações constantes. Com o passar do tempo, a adolescência chegou e comecei a entender, aos poucos, que aquilo não era natural e não poderia continuar. Eu precisava fazer algo, então, me posicionei e impus um basta na situação frente aos agressores. Depois, coloquei uma pedra nos fatos e me calei novamente, não falando sobre o assunto com ninguém.

Os anos se passaram e chegou a hora do tão esperado vestibular. Com a dúvida do que cursar, realizei um teste vocacional, no ano de 2015, ele me apresentou a fonoaudiologia. Na hora pensei: *“Que profissão é essa?”*. Após este momento, fiz várias buscas sobre a área e me encantei, resolvi que esse seria o curso. Pesquisei as instituições de ensino e logo encontrei a Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Então, em 2016, ingressei na graduação da UTP. Encontrei um curso maravilhoso, com um corpo docente inexplicável, no qual tive a possibilidade de construir aprendizados incríveis. No quarto semestre, durante a disciplina de linguagem escrita, ministrada pela Profa. Dra. Ana Paula Berberian, entramos em um assunto relacionado a violência sexual. Senti um gatilho emocional, entrei em crise e, aos poucos, fui puxando na memória as situações de violência que presenciei e que optei em silenciar, acreditando que este seria o ideal. A verdade é que elas nunca se calaram, aquela aula trouxe à tona tudo o que eu não queria, a voz que me dizia: *“Você precisa falar sobre isso”*. Assim, iniciei um acompanhamento psicoterápico que, somado a ajuda de alguns amigos da igreja com quem compartilhei essa história, me propiciou ressignificar meus caminhos.

Ainda no quarto semestre, tive a disciplina de Projeto interdisciplinar IV – Ciclos de vida, ministrada pela Profa. Dra. Giselle Massi, na qual aprendi sobre as atuações do fonoaudiólogo nos diferentes cursos de vida. Nessa disciplina, refleti o quanto a fonoaudiologia poderia ir além dos campos já existentes. Então, juntando as minhas ânsias pessoais com as reflexões que aquele semestre me proporcionou, tive a ideia de desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre fonoaudiologia e violência intrafamiliar. A partir de lá, iniciei as pesquisas bibliográficas sobre a temática. Em 2019, concluí o bacharelado e, com o desejo de me aprofundar mais e

desenvolver pesquisas mais específicas, me inscrevi para o Mestrado em Distúrbios da Comunicação na UTP.

Após realizar minha inscrição, as preocupações com o financeiro latejavam em minha cabeça. Não sabia se conseguiria arcar com as mensalidades do mestrado, durante os 30 meses. Pedi a Deus um sinal, confirmando se havia feito uma boa escolha. Então, naquele dia, ao entrar no *Uber* que iria em direção a rodoviária, para voltar à minha cidade, me deparei com o som da rádio tocando: “*Tu és Senhor o meu Pastor, por isso nada em minha vida faltará*” (Salmo 22/23). Esse acontecimento foi a confirmação de que eu deveria continuar, e para minha surpresa, ainda no mesmo semestre, fui contemplado com uma taxa (PROSUP/CAPE), não precisando arcar com as mensalidades.

Em janeiro de 2020, após a colação de grau, comecei a atuar como fonoaudiólogo clínico em minha cidade, Paranaguá, atendendo um paciente que passou por violência intrafamiliar. Também, no mesmo ano, atendi a uma professora com queixas vocais, cuja demanda (aquilo que estava por traz da queixa vocal) era a dificuldade em lidar com situações de violência dentro da escola em que trabalhava. Assim, juntos iniciamos um projeto voluntário intitulado “Dê a mão”, com o intuito de realizar oficinas com professores e alunos sobre assuntos relacionados à violência.

Acredito que as escolhas feitas na vida não são por acaso. Para mim, pesquisar e falar sobre violência é mais que um trabalho, fiz disso uma missão. Resignifiquei minha história de vida, para ajudar outras pessoas a também resignificarem suas histórias de vida. Como dizia Jean Paul Sartre: “Não importa o que fizeram com você. O que importa é o que você faz com aquilo que fizeram com você”.

2. INTRODUÇÃO

A violência é caracterizada como um fenômeno histórico, produzido com base em problemas sociais, vinculados a determinantes e condicionantes socioeconômicos que se associam à etnia, gênero, idade, condições culturais, religiosas, dentre outros. Para melhor entender esse fenômeno, cabe ressaltar que a violência não é uma, e sim, múltipla. Por isso, é preciso afastá-la de uma definição fixa e simples, na medida em que se trata de um fenômeno polissêmico (MINAYO, 2006). De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer "força" e sua origem está relacionada ao termo "violação", que procede de *violare* (NUNES *et al.*, 2020).

Dentre os tipos de violência que acompanham a história humana, destacam-se as que ocorrem em âmbito intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Essa violência é definida como toda agressão física, sexual, psicológica, abandono ou negligência contra uma pessoa em desenvolvimento, em qualquer etapa da vida, que podem afetar sua integridade biopsicossocial (RAQUENA *et al.*, 2014). É justamente, nesse meio familiar, onde deveria haver segurança e proteção, que a maioria dos casos de violência infanto-juvenil acontecem (MAGALHÃES *et al.*, 2020). Considera-se, também, que a violência doméstica contra crianças e/ou adolescentes pode ser entendida como um fenômeno que passa de uma geração para a outra, pois é comum acompanhar situações de pais e mães, vítimas de violência na infância, repetirem ações violentas junto aos próprios filhos e filhas (MELO *et al.*, 2016).

Essa violência, que ultrapassa gerações, dificulta a busca por ajuda, devido a situação de segredo em que é mantida ao longo dos anos (SANTOS e DELL'AGLIO, 2010). A manutenção desse segredo envolve um "pacto de silêncio", em que, por sofrer ameaças do agressor, a vítima teme relatar a violência, sendo necessário considerar uma relação entre o vínculo com o agressor e o tempo em que ela permanece em silêncio. Assim, quanto mais próximo é o agressor da criança, maior é o tempo que ela se submeterá à violência, sem nada relatar. Esse pacto, portanto, caracteriza-se como um agravante, uma vez que o silêncio faz com que a violência perdure por mais tempo, arrastando-se por longos meses, anos ou gerações (AMARAL, 2009).

No Brasil, a violência é a terceira causa de mortalidade na população geral e a primeira entre crianças e adolescentes (MINAYO *et al.*, 2018; HILDEBRAND *et al.*,

2019). Em 2016, 13.746 mil crianças, entre cinco e nove anos de idade, sofreram violência sexual e foram atendidas por profissionais da saúde de diversas áreas (SINAN, 2016). Apesar destes números se mostrarem elevados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), relata que, para cada caso notificado, há entre 15 e 20 não notificados (SILVA *et al.*, 2020). Portanto, os dados que chegam à luz pública e conseguem furar o véu da vergonha, do estigma e do ocultamento, parecem indicar apenas a ponta de um iceberg (WAISELFISZ, 2012).

A OMS descreve que um dos principais fatores de risco para problemas de saúde até a fase adulta e o acometimento de outras formas de violência se dá, principalmente, por violações vivenciadas na primeira década de vida, sendo a violência sexual infantil o limiar dos casos de depressão, dependência de drogas e tentativas de suicídio. As situações violentas vivenciadas pela criança, de forma geral, levam-na a desenvolver práticas deletérias, associadas ao fumo, a comportamentos sexuais de alto risco, além de distúrbios alimentares relacionados diretamente a violência física, sexual e outras formas de violações (COSTA *et al.*, 2020).

Desse modo, os profissionais de saúde deveriam perceber a problemática da violência de modo subjetivo e não só a partir de marcas de violência física (COSTA *et al.*, 2020). Espera-se que esses profissionais desenvolvam um sentido aguçado, bem como competências e habilidades para lidarem com esses casos (ARAGÃO *et al.*, 2013). A atuação do profissional permite ações capazes de romper ou evitar dinâmicas familiares violentas, podendo contribuir com a família na construção de um novo olhar em torno de todos os envolvidos, e visando a ressignificação do contexto familiar como um todo e não somente da vítima (MARINHO e AGUIAR, 2019).

No Brasil, há documentos publicados por conselhos dos profissionais de saúde, sociedades e ministérios que podem nortear o processo de atendimento às vítimas de violência e embasar a atuação dos profissionais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2018). Entretanto, mesmo com a existência dessas diretrizes, os profissionais de saúde parecem não estarem aptos para lidarem com situações de violência contra crianças e adolescentes (SILVA JUNIOR *et al.*, 2015).

Dentre os profissionais da saúde que podem se deparar com situações de violência intrafamiliar, destaca-se o fonoaudiólogo, o qual deve ter condições para identificar e conduzir tais situações (NOGUCHI e ASSIS, 2003; ACIOLI *et al.*, 2011;

PERES *et al.*, 2012). De modo geral, a clínica fonoaudiológica, constitui-se em um espaço propício para a identificação e para o manejo de alterações na linguagem, voz e motricidade oral, em crianças e adolescentes, que podem ser vítimas de violência. O contato frequente, o tempo de permanência somente com a criança ou o adolescente, sem a presença dos pais ou responsáveis, a regularidade dos encontros, o conhecimento do cotidiano da criança e uma estreita relação com a família são fatores que permitem, ao fonoaudiólogo, compreender a dinâmica familiar em que situações de violência podem estar presentes (NOGUCHI, 2005).

Entretanto, o código de ética do fonoaudiólogo não faz nenhuma menção sobre como proceder em situações de violência. No artigo 9º, o código descreve que o profissional deve respeitar seu cliente e não permitir que ele seja desrespeitado. No artigo 13º, explana que é obrigação do fonoaudiólogo “manter o sigilo sobre fatos de que tenha conhecimento em decorrência de sua atuação com o cliente, exceto por justo motivo”, entendendo como justo motivo, acontecimentos em que o seu silêncio coloque em risco a integridade do profissional, do cliente e/ou da comunidade. Nota-se, então, a inexistência de alguma citação direta ou determinação aos profissionais de como agir em casos de violência no desempenho da sua profissão (ALMEIDA *et al.*, 2012).

Destaca-se, também que na Fonoaudiologia, são raros os estudos nacionais que enfocam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes (NOGUCHI, 2005; ACIOLI *et al.*, 2011; PERES *et al.*, 2012). No Brasil, foram encontrados apenas três artigos científicos publicados sobre essa temática, os quais foram divulgados em 2004, 2006 e 2011 (NOGUCHI *et al.*, 2004; NOGUCHI *et al.*, 2006; ACIOLI *et al.*, 2011). Esses estudos abordaram a atuação do profissional frente à violência contra crianças e adolescentes, enfatizando a notificação aos órgãos competentes. Um estudo foi realizado com 89 fonoaudiólogos atuantes em serviços públicos de saúde da cidade de Recife, capital de Pernambuco (ACIOLI *et al.*, 2011). E os outros dois estudos foram desenvolvidos a partir de uma única coleta de dados, a qual incluiu 224 profissionais registrados no Conselho Regional de Fonoaudiologia 1º região, que abrangia o município do Rio de Janeiro, sendo os resultados divulgados em dois artigos (NOGUCHI *et al.*, 2004; NOGUCHI *et al.*, 2006).

Internacionalmente, não foi localizada, em bases de dados como EMBASE, LILACS, LIVIVO, PubMed/Medline, Scopus, Web of Science e, na literatura cinzenta,

incluindo Google Scholar, MedRxiv, OpenGrey e ProQuest, qualquer publicação relacionando a Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Em função da gravidade do problema e considerando as características e especificidades do atendimento clínico fonoaudiológico, a presente dissertação volta sua atenção para o conhecimento e a atuação do fonoaudiólogo, diante da violência familiar contra crianças e adolescentes. Também, pretende descrever a prevalência de relatos de violência contra crianças e adolescentes, no âmbito clínico, por parte de profissionais da saúde. Dessa forma, o trabalho busca responder as perguntas norteadoras apresentadas na sequência.

3. PERGUNTAS NORTEADORAS

- 1 - Qual a prevalência de relatos de violência contra crianças e adolescentes atendidos por profissionais da saúde, atuantes em contexto clínico?
- 2 - Qual o conhecimento do fonoaudiólogo, que atua em ambiente clínico, sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?
- 3 - Como o fonoaudiólogo atua em casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Investigar a violência familiar e sua relação com trabalho clínico de profissionais da saúde.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1. Objetivo do artigo 1:

Analisar, por meio de uma revisão sistemática da literatura e meta-análise, a prevalência de relatos de profissionais da saúde, atuantes em contexto clínico, sobre violência familiar contra crianças e adolescentes.

Hipótese: É prevalente a identificação de violência em crianças e adolescentes no trabalho clínico de profissionais da saúde, sendo que muitos profissionais identificam casos, mas não os notificam aos órgãos competentes.

4.2.2. Objetivo do artigo 2:

Analisar o conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e compreender como esse profissional atua nesses casos.

Hipótese: O fonoaudiólogo possui conhecimento restrito sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e atua de forma limitada perante os casos.

5. MÉTODO

Essa dissertação é composta por uma coletânea de dois estudos apresentados em formato de artigos científicos, assim apresentados:

- Artigo 1: Prevalência de relato de violência em crianças e adolescentes no trabalho clínico de profissionais da saúde: uma revisão sistemática e meta-análise.
- Artigo 2: Conhecimento e atuação do fonoaudiólogo em situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

5.1. METODOLOGIA DO ARTIGO 1

No artigo 1, foi realizada uma revisão sistemática da literatura e meta-análise, seguindo os itens do relatório preferencial para revisões sistemáticas e a lista de verificação de meta-análise (PRISMA). Esse artigo foi produzido com auxílio do Núcleo de Estudos Avançados em Revisão Sistemática e Meta-análise (NARSM) da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), visando a excelência do trabalho e seguindo as co-orientações dos experts em revisão sistemática e meta-análise. A pesquisa foi registrada no site PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisão Sistemática - Centro de Revisões e Disseminação da Universidade de York), sob número CRD42021249484.

Pelo fato desta pesquisa se tratar de uma revisão sistemática da literatura sem restrições quanto ao idioma dos estudos incluídos, foi adotada a definição prescrita pela OMS, que caracteriza o período da infância de 0 a 9 anos de idade e a adolescência de 10 a 19 anos (BRASIL, 2018).

Os outros dados metodológicos estão descritos no próprio artigo 1.

5.2. METODOLOGIA DO ARTIGO 2

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, aprovado por Comitê de Ética com documento nº. 34894720.6.0000.8040. A pesquisa ocorreu em ambiente

virtual, através de um questionário enviado por e-mail aos 4.297 fonoaudiólogos, via Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª região. Optou-se por esse meio, visando atingir os profissionais dos dois estados de forma simultânea e prática. Pelo fato desta pesquisa ser realizada nos estados do Paraná e Santa Catarina, adotou-se o conceito do Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que considera criança, a pessoa com até doze anos de idade incompletos, e adolescente entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990).

5.2.2. Critérios de elegibilidade

5.2.2.1. Critérios de inclusão:

- Ser fonoaudiólogo, inscrito no Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região;
- Ser fonoaudiólogo, atuante na área clínica.

5.2.2.1. Critérios de exclusão:

- Fonoaudiólogos atuantes somente com adultos e idosos.

5.2.3. Amostra

Nesta pesquisa, foi utilizada a amostra por conveniência, sendo admitidos todos os participantes que responderam ao questionário e se adequaram aos critérios de elegibilidade. Segundo Marotti (2008), a amostra de conveniência é formada por elementos que o pesquisador reuniu porque dispunha deles. Apesar das restrições estatísticas, as amostras de conveniência são comuns na área de saúde, onde se fazem pesquisas com pacientes de uma só clínica, de um só hospital ou região.

5.2.4. Instrumento

O questionário utilizado, nesta pesquisa, apresenta 29 questões e se embasou no instrumento desenvolvido por Noguchi e Assis (2005). Porém, ele foi adaptado a fim de abranger questões capazes de responder aos objetivos deste estudo. O material está organizado em três partes. A primeira parte do questionário volta-se à caracterização da atuação do fonoaudiólogo e se organiza em função de oito perguntas, que vão do número um ao oito, do tipo sim/não. A segunda parte enfoca o conhecimento voltado à atuação do fonoaudiólogo em situações de violência, incluindo os fatores que influenciam as tomadas de decisões dos profissionais, frente

a tais situações, vivenciadas por seus pacientes/usuários, bem como as condutas assumidas. Essa parte conta com 17 questões, que vão de nove a 25, sendo algumas de múltipla escolha e outras discursivas. A terceira parte visa compreender se o profissional buscou adquirir conhecimentos acerca de assuntos relacionados a violência e se embasa em três perguntas, a 26, a 27 e a 28, sendo duas discursivas e uma de múltipla escolha. Por último, na questão 29, há um espaço delimitado para depoimentos e comentários que o fonoaudiólogo pôde fazer.

Carlomagno (2018), baseado em outros estudos, propõe um *check-list* com três perguntas, para verificar se um questionário está adequado: 1) os entrevistados conseguem entender a pergunta? 2) os entrevistados conseguem responder à pergunta? 3) os entrevistados responderão à pergunta? Para um questionário estar adequado, a resposta deve ser “sim” as três indagações. Considerando o exposto e objetivando avaliar a adequação do questionário utilizado nesta pesquisa, foi aplicado um piloto com quinze fonoaudiólogos do estado do Paraná. Desse total, onze trabalhavam na Capital, dois na região metropolitana e três no interior. Oito profissionais tinham menos de um ano de formação, quatro profissionais de 1 a 5 anos, e três profissionais com mais de 10 anos. O propósito dessa primeira avaliação foi, sobretudo, o de verificar a intangibilidade das questões, o tempo empregado para respondê-las e as dificuldades encontradas.

Com a avaliação do questionário, acerca da inteligibilidade das questões, treze profissionais relataram que o instrumento estava apropriado, de fácil entendimento, sem necessidade de modificações. Dois profissionais fizeram contribuições acerca da estruturação de algumas perguntas e sugeriram o aprimoramento delas. Um item sugerido foi a verificação de uma questão que estava duplicada. Essa questão foi retirada do instrumento. Outro participante relatou que algumas questões estavam significativamente abertas, dando espaço para respostas evasivas e desarticuladas do objeto da pesquisa. Desse modo, fez-se a releitura dessas questões, com adequações capazes de direcionar as respostas no sentido do objetivo do estudo. Quatorze fonoaudiólogos afirmaram que o instrumento demonstrava coerência em relação objetivo da pesquisa.

Posto isso, o instrumento, mostrou-se adequado ao objetivo proposto, indicando a viabilidade da aplicação do questionário em uma população maior de

fonoaudiólogos para investigar, de forma mais ampla, a atuação clínica e o conhecimento desses profissionais acerca de violência intrafamiliar.

A utilização do questionário online, também, mostrou-se pertinente para este estudo devido a pandemia de COVID-19, que impôs medidas de restrição e de contato físico em vários países do mundo, limitando a realização de pesquisas com entrevistas presenciais (ALI *et al.*, 2020). Assim, durante esse período pandêmico, o uso da internet se efetivou como meio de obtenção de informações em saúde, não interrompendo a realização de estudos (GHARPURE *et al.*, 2020; REUBEN *et al.*, 2020).

Os outros dados metodológicos estão descritos no próprio artigo 2.

6. RESULTADOS

Os resultados das duas pesquisas estão apresentados nos artigos 1 e 2, a seguir.

6.1. ARTIGO 1

PREVALÊNCIA DE RELATO DE VIOLÊNCIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO TRABALHO CLÍNICO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

RESUMO

Introdução: os profissionais da saúde estão em uma posição favorável para identificarem prováveis situações de violência, tendo em vista que, muitas vezes, as vítimas buscam os serviços de saúde, em consequência de seus sintomas. **Objetivo:** analisar a prevalência de relatos de violência em crianças e adolescentes no trabalho de profissionais clínicos da saúde. **Metodologia:** a estratégia de busca foi realizada em seis bases de dados eletrônicas e na literatura cinzenta, para artigos publicados até 23 de fevereiro de 2021. Dois revisores avaliaram de maneira independente os estudos potencialmente elegíveis, de acordo com os seguintes critérios: estudos transversais realizados com profissionais da saúde, que prestavam atendimentos clínicos voltados a crianças e adolescentes, e que se depararam com casos de violência. Não houve restrições quanto ao idioma ou tempo da publicação. Dois revisores extraíram dados sobre as características dos estudos incluídos, métodos e resultados, além de realizarem a análise de risco de viés, usando o instrumento MASTARI. As estimativas de interesse foram calculadas usando meta-análises de efeitos aleatórios. A certeza da evidência foi avaliada com a ferramenta GRADE. **Resultados:** um total de 4285 referências foram recuperadas, sendo 43 selecionadas para a síntese qualitativa e 34 quantitativa. Em relação ao risco de viés dos 43 estudos, quatro foram classificados como baixo risco de viés, vinte e sete como moderado risco e doze como alto risco. A meta-análise foi realizada com 34 artigos, que incluíram dados sobre a prevalência de relato de violência em crianças e adolescentes, no trabalho clínico de profissionais da saúde. A prevalência combinada total de relato de violência foi de 43% (IC95% = 35% - 51%; $I^2 = 97%$), nos subgrupos a prevalência foi de 32% (IC95% = 14% - 54%; $I^2 = 97%$) para fonoaudiólogos, 27% (IC95% = 22% - 33%; $I^2 = 97%$) para dentistas, 65% (IC95% = 52% - 78%; $I^2 = 97%$) para médicos. A meta-análise da notificação dos casos ocorreu com 30 artigos e foi de 33% (IC95% = 23% - 44%; $I^2 = 98%$); nos subgrupos foi de 2% (IC95% = 1% - 4%; $I^2 = 98%$) para fonoaudiólogos, 23% (IC95% = 11% - 38%; $I^2 = 98%$) para dentistas, 58% (IC95% = 44% - 72%; $I^2 = 98%$) para médicos. O nível de certeza de evidência para ambos os desfechos foi julgado como muito baixo. Os fatores que levaram a diminuição da certeza de evidência estavam relacionados ao risco de viés e a alta heterogeneidade presente na análise, não explicada pela análise de subgrupo. **Conclusão:** aproximadamente um a cada dois profissionais da saúde se deparam com relatos de violência contra crianças e adolescentes em sua prática clínica, sendo que um a cada três profissionais da saúde notificam os casos.

Palavras-chave: Prevalência, profissionais da saúde, violência, notificação, revisão sistemática.

6.1.1. INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é uma realidade mundial. Consiste em todo e qualquer ato violento cometido por algum membro da família, ainda que sem laços consanguíneos, contra outro integrante com menos de 19 anos de idade. Definido com base nas relações familiares e afetivas, estabelecidas entre os envolvidos e não pelo espaço físico em que ocorre, esse fenômeno se manifesta preponderantemente por meio de violências físicas, sexuais, psicológicas, além de atitudes de negligência, isto é, da falta de cuidados voltados a crianças e adolescentes¹. Mundialmente, estima-se que uma em cada duas crianças de 2 a 17 anos sofra algum tipo de violência a cada ano, ou seja, metade das crianças são vítimas de violência, anualmente, o que representa aproximadamente 1 bilhão de crianças ao redor do planeta².

Essa violência sofrida, na infância, pode gerar sintomas psiquiátricos na vítima, além de atrasos no desenvolvimento intelectual, motor e da linguagem. Algumas manifestações tardias, também, são frequentemente observadas, incluindo comportamento suicida, ansiedade, depressão, tendência à criminalidade e ao uso excessivo de substâncias ilícitas. Quanto antes se interrompe a situação de violência, melhor será o prognóstico apresentado pela vítima³.

Para tanto, o médico, o dentista, o fonoaudiólogo, o psicólogo, o fisioterapeuta, o nutricionista, o terapeuta ocupacional, dentre outros profissionais da saúde, devem interagir frequentemente e de forma direta, realizando a identificação, a notificação e a intervenção das situações de violência dentro de suas especificidades, fazendo com que suas ações sejam efetivas⁴. Assim, nota-se a importância do preparo desses profissionais para a atuação em casos de violência intrafamiliar, sobretudo, daqueles que atuam em espaços de maior proximidade com a população infantil e adolescente⁵.

Cabe ressaltar que compreender a temática e atuar diante da violência intrafamiliar, na infância e na adolescência, têm exigido, cada vez mais, um posicionamento dos profissionais da saúde. Pois, esses profissionais se encontram em uma posição favorável para identificar prováveis situações de violência, tendo em vista que, muitas vezes, as vítimas buscam os serviços de saúde, em consequência de seus sintomas^{6,7}.

Não foi encontrada nenhuma revisão sistemática da literatura sobre os relatos de violência contra crianças e adolescentes identificados por profissionais da saúde, que atuam em âmbito clínico. Dessa forma, considerando que revisar significa olhar novamente para a literatura e retomar os discursos publicados pela comunidade científica, a presente revisão sistemática objetiva analisar a prevalência de relato de violência em crianças e adolescentes no trabalho clínico de profissionais da saúde.

6.1.2. METODOLOGIA

Essa revisão sistemática foi desenvolvida de acordo com o PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Checklist)⁸.

Crítérios de elegibilidade

Os estudos que atenderam aos critérios, relacionados ao acrônimo 'PECOS', foram considerados elegíveis para esta revisão sistemática:

- P = Profissionais da saúde.
- E = Atuação em ambiente clínico e que relatam atendimento a crianças e/ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar.
- C = Comparação: sem grupo controle.
- O = Desfecho primário: prevalência de relato de violência intrafamiliar; Desfecho secundário: prevalência de notificação dos casos de violência intrafamiliar.
- S = Desenho do estudo: estudos transversais.

Crítérios de inclusão

Foram incluídos estudos transversais, envolvendo profissionais da saúde que realizam atendimentos clínicos voltados a crianças e adolescentes. Estudos que retratam a prevalência de relato de violência na infância e adolescência e estudos capazes de indicar a prevalência de notificação de casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Crítérios de exclusão

Foram excluídas publicações em função de três critérios pré-estabelecidos: 1 – Estudos realizados com profissionais da saúde, que trabalham somente com adultos e idosos. 2 – Investigações que não avaliaram o desfecho de interesse. 3 – Pesquisas

de revisões, resenhas, cartas, livros, resumos de conferências, relato de caso, relatos de pesquisa, série de casos, artigos de opinião, artigos técnicos e diretrizes, comunicações breves e/ou etnográficos.

Fontes de informação e Estratégias de pesquisa

Para a identificação dos estudos, foram utilizadas as seguintes bases de dados: EMBASE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), LIVIVO, PubMed/Medline, Scopus, e Web of Science. Além disso, uma pesquisa da literatura cinzenta foi realizada no Google Scholar, MedRxiv, OpenGrey e ProQuest. A busca completa utilizada para cada base de dados está descrita no apêndice 1. O software EndNote® (EndNote® X7 Thomson Reuters, Filadélfia, 12 PA) foi utilizado para organizar e remover as referências duplicadas.

Seleção dos estudos

A seleção dos estudos elegíveis para a revisão foi realizada por dois revisores independentes (A.B.P. e L.J.). No intuito de calibrar os revisores, antes do início da seleção, foi realizada de modo independente uma pré-seleção dos artigos baseada em uma busca parcial da literatura, e calculado o valor do coeficiente de concordância de Kappa. A leitura definitiva iniciou após a obtenção de valores > 0.8 de concordância, entre os dois revisores (A.B.P. e L.J.).

Depois da calibração, o processo de seleção dos estudos foi realizado pelos dois revisores (A.B.P. e L.J.) de maneira independente e em duas fases. Na primeira fase, foram avaliados os títulos e resumos das referências recuperadas, por meio da estratégia de busca, e os estudos potencialmente elegíveis foram selecionados para a leitura completa. Na segunda fase, foi realizada a avaliação do texto na íntegra, para confirmação da elegibilidade. O processo de seleção foi realizado por meio do website *Rayyan – Intelligent Systematic Review* (<http://rayyan.qcri.org>), sendo que os dois revisores (A.B.P. e L.J.) foram blindados em todas as avaliações e um componente da equipe (C.M.A), que não participou da seleção, realizou a moderação. Sendo as discordâncias decididas por consenso, com um terceiro revisor (G.A.A.M).

Coleta de dados

Dois revisores (A.B.P. e L.J.) coletaram informações dos estudos incluídos e essas informações foram discutidas. Os dados coletados consistiram nos seguintes aspectos: características do estudo (autores, ano de publicação e país), características da população (tamanho da amostra e profissionais da saúde incluídos), características de avaliação (instrumentos usados), características dos resultados (resultados apresentados em relação ao desfecho) e principais conclusões.

Avaliação de risco de viés

Os estudos incluídos foram avaliados quanto à qualidade metodológica com a ferramenta "Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument" (MASTARI)⁹. Dois revisores (A.B.P e L.J) realizaram, separadamente, a avaliação do risco de viés e julgaram os artigos incluídos, marcando cada critério de avaliação com "sim", "não", "incerto" e "não aplicável". O risco de viés foi classificado como alto, quando o estudo chegou a 49% "Sim"; moderado, quando o estudo atingiu 50% a 69% "Sim"; e baixo, quando o estudo atingiu mais de 70% "Sim". Quando necessário, as divergências foram resolvidas por meio de discussão com um terceiro revisor (C.M.A). O Software Revman 5.4 (Review Manager 5.4; The Cochrane Collaboration), foi utilizado para criar as figuras.

Itens de dados e medida de efeito

O número de eventos e o tamanho total da amostra para os desfechos de interesse, foram extraídos dos estudos incluídos. Foi então calculado a prevalência global para o relato e notificação de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Estratégia para síntese de dados

Uma meta-análise de proporções com um modelo de efeito aleatório foi realizada, utilizando o método inverso de variância e o estimador DerSimonian e Laird, a heterogeneidade foi avaliada pelo índice de inconsistência (I^2). O método de transformação, pelo arco-seno duplo de Freeman-Tukey, foi usado para que os dados seguissem uma distribuição aproximadamente normal. Foram utilizados intervalos de confiança de 95% (IC95%), calculados pelo método de Clopper-Pearson.

Avaliação do viés de relato

O viés de publicação foi avaliado através de análise visual do gráfico de funil e o teste de Egger, considerando um nível de significância de 5%. Também foi realizada uma análise de sensibilidade para avaliar as estimativas baseado nos estudos com tamanho amostral com poder suficiente para avaliação do desfecho na população. Para isto, foi realizado um cálculo amostral considerando a estimativa global de prevalência média para cada desfecho avaliado, levando em consideração uma população infinita, uma margem de erro de 10% e um nível de confiança de 95%.

Avaliação da certeza das evidências cumulativas

A certeza das evidências foi avaliada através da ferramenta "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation tool" (GRADE)¹⁰. Esta ferramenta considera cinco domínios para avaliação da certeza da evidência: risco de viés, inconsistência dos resultados, evidência indireta, imprecisão e viés de publicação, julgando a evidência cumulativa gerada em não sério, sério e muito sério. O nível de evidência GRADE foi determinado por três autores (L.J, C.M.A e K.V.M.T.), e o consenso foi alcançado por discussão. Uma tabela de 'Resumo das Descobertas' foi produzida por meio do software GRADEpro (McMaster University, Hamilton, Canadá).

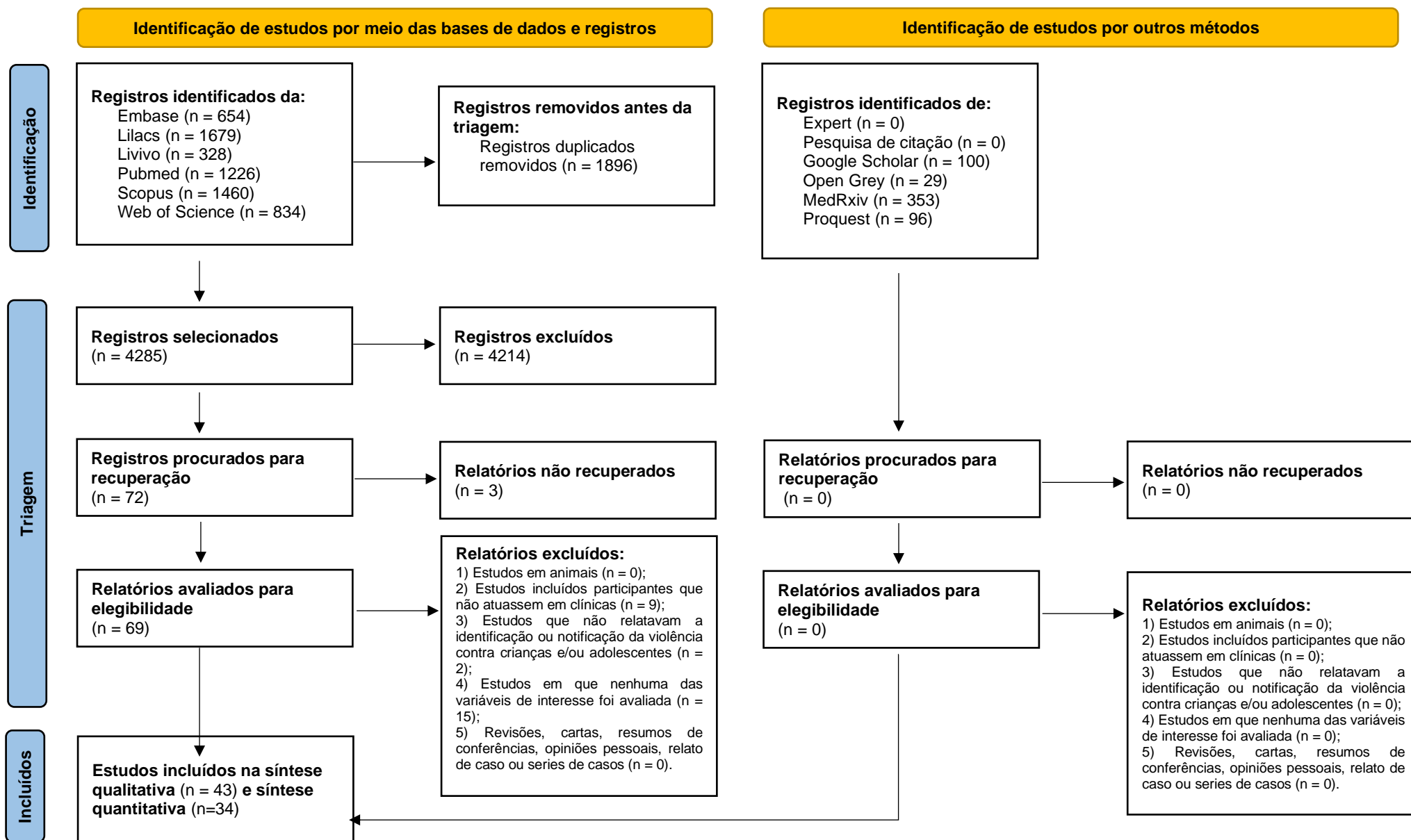
6.1.3. RESULTADOS

Seleção dos estudos

As bases de dados recuperaram 6181 referências. Após a remoção dos estudos repetidos, constaram 4285 referências. Depois da execução da primeira fase, foram removidas 4216 referências, que não estavam de acordo com os critérios de inclusão, restando, assim, 69 estudos para a segunda fase.

A leitura do texto completo das 69 referências resultou na exclusão de 29 estudos, por não se adequarem aos critérios de elegibilidade desta pesquisa, estes estudos constam no apêndice 2. Assim, 43 estudos se adequarem aos critérios de inclusão e foram selecionados para esta revisão. A figura 1 mostra o processo de identificação dos estudos por meio das bases de dados e registros.

Figura 1: processo de identificação dos estudos por meio das bases de dados.



Características dos estudos

Dos 43 estudos selecionados, vinte e oito foram realizados no Brasil¹¹⁻³⁸, cinco nos Estados Unidos³⁹⁻⁴³, dois na Noruega^{44,45}, e os oito estudos restantes foram conduzidos na Austrália⁴⁶, Colômbia⁴⁷, Croácia⁴⁸, Grécia⁴⁹, Irlanda do Norte⁵⁰, Holanda⁵¹, Nova Zelândia⁵² e Suécia⁵³. Os 43 estudos eram transversais. Para a coleta de dados, quatro pesquisas contaram com um instrumento validado^{26,31,35,36}, o “Questionário Sobre Traumas na infância (QUESI)⁵⁴, uma pesquisa utilizou um questionário não validado aplicado via telefonema²² e as demais utilizaram de instrumentos autoaplicáveis não validados. O tamanho da amostra variou de 19¹⁹ a 1200^{44,45} participantes. A respeito dos profissionais incluídos nas amostras, vinte e um estudos contaram com médicos^{12,17,23,24,26,29-31,33-36,39-43,46,50,52,53}, três estudos com fonoaudiólogos^{13,27,28}, trinta estudos com dentistas^{11,14-26,31-38,42,44,45,47-51} e um estudo com psicólogos⁴². O ano de publicação destes estudos variou de 1978⁴⁰ a 2020³⁶. A Tabela 1 mostra a descrição das características dos estudos incluídos.

Tabela 1: Descrição das características dos estudos incluídos (continua)

Autores, ano, país	Tamanho da amostra e profissionais incluídos	Instrumento utilizado	Prevalência de Profissionais que suspeitaram/ identificaram casos	Prevalência de profissionais que notificaram
Acioli et al, 2011, Brasil	89 fonoaudiólogos	Questionário não validado	43,8% (39)	2,9% (2)
Azevedo et al, 2012, Brasil	187 dentistas	Questionário não validado	14,3% (25)	24,0% (6)
Badger e Tuscaloosa 1989, Alabama	276 médicos	Questionário não validado	324 casos de violência física, 70% assinalados por pediatras e 26% por médicos de família. 226 casos de violência sexual foram detectados, 76% por pediatras e 20% por médicos de família.	89% dos casos de violência física foram notificados e 94% dos casos de violência sexual.
Brattabo et al, 2016, Noruega	1.200 dentistas e higienistas dentais	Questionário não validado	Não reportado	60,0% (720)
Brattabo et al, 2018, Noruega	1.200 dentistas e higienistas dentais	Questionário não validado	67,4% (818)	60,0% (720)
Campos, 2010, Brasil	123 odontopediatras	Questionário não validado	36,4% (43)	78,9% (15)
Carvalho et al, 2010, Brasil	96 pediatras	Questionário não validado	55% (53)	Estudo não abordou
Carvalho et al, 2013, Brasil	40 cirurgiões dentistas do serviço público e 40 do serviço privado.	Questionário não validado	16% na rede pública e apenas 3% na rede privada.	60% dos dentistas da rede pública e 50% da rede privada.
Cavalcanti et al, 2002, Brasil	84 cirurgiões-dentistas	Questionário não validado	11% (9)	Não reportado
Cavalcanti e Martins, 2009, Brasil	28 pediatras e 35 cirurgiões-dentistas.	Questionário não validado	78,6% (22) dos pediatras e 34,3% (12) dos cirurgiões-dentistas suspeitaram de casos.	95% (19) dos pediatras e 5% (1) dos dentistas

Tabela 1: Descrição das características dos estudos incluídos (continua)

Autores, ano, país	Tamanho da amostra e profissionais incluídos	Instrumento utilizado	Prevalência de Profissionais que suspeitaram/ identificaram casos	Prevalência de profissionais que notificaram
Cukovic-Bagic et al, 2015, Croácia	510 dentistas	Questionário não validado	26,27% (134)	7,20%
Dalledone et al, 2015, Brasil	146 dentistas e 77 técnicos em saúde bucal	Questionário Sobre Traumas na infância (QUESI) de Marengo et al., 2013	52,73% (77) dos dentistas e 46,75% (36) dos técnicos	35,67% (66) dos dentistas e 22,08% (17) dos técnicos.
Denny et al, 2001, Nova Zelândia	148 pediatras	Questionário não validado	18	61% (11)
Francon et al, 2011, Brasil	19 cirurgiões-dentistas	Questionário não validado	26,31%	Não houve notificação
Garcia et al, 2008, Brasil	54 cirurgiões-dentistas	Questionário não validado	33%	89% reportaram a justiça
Gunn et al, 2005, EUA	195 pediatras	Questionário não validado	96%	68%
Gurgel et al, 2001, Brasil	199 dentistas	Questionário não validado	32,70%	64,80%
James et al, 1978, EUA	96 médicos	Questionário não validado	53% (51)	42%
Laud et al, 2012, Grécia	368 dentistas	Questionário não validado	13% suspeitaram de violência infantil e 35% de negligência	6 dentistas notificaram
Lima et al, 2005, Brasil	70 odontopediatras	Questionário não validado aplicado através de telefonema	27,1% (19)	5% (1)
Lima et al, 2011, Brasil	506 profissionais, sendo 188 das Unidades Básicas de saúde e 318 da Equipe de saúde da família	Questionário não validado	34,8% (54) dos trabalhadores das Unidades Básicas de saúde e 42,3% (121) das Equipe de saúde da família identificaram algum caso de violência.	50,00%
Losso et al, 2012, Brasil	56 dentistas	Questionário não validado	18% (10)	3,5% (2)
Luna et al, 2010, Brasil	77 médicos e 130 dentistas.	Questionário não validado	25,4% (43) dos médicos e 26,1% (44) dos dentistas se depararam com casos de violência.	30% (21) dos médicos e 25,8% (18) dos dentistas

Tabela 1: Descrição das características dos estudos incluídos (continua)

Autores, ano, país	Tamanho da amostra e profissionais incluídos	Instrumento utilizado	Prevalência de Profissionais que suspeitaram/ identificaram casos	Prevalência de profissionais que notificaram
Martins Júnior et al, 2019, Brasil	27 dentistas, 10 médicos	Questionário não validado	40,7% (11) dentistas, 100,0% (10) médicos	7,4 (2) dentistas e 90,0% (9) médicos
Moreira et al, 2013, Brasil	9 médicos, 26 enfermeiros e 16 cirurgiões-dentistas	Questionário não validado	37,20%	60,00%
Moreira et al, 2014, Brasil	207 enfermeiros, 91 médicos e 83 cirurgiões-dentistas.	Questionário não validado	40,70%	17,00%
Moreira et al, 2015, Brasil	212 cirurgiões-dentistas	Questionário não validado	28,3% (60)	16,90%
Noguchi et al, 2005, Brasil	224 fonoaudiólogos	Questionário não validado	24,1% (51)	4 profissionais
Noguchi et al, 2006, Brasil	224 fonoaudiólogos	Questionário não validado	24,1% (51)	Não reportado
Oliveira et al, 2017, Brasil	35 dentistas, 46 enfermeiros, 63 médicos.	Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) de Marengo et al, 2013	86 (59,7%)	38 (26,4%)
Pires et al, 2005, Brasil	92 pediatras	Questionário não validado	86,96% (80)	78,75% (63)
Russel et al, 2004, Irlanda do Norte	431 profissionais da saúde	Questionário não validado	58% (251)	47% (201)
Saulsbury et al, 1985, EUA	252 médicos	Questionário não validado	90%	Não reportado
Schweitzer et al, 2006, Austrália	91 médicos	Questionário não validado	74%	69% (62)
Silva Júnior et al, 2017, Brasil	227 médicos	Questionário não validado	53,10%	52,60%

Tabela 1: Descrição das características dos estudos incluídos (conclusão)

Autores, ano, país	Tamanho da amostra e profissionais incluídos	Instrumento utilizado	Prevalência de Profissionais que suspeitaram/ identificaram casos	Prevalência de profissionais que notificaram
Silva et al, 2019, Brasil	238 cirurgiões-dentistas	Questionário não validado	12,8% (28)	39% notificaram o Conselho Tutelar e 5% o disque 100
Silva-Oliveira et al, 2019, Brasil	715 profissionais de saúde	Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) de Marengo et al, 2013	414 (57,9%)	Não reportado
Silva-Oliveira et al, 2020, Brasil	715 profissionais de saúde	Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI) de Marengo et al, 2013	57,9% (414)	171 (41,3%)
Talsma et al, 2015, Suécia	77 médicos	Questionário não validado	37	17
Tilden et al, 1994, EUA	1501 profissionais da saúde	Questionário não validado	9.3% dos psicólogos suspeitaram de violência psicológica e 7.7% sexual, 24.8% dos dentistas suspeitaram de violência psicológica e 30.9% sexual, 40.0% dos médicos suspeitaram de violência psicológica e 13,2% sexual.	Não reportado
Tornavoi et al, 2011, Brasil	180 dentistas	Questionário não validado	34%	45%
Van Dam et al, 2015, Holanda	264 dentistas	Questionário não validado	24% (58)	18%
Vergara et al, 2017, Colômbia	149 dentistas	Questionário não validado	34,4% (51)	Não reportado

FONTE: o próprio autor.

Risco de viés

Em relação ao risco geral de viés, dos 43 estudos incluídos nesta revisão, quatro foram classificados como baixo risco de viés^{27,28,35,36}, vinte e sete foram classificados como moderado risco de viés^{13-16,19,21-24,29-33,35,38,41-43,45-49,51,53,55} e doze como alto risco de viés^{12,17,18,20,25,34,37,39,40,44,50,52}. Os resultados sobre o risco de viés são descritos nas Figuras 2 e 3 e no Apêndice 3.

Figura 2: Resultados sobre o risco de viés. Estudos transversais avaliados usando ferramentas de avaliação crítica Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MASTARI). Verde indica um baixo risco de viés, amarelo indica um risco incerto de viés e vermelho indica um alto risco de viés.

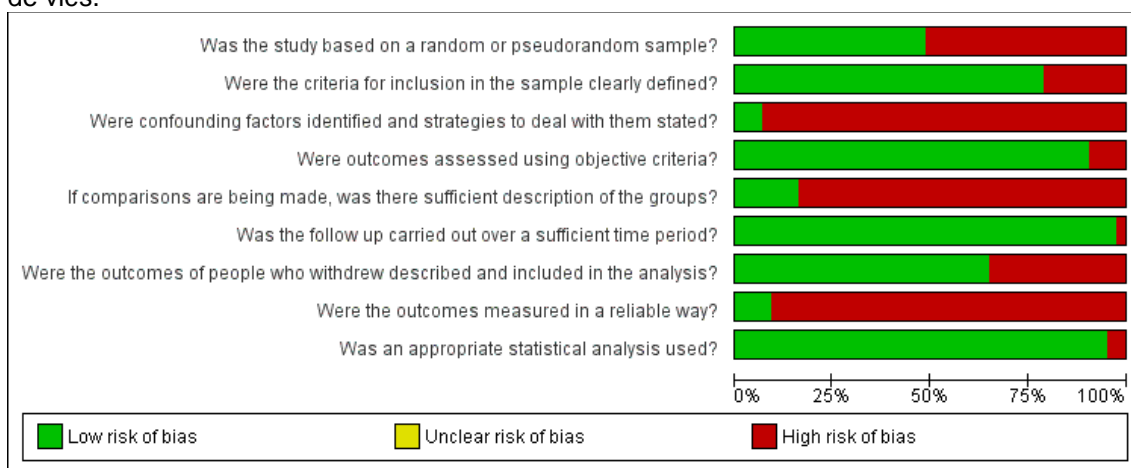


Figura 3: Resultados sobre o risco de viés. Estudos transversais avaliados usando ferramentas de avaliação crítica Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MASTARI). Verde indica um baixo risco de viés, amarelo indica um risco incerto de viés e vermelho indica um alto risco de viés.

	Was the study based on a random or pseudorandom sample?	Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	Were confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	Were outcomes assessed using objective criteria?	If comparisons are being made, was there sufficient description of the groups?	Was the follow up carried out over a sufficient time period?	Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	Were the outcomes measured in a reliable way?	Was an appropriate statistical analysis used?
Acioli et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	
Azevedo et al., 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	
Badger e Tuscaloosa, 1989	●	●	●	●	●	●	●	●	
Brattabo et al., 2016	●	●	●	●	●	●	●	●	
Brattabo et al., 2018	●	●	●	●	●	●	●	●	
Calvacanti et al., 2002	●	●	●	●	●	●	●	●	
Calvacanti et al., 2009	●	●	●	●	●	●	●	●	
Campos, 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	
Carvalho et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	
Carvalho et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●	●	
Cukovic-Bagic et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	
Dalledone et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	
Denny et al., 2001	●	●	●	●	●	●	●	●	
Francon et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	
Garcia et al., 2008	●	●	●	●	●	●	●	●	
Gunn et al., 2005	●	●	●	●	●	●	●	●	
Gurgel et al., 2001	●	●	●	●	●	●	●	●	
James et al., 1978	●	●	●	●	●	●	●	●	
Laud et al., 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	
Lima et al., 2005	●	●	●	●	●	●	●	●	
Lima et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	
Losso et al., 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	
Luna et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	
Martins Júnior et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	
Moreira et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●	●	
Moreira et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	
Moreira et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	
Noguchi et al., 2005	●	●	●	●	●	●	●	●	
Noguchi et al., 2006	●	●	●	●	●	●	●	●	
Oliveira et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	
Pires et al., 2005	●	●	●	●	●	●	●	●	
Russel et al., 2004	●	●	●	●	●	●	●	●	
Saulsbury et al., 1985	●	●	●	●	●	●	●	●	
Schweitzer et al., 2006	●	●	●	●	●	●	●	●	
Silva et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	
Silva Júnior et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	
Silva-Oliveira et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	
Silva-Oliveira et al., 2020	●	●	●	●	●	●	●	●	
Talsma et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	
Tilden et al., 1994	●	●	●	●	●	●	●	●	
Tornavoi et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	
Van Dam et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	
Vergara et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	

Resultados individuais dos estudos

Em se tratando da identificação ou suspeita de casos de violência contra crianças e adolescentes, a maioria dos estudos foi realizada com dentistas^{11,14-26,31-38,42,44,45,47-51} e médicos^{12,17,23,24,26,29-31,33-36,39-43,46,50,52,53}. Os profissionais que tiveram índices mais elevados de suspeitas, identificações e notificações de casos, foram os médicos e, em seguida, os dentistas. Predominou em todas as pesquisas, a identificação e a notificação de casos por profissionais com mais de dez anos de formação. Profissionais do sexo feminino foram as que mais identificaram e notificaram casos de violência intrafamiliar^{12-16,18,24,31,32,35-38,41,42,44,45,47,48,50,53}. As identificações ocorreram devido a marcas corporais na criança ou adolescente^{13-15,17,19,21,23,24,27-29,32,33,35-37,39,44,48-50,52}, sintomas emocionais^{14,15,17,19,20,22-24,27,28,32,37,39,40,44,45,48,49,56}, relatos do próprio paciente^{17,27,28,31,38,41,44}, faltas às consultas⁴⁴, abandono do tratamento^{40,51}, comportamentos sociais suspeitos^{15,20,27,28,32,45,46,51} e vestimentas inadequadas⁴³. O tipo de violência mais encontrado foi a física^{13,19,23,27-29,31-33,35,36,38,41,43,44,46,48,50-52}, a negligência e/ou abandono^{13,20,27-29,39,41,44,46,48-50,52}, a violência sexual^{23,27-29,33,40,41,43,44,46,51} e a violência psicológica^{19,27-29}. O sexo feminino predominou entre as vítimas^{11,13-15,17,18,20,23,25,29,31-40,43,44,47,48,50,52,53,56,57}. Os agressores foram pais, mães, padrastos, madrastas, tios ou parentes próximos da vítima^{14-16,20-22,25,26,33,35,37,42,44,45,48,49}.

6.1.4. SÍNTESE DE RESULTADOS

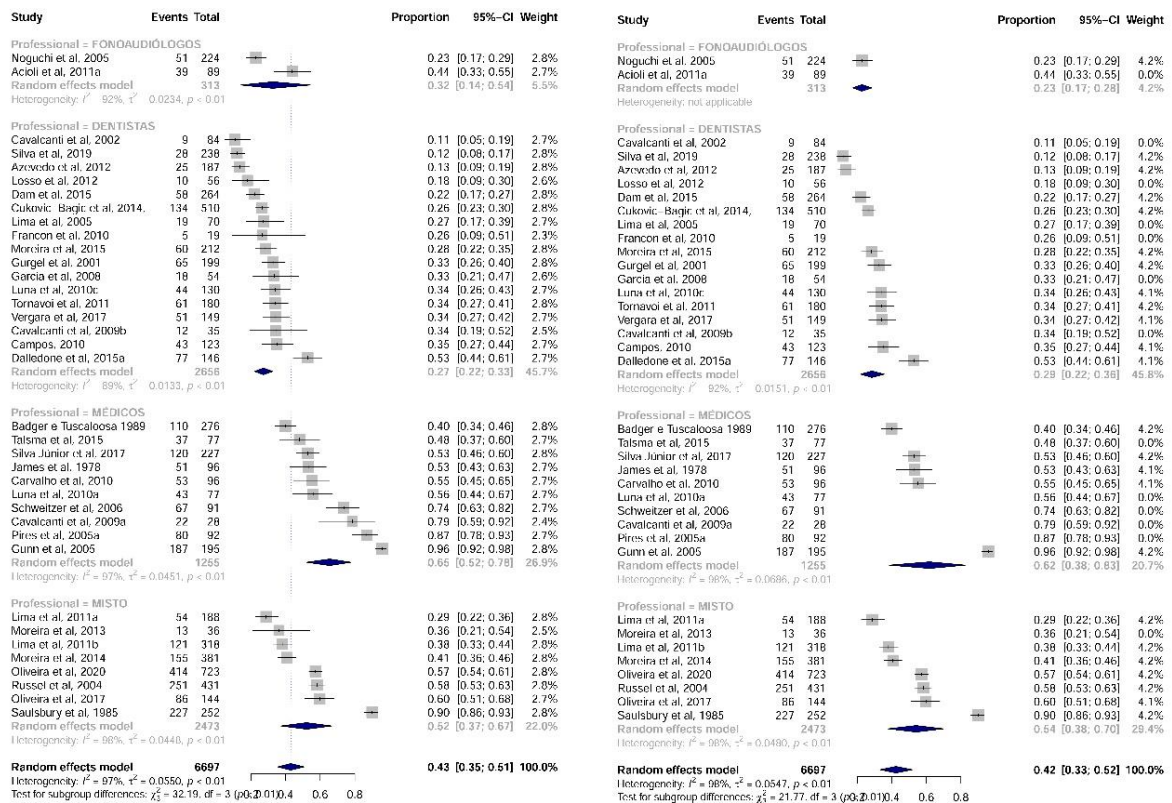
A meta-análise foi realizada com 34 artigos, que incluíram dados sobre a prevalência de relato de violência em crianças e adolescentes, no trabalho clínico de profissionais da saúde, e com 30 artigos, que incluíram dados sobre prevalência da notificação dos casos, realizada pelos profissionais da saúde.

A prevalência combinada total de relato de violência foi de 43% (IC95% = 35% - 51%, $I^2 = 97%$); no entanto, houve heterogeneidade estatística entre os estudos ($I^2 = 97%$). Para explorar a heterogeneidade, foi realizada análise de subgrupo, separando os estudos de acordo com a categoria de relato de violência pela população estudada (fonoaudiólogos, dentistas, médicos e mistos). A estimativa de prevalência combinada foi de 32% (IC95%; 14% - 54%, $I^2 = 97%$) para fonoaudiólogos, 27% (IC95%; 22% - 33%, $I^2 = 97%$) para dentistas, 65% (IC95%; 52% - 78%, $I^2 = 97%$)

para médicos, 52% (IC95%; 37% - 67%, $I^2 = 97%$) para mistos, diversos profissionais da saúde (figura 4).

A análise de sensibilidade foi realizada apenas com os estudos de tamanho amostral adequado. Considerando uma margem de erro de 10% e IC95%, o tamanho amostral mínimo foi de ≥ 95 . A prevalência combinada de relato total de violência foi de 42% (IC95%; 33% - 52%, $I^2 = 97%$, $I^2 = 97%$). Já nos subgrupos, a estimativa de prevalência combinada foi de 23% (IC95%; 17% - 28%, $I^2 = 97%$) para fonoaudiólogos, 29% (IC95%; 22% - 36%, $I^2 = 97%$) para dentistas, 62% (IC95%; 38% - 83%, $I^2 = 97%$) para médicos, 54% (IC95%; 38% - 70%, $I^2 = 97%$) para mistos (figura 4).

Figura 4 - Forest plot da meta-análise da prevalência de relato de violência em crianças e adolescentes no trabalho clínico de profissionais da saúde

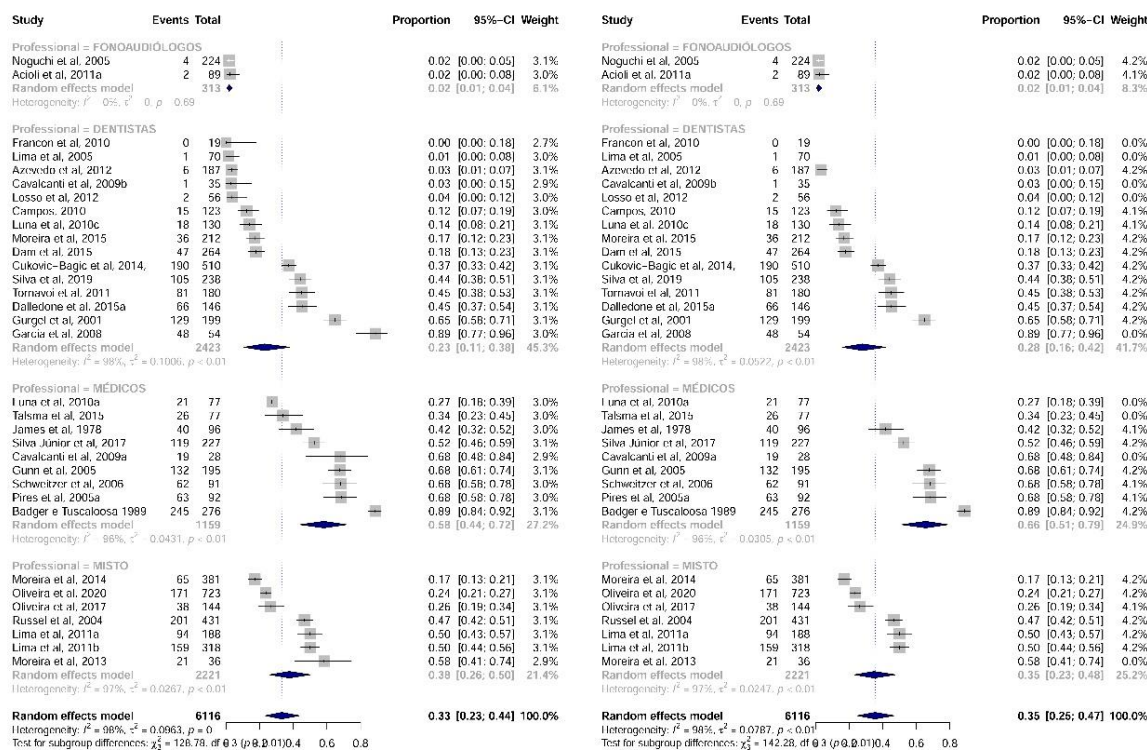


A prevalência combinada total de notificações de violência foi de 33% (IC95%; 23% - 44%, $I^2 = 98%$); ocorrendo heterogeneidade estatística entre os estudos ($I^2 = 98%$). Para explorar essa heterogeneidade, foi realizada análise de subgrupo, separando os estudos de acordo com a categoria de notificação de violência realizada pelos profissionais estudados. A estimativa de prevalência combinada de notificações foi de 2% (IC95%; 1% - 4%, $I^2 = 98%$) para fonoaudiólogos, 23% (IC95%; 11% - 38%,

$I^2 = 98\%$) para dentistas, 58% (IC95%; 44% - 72%, $I^2 = 98\%$) para médicos, 38% (IC95%; 26% - 50%, $I^2 = 98\%$) para profissionais mistos (diversos profissionais da saúde), conforme indicado na Figura 5.

A análise de sensibilidade foi realizada com base nos estudos de tamanho amostral apropriado. Considerando uma margem de erro de 10% e IC95%, o tamanho amostral mínimo foi de ≥ 96 . A prevalência combinada de notificações de violência foi de 35% (IC95%; 25% - 47%, $I^2 = 98\%$). Nos subgrupos, a estimativa de prevalência de notificações foi de 2% (IC95%; 1% - 4%, $I^2 = 98\%$) para fonoaudiólogos, 28% (IC95%; 16% - 42%, $I^2 = 98\%$) para dentistas, 66% (IC95%; 51% - 79%, $I^2 = 98\%$) para médicos, 35% (IC95%; 23% - 48%, $I^2 = 98\%$) para mistos (figura 5).

Figura 5 - Forest plot da meta-análise da prevalência de notificações de violência em crianças e adolescentes no trabalho clínico de profissionais da saúde



Viés de relato

Não foi identificado presença de viés de publicação, os desfechos relacionados a prevalência de relato e a notificação, apresentaram valores de $p = 0.8612$ e 0.8387 respectivamente. Além disto, foi utilizada uma estratégia de busca amplas, incluindo seis bases de dados eletrônicas, sendo uma de idioma diferente do inglês, além da literatura cinzenta.

Confiança em evidências cumulativas

O nível de certeza de evidência para ambos os desfechos foi julgado como muito baixo. Os fatores que levaram a diminuição da certeza de evidência estavam relacionados ao risco de viés (viés de amostragem, fatores de confusão não controlados, descrição da população analisada e forma de mensuração do desfecho avaliado), e a alta heterogeneidade presente na análise, não explicada pela análise de subgrupo (Quadro 2).

Quadro 2: Resumo dos achados para a questão: Qual a prevalência de relatos e de notificação de violência em crianças e adolescentes no trabalho de profissionais clínicos da saúde?

Certainty assessment							No of patients	Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations		Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
Prevalence of reporting of notifications											
30	observational studies	very serious ^a	very serious ^b	not serious	not serious	none	6116	not estimable		⊕○○○ Very low	IMPORTANT
Prevalence of reported violence											
34	observational studies	very serious ^a	very serious ^c	not serious	not serious	none	6697	not estimable		⊕○○○ Very low	IMPORTANT

CI: confidence interval

Explanations

- Presence of risk of bias related to the type of sampling of the included studies, uncontrolled confounding factors, insufficient description of the groups analyzed, and the results were not measured reliably.
- Presence of high heterogeneity (I-Square = 98%), not justified by subgroup analysis or meta-regression
- Presence of high heterogeneity (I-Square = 97%), not justified by subgroup analysis or meta-regression

6.1.5. DISCUSSÃO

Os resultados da meta-análise evidenciaram que a prevalência geral de relato de violência contra crianças e adolescentes, no atendimento clínico de profissionais da saúde foi de 43% e a prevalência total de notificações foi de 33%. Isto significa que aproximadamente um a cada dois profissionais da saúde se deparam com situações de violência contra crianças e adolescentes, em sua prática clínica, sendo que um a cada três profissionais da saúde notificam os casos.

Na presente pesquisa os profissionais que mais identificaram e notificaram casos de violência foram os médicos^{12,17,23,24,26,29-31,33-36,39-43,46,50,52,53}. Os sinais apontadores de violações físicas que movimentam os médicos a identificarem casos são lesões sucessivas, ditas acidentais, e um inexplicável atraso entre o “acidente” e a procura por atendimento médico⁵⁸. Os sinais incluem, também, a presença de múltiplas lesões agudas, hematomas subdurais, alterações comportamentais e

fraturas em vários estágios de cicatrização⁵⁸. Em grande parte, o diagnóstico é feito por um médico pediatra ou neurologista, que deve cumprir com a obrigação de reconhecimento e notificação⁵⁸.

Depois dos médicos, os profissionais que mais identificaram e notificaram casos de violações contra crianças e adolescentes foram os dentistas^{11,14-26,31-38,42,44,45,47-5}. Os cirurgiões-dentistas estão inclinados a encontrar sinais de violência entre seus pacientes, visto que 65% dos danos físicos acometem as regiões orais e faciais^{59,60}. As principais injúrias relatadas por odontopediatras, em casos de suspeita de violência são fraturas, avulsão ou deslocamento dental, contusão e laceração de mucosa ou síndrome da ardência bucal^{59,60}. Os dentistas reconhecem a importância da identificação e notificação, porém, sentem-se despreparados e com conhecimento insuficiente para atuar em casos de violência, nos grupos pediátrico e hebiátrico^{59,61}.

A prevalência de relatos de violência por fonoaudiólogos foi de 32% e de notificações 2%. As vítimas de violência apresentam pior função cognitiva e motora, além de déficit de expressão e recepção na linguagem e o fonoaudiólogo, por trabalhar com alterações de linguagem, está mais suscetível a identificar casos de violência⁶². Em se tratando dos psicólogos, apenas uma pesquisa, contemplada nesta revisão, incluiu em sua amostra este profissional. Nesse sentido, estudos descreverem que, muitas vezes, o psicólogo tem dificuldades em buscar outras formas de intervir para além da psicoterapia individual, devido à formação clínica, focada no tratamento dos traumas ocasionados pela violência e não em sua identificação^{63,64}.

Com as informações coletadas através da síntese qualitativa, notou-se que, dos 43 estudos selecionados para essa revisão, apenas oito foram publicados nos últimos cinco anos^{11,30,31,33,35,36,44,47}, indicando uma notável dificuldade no enfrentamento da violência, pois é necessário reconhecê-la no local de trabalho dos profissionais de saúde⁶⁵ para pesquisar-se sobre ela. A violência infantil tem sido pouco abordada, se comparada a estudos sobre violência em outros grupos específicos, como a violência de gênero e a racial, sendo muitas vezes silenciada, com escassez de dados sobre o assunto, tornando-se necessário ampliar os estudos acerca do tema^{66,67}.

Os autores incluídos, na síntese qualitativa, relataram que os profissionais da saúde com mais de dez anos de formados apresentam mais probabilidade de suspeitar, identificar e/ou notificar situações de violência contra crianças e

adolescentes, corroborando com pesquisas recentes^{68,69}. As profissionais mulheres prevaleceram na identificação de situações de violência e observou-se o mesmo dado em outros estudos^{70,68,71}, contrapondo pesquisa em que os profissionais homens observaram mais os sinais de violência⁷². A respeito das formas de suspeita ou identificação, os dados estão em concordância com estudos recentes^{59-61,73-75}.

O tipo de violência mais encontrado pelos profissionais da saúde foi a física. Pesquisas indicam que essa violência é a mais fácil de se reconhecer, exatamente, por ter potencial de deixar marcas aparentes^{76,59,77-79}. A nível mundial, 250 milhões de crianças (6 a cada 10) são castigadas fisicamente⁸⁰. Na sequência, estão a negligência e/ou o abandono^{78,79}. A violência sexual é o tipo mais silencioso, visto que, para cada caso denunciado, dez a vinte não são notificados⁵⁹. Portanto, de acordo com alguns estudos, a violência sexual é a mais frequente^{81,82}. Já a violência psicológica, por não produzir marcas visíveis, faz com que muitas vítimas experienciem esse agravo sem que ele seja identificado e notificado⁸¹.

O sexo feminino prevaleceu entre as vítimas, apresentando consonância com outros estudos publicados^{78,82-86}. Pesquisa aponta que a violência contra os meninos existe, mas é subnotificada, pois as vítimas masculinas demoram mais tempo para falarem sobre o acontecido⁸⁷. Além disso, convém considerar que há uma tendência de maior proteção das meninas e, por outro lado, uma cultura de maior tolerância à agressividade masculina⁸⁵.

Os principais violentadores de crianças e adolescentes são os pais^{78,82,83}, sendo o sexo masculino o principal perpetrador^{78,88-90}. Um estudo contrapõe esse levantamento, indicando a mãe como a principal agressora⁹¹. Mas, independentemente do causador da violência, a residência familiar é o espaço mais comum onde as crianças e adolescentes são violentadas⁸³.

As limitações desta revisão devem ser consideradas, visto que doze estudos incluídos apresentaram alto risco de viés^{12,17,18,20,25,34,37,39,40,44,50,52}. Este acontecimento deve-se principalmente à má descrição metodológica desses trabalhos. Somente um estudo⁴⁰ foi baseado em uma amostra aleatória, os demais foram desenvolvidos a partir de amostras conveniência. Além disso, os critérios de inclusão dos participantes não estavam claramente definidos, também, não houve utilização de instrumentos validados, fatores de confusão não controlados e os resultados não foram medidos de forma confiável.

Vinte e sete estudos mostraram risco moderado de viés^{13-16,19,21-24,29-33,35,38,41-43,45-49,51,53,55}, apresentando falta de clareza em relação aos fatores de confusão e de estratégias para lidar com eles, sendo os resultados não medidos de maneira confiável. Apenas duas pesquisas utilizaram para a coleta de dados um instrumento validado^{31,38}.

Por fim, quatro estudos^{27,28,35,36} apresentaram baixo risco de viés, demonstrando alta qualidade metodológica. Esses estudos descreveram sua metodologia com mais detalhes, sendo que dois^{35,36} utilizaram, para a coleta de dados, um instrumento validado. Duas pesquisas^{27,28} foram realizadas partir de uma única coleta de dados, sendo os resultados divididos em dois artigos.

A avaliação realizada pela ferramenta GRADE mostrou que as evidências geradas foram muito baixas. Os fatores que levaram a essa diminuição estavam relacionados ao risco de viés e a alta heterogeneidade presente na análise, não explicada pela análise de subgrupo.

Entretanto, o estudo permitiu vislumbrar o que há publicado na literatura sobre o assunto, indicando que, no cenário mundial, muitas crianças e adolescentes sofrem com a violência e os profissionais da saúde têm potencial de se depararem com esses casos. Dessa forma, a presente pesquisa evidencia a necessidade de se investir na capacitação de profissionais de saúde, para a adequada identificação e notificação dos casos de violência, contribuindo para a diminuição desse agravo. Também, mostra há necessidade de mais pesquisas nessa temática, para que a mesma encontre maior visibilidade e os conhecimentos possam ser expandidos entre os profissionais da saúde.

6.1.6. CONCLUSÃO

Aproximadamente um a cada dois profissionais da saúde se deparam com situações de violência contra crianças e adolescentes em sua prática clínica (43%) e um a cada três profissionais da saúde notificam os casos (33%).

OUTRAS INFORMAÇÕES

O protocolo de pesquisa foi registrado no *site* do PROSPERO (Registro Internacional Prospectivo de Revisão Sistemática - Centro de Revisões e Disseminação da Universidade de York), sob número: CRD42021249484.

6.1.7. APÊNDICES

Apêndice 1

Quadro 1: Estratégia de pesquisa nas bases de dados

Banco de dado	Estratégia - 23/02/2021
Embase	('public health education for professionals':ti,ab OR 'dentist':ti,ab OR 'dentists':ti,ab OR 'psychologist':ti,ab OR 'psychologists':ti,ab OR 'physiotherapist':ti,ab OR 'physiotherapists':ti,ab OR 'nutritionist':ti,ab OR 'nutritionists':ti,ab OR 'occupational therapist':ti,ab OR 'occupational therapists':ti,ab OR 'physician':ti,ab OR 'physicians':ti,ab OR 'pediatrician':ti,ab OR 'pediatricians':ti,ab OR 'speech therapist':ti,ab OR 'speech therapists':ti,ab OR 'audiologist':ti,ab OR 'audiologists':ti,ab) AND ('intrafamily violence':ti,ab OR 'violence intrafamiliale':ti,ab OR 'domestic violence':ti,ab OR 'family violence':ti,ab OR 'physical abuse':ti,ab OR 'physical violence':ti,ab OR 'physical maltreatment':ti,ab OR 'sex offenses':ti,ab OR 'sex offense':ti,ab OR 'sexual violence':ti,ab OR 'sexual violences':ti,ab OR 'sexual abuse':ti,ab OR 'sexual abuses':ti,ab OR 'gun violence':ti,ab OR 'child abuse':ti,ab OR 'child mistreatment':ti,ab OR 'child maltreatment':ti,ab OR 'child neglect':ti,ab) AND ('prevalence':ti,ab OR 'frequencies':ti,ab OR 'occurrence':ti,ab OR 'frequency':ti,ab OR 'epidemiology':ti,ab OR 'epidemiologic':ti,ab OR 'incidence':ti,ab OR 'incidences':ti,ab)
Lilacs	("Public Health Education for Professionals" OR "dentist" OR "dentists" OR "psychologist" OR "psychologists" OR "physiotherapist" OR "physiotherapists" OR "nutritionist" OR "nutritionists" OR "occupational therapist" OR "occupational therapists" OR "Physician" OR "Physicians" OR "Pediatrician" OR "Pediatricians" OR "speech therapist" OR "speech therapists" OR "audiologist" OR "audiologists" OR "Educação em saúde pública para profissionais" OR "dentista" OR "dentistas" OR "psicólogo" OR "psicólogos" OR "fisioterapeuta" OR "fisioterapeutas" OR "nutricionista" OR "nutricionistas" OR "terapeuta ocupacional" OR "terapeutas ocupacionais" OR "Médico" OR "Médicos" OR "Pediatra" OR "Pediатras" OR "fonoaudiólogo" OR "terapeutas da fala" OR "audiologista" OR "audiologistas" OR "Educación en salud pública para profesionales" OR "dentista" OR "dentistas" OR "psicólogo" OR "psicólogos" OR "fisioterapeuta" OR "fisioterapeutas" OR "nutricionista" OR "nutricionistas" OR "terapeuta ocupacional" OR "terapeutas ocupacionales" OR "Doctor" OR "Doctores" OR "Pediatra" OR "Pediатras" OR "terapeutas del habla" OR "terapeutas del habla" OR "audiólogo" OR "audiólogos") AND ("intrafamily violence" OR "violence intrafamiliale" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Physical Abuse" OR "Physical Violence" OR "Physical Maltreatment" OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "Gun Violence" OR "Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect" OR "violencia intrafamiliar" OR "violencia doméstica" OR "violencia familiar" OR "abuso físico" OR "violencia física" OR "maltrato físico" OR "Delitos sexuales" OR "Delito sexual" OR "Violencia sexual" OR "Abuso sexual" OR "Violencia armada" OR "Abuso infantil" OR "Descuido infantil" OR "violência intrafamiliar" OR "violência intrafamiliares" OR "Violência doméstica" OR "Violência familiar" OR "Abuso físico" OR "Violência física" OR "Maus-tratos físicos" OR "Ofensas sexuais" OR "Ofensa sexual" OR "Violência sexual" OR "Violências sexuais" OR "Abuso sexual" OR "Abusos sexuais" OR "Violência armada" OR "Maus-tratos infantis" OR "Maltrato infantil" OR "Negligência infantil")
Livivo	("Public Health Education for Professionals" OR "dentist" OR "dentists" OR "psychologist" OR "psychologists" OR "physiotherapist" OR

	"physiotherapists" OR "nutritionist" OR "nutritionists" OR " occupational therapist" OR "occupational therapists" OR "Physician" OR "Physicians" OR "Pediatrician" OR "Pediatricians" OR "speech therapist" OR "speech therapists" OR " audiologist" OR "audiologists") AND ("intrafamily violence" OR "violence intrafamiliale" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Physical Abuse" OR "Physical Violence" OR "Physical Maltreatment" OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "Gun Violence" OR "Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect") AND TITLE-ABS-KEY("prevalence" OR "Prevalences" OR "occurrence" OR "frequency" OR "frequencies" OR "incidence" OR "epidemiology" OR "epidemiologic" OR "incidence" OR "incidences")
PubMed	<ol style="list-style-type: none"> 1. ("Public Health Education for Professionals" OR "dentist" OR "dentists" OR "psychologist" OR "psychologists" OR "physiotherapist" OR "physiotherapists" OR "nutritionist" OR "nutritionists" OR " occupational therapist" OR "occupational therapists" OR "Physician" OR "Physicians" OR "Pediatrician" OR "Pediatricians" OR "speech therapist" OR "speech therapists" OR " audiologist" OR "audiologists") 2. ("intrafamily violence" OR "violence intrafamiliale" OR "Domestic Violence"[Mesh] OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Physical Abuse"[Mesh] OR "Physical Abuse" OR "Physical Violence" OR "Physical Maltreatment" OR "Sex Offenses"[Mesh] OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "Gun Violence"[Mesh] OR "Gun Violence" OR "Child Abuse"[Mesh] OR "Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect")) 3. ("prevalence"[MeSH] OR "prevalence" OR "Prevalences" OR "occurrence" OR "frequency" OR "frequencies" OR "incidence" OR "epidemiology" OR "epidemiologic" OR "incidence" OR "incidences")
SCOPUS	TITLE-ABS-KEY("Public Health Education for Professionals" OR "dentist" OR "dentists" OR "psychologist" OR "psychologists" OR "physiotherapist" OR "physiotherapists" OR "nutritionist" OR "nutritionists" OR " occupational therapist" OR "occupational therapists" OR "Physician" OR "Physicians" OR "Pediatrician" OR "Pediatricians" OR "speech therapist" OR "speech therapists" OR " audiologist" OR "audiologists") AND TITLE-ABS-KEY("intrafamily violence" OR "violence intrafamiliale" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Physical Abuse" OR "Physical Violence" OR "Physical Maltreatment" OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "Gun Violence" OR "Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect") AND TITLE-ABS-KEY("prevalence" OR "Prevalences" OR "occurrence" OR "frequency" OR "frequencies" OR "incidence" OR "epidemiology" OR "epidemiologic" OR "incidence" OR "incidences")
Web of Science	<ol style="list-style-type: none"> 1. ("Public Health Education for Professionals" OR "dentist" OR "dentists" OR "psychologist" OR "psychologists" OR "physiotherapist" OR "physiotherapists" OR "nutritionist" OR "nutritionists" OR " occupational therapist" OR "occupational therapists" OR "Physician" OR "Physicians" OR "Pediatrician" OR "Pediatricians" OR "speech therapist" OR "speech therapists" OR " audiologist" OR "audiologists") 2. ("intrafamily violence" OR "violence intrafamiliale" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Physical Abuse" OR "Physical Violence" OR "Physical Maltreatment" OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual

	<p>Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "Gun Violence" OR "Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect")</p> <p>3. ("prevalence" OR "Prevalences" OR "occurrence" OR "frequency" OR "frequencies" OR "incidence" OR "epidemiology" OR "epidemiologic" OR "incidence" OR "incidences")</p>
Google Scholar	("dentist" OR "psychologist" OR "physiotherapist" OR "nutritionist" OR "occupational therapist" OR "physician" OR "pediatrician" OR "speech therapist") AND ("violence") AND ("prevalence")
MedRxiv	"violence" AND "prevalence"
Open Grey	"violence" AND "prevalence"
ProQuest	noft("Public Health Education for Professionals" OR "dentist" OR "dentists" OR "psychologist" OR "psychologists" OR "physiotherapist" OR "physiotherapists" OR "nutritionist" OR "nutritionists" OR " occupational therapist" OR "occupational therapists" OR "Physician" OR "Physicians" OR "Pediatrician" OR "Pediatricians" OR "speech therapist" OR "speech therapists" OR " audiologist" OR "audiologists") AND noft("intrafamily violence" OR "violence intrafamiliale" OR "Domestic Violence" OR "Family Violence" OR "Physical Abuse" OR "Physical Violence" OR "Physical Maltreatment" OR "Sex Offenses" OR "Sex Offense" OR "Sexual Violence" OR "Sexual Violences" OR "Sexual Abuse" OR "Sexual Abuses" OR "Gun Violence" OR "Child Abuse" OR "Child Mistreatment" OR "Child Maltreatment" OR "Child Neglect") AND noft("prevalence" OR "Prevalences" OR "occurrence" OR "frequency" OR "frequencies" OR "incidence" OR "epidemiology" OR "epidemiologic" OR "incidence" OR "incidences")

Apêndice 2

Tabela 2 - Artigos excluídos e motivos de exclusão (n = 29).

Autor, Ano	Razão da exclusão
Bankole et al. (2008) ⁹²	3
Batista et al. (2009) ⁹³	2
Bennett et al. (2011) ⁹⁴	2
Bsoul et al., (2003) ⁹⁵	2
Cavalcanti e Mouden, (2001) ⁵⁶	2
Cesaro et al., (2016) ⁹⁶	2
Donnelly e Holt, (2020) ⁹⁷	2
Eniola e Evarts, (2017) ⁹⁸	3
Groth et al, (2001) ⁹⁹	3
Herrera et al., (2019) ¹⁰⁰	2
Jones et al., (2008) ¹⁰¹	2
keeshin et al., (2013) ¹⁰²	2
Knezevic et al., (2018) ¹⁰³	1
Machado et al., (2014) ¹⁰⁴	2
Malpani et al., (2017) ¹⁰⁵	2
Mancheva et al., (2003) ¹⁰⁶	2
Manea et al., (2007) ¹⁰⁷	2
Marmo et al., (1995) ¹⁰⁸	2
Moreira et al, (2014) ⁵⁵	2
Monti et al., (2012) ¹⁰⁹	2
Mrazek et al., (1983) ¹¹⁰	2
Navarro e Pérez, (2005) ¹¹¹	2
Ozgur et al., (2019) ¹¹²	2
Otterman et al, (2017) ¹¹³	2
Reid e Glasser, (1997) ¹¹⁴	2
Santos et al., (2016) ¹¹⁵	2
Silva et al., (2019) ⁵⁷	2
Sugg et al., (1999) ¹¹⁶	1
Ward et al., (2004) ¹¹⁷	2

Legenda

1 – Estudos realizados com profissionais da saúde, que trabalham somente com adultos e idosos. 2 – Investigações que não avaliaram o desfecho de interesse. 3 – Pesquisas revisões, resenhas, cartas, livros, resumos de conferências, relato de caso, relatos de pesquisa, série de casos, artigo de opinião, artigos técnicos e diretrizes, comunicações breves, estudos etnográficos e estudos indisponíveis.

Apêndice 3 - Risco de viés avaliado por "Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument" (MASTARI)⁹ ferramenta crítica de avaliação. O risco de viés foi categorizado como Alto quando o estudo atinge até 49% de pontuação "sim", moderado quando o estudo atingiu 50% a 69% de pontuação "sim", e Baixo quando o estudo atingiu mais de 70% "sim".

Quadro A – Transversal. Estudos descritivos. Parte 1.

Pergunta	Responder						
	Acikli et al., 2011	Azevedo et al., 2012	Badger e Tuscaloosa, 1989	Cukovic-Bagic et al., 2015	Brattabo et al., 2018	Brattabo et al., 2016	Campos, 2010
1. O estudo foi baseado em uma amostra aleatória ou pseudo randomizado?	N	N	N	S	N	S	S
2. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S	N	S	S
3. Foram identificados fatores de confusão e estratégias para lidar com eles?	S	N	N	N	N	N	N
4. Os resultados foram avaliados por critérios objetivos?	S	S	S	S	S	S	S
5. Se as comparações estão sendo feitas, havia descrição suficiente dos grupos?	NA	NA	S	NA	NA	S	NA
6. O acompanhamento foi realizado durante um período suficiente?	S	S	S	S	S	S	S
7. Os resultados das pessoas que se retiraram foram descritos e incluídos na análise?	S	N	N	S	S	N	S
8. Os resultados foram medidos de forma confiável?	N	N	N	N	N	N	N
9. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	S
% sim/risco	66,6% moderado	44,4% Alto	55,5% Moderado	66,6% moderado	44,4% Alto	66,6% Moderado	66,6% Moderado

Lenda - *S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

Quadro A – Transversal. Estudos descritivos. Parte 2.

Pergunta	Responder							
	Carvalho et al., 2010	Carvalho et al., 2013	Calvacanti et al., 2002	Calvacanti et al., 2009	Dalldone et al., 2015	Van Dam et al., 2015	Denny et al., 2001	Francon et al., 2011
10. O estudo foi baseado em uma amostra aleatória ou pseudo randomizado?	N	S	S	N	N	S	N	N
11. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	N	S	N	S	S	S	N	S
12. Foram identificados fatores de confusão e estratégias para lidar com eles?	N	N	N	N	N	N	N	N
13. Os resultados foram avaliados por critérios objetivos?	S	S	S	S	S	S	S	S
14. Se as comparações estão sendo feitas, havia descrição suficiente dos grupos?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
15. O acompanhamento foi realizado durante um período suficiente?	S	S	S	S	S	S	S	S
16. Os resultados das pessoas que se retiraram foram descritos e incluídos na análise?	N	S	S	N	S	S	S	S
17. Os resultados foram medidos de forma confiável?	N	N	N	N	N	N	N	N
18. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	S	S
% sim/risco	33,3% Alto	66,6% moderado	55,5% Moderado	44,4% Alto	55,5% moderado	66,6% moderado	44,4% Alto	55,5% moderado

Lenda - *S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

Quadro A – Transversal. Estudos descritivos. Parte 3.

Pergunta	Responder						
	Garcia et al., 2008	Pires et al., 2005	Gunn et al., 2005	Gurgel et al., 2001	James et al., 1978	Laud et al., 2012	Lima et al., 2005
19. O estudo foi baseado em uma amostra aleatória ou pseudo randomizado?	S	S	S	S	S	S	N
20. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	N	S	N	S	S	N	S
21. Foram identificados fatores de confusão e estratégias para lidar com eles?	N	N	N	N	N	N	N
22. Os resultados foram avaliados por critérios objetivos?	N	N	N	S	S	S	S
23. Se as comparações estão sendo feitas, havia descrição suficiente dos grupos?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
24. O acompanhamento foi realizado durante um período suficiente?	S	S	S	S	S	S	S
25. Os resultados das pessoas que se retiraram foram descritos e incluídos na análise?	NA	S	S	S	N	S	S
26. Os resultados foram medidos de forma confiável?	N	N	N	N	N	N	N
27. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	N	S	S
% sim/risco	33,3% Alto	55,5% moderado	44,4% Alto	66,6% moderado	44,4% Alto	55,5% Moderado	55,5% Moderado

Lenda - *S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

Quadro A – Transversal. Estudos descritivos. Parte 4.

Pergunta	Responder						
	Lima et al., 2011	Losso et al., 2012	Luna et al., 2010	Martins Júnior et al., 2017	Moreira et al., 2014	Moreira et al., 2015	Moreira et al., 2013
28. O estudo foi baseado em uma amostra aleatória ou pseudo randomizado?	S	S	N	S	N	N	N
29. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S	S	N	S
30. Foram identificados fatores de confusão e estratégias para lidar com eles?	N	N	N	N	N	N	N
31. Os resultados foram avaliados por critérios objetivos?	S	S	S	S	S	S	S
32. Se as comparações estão sendo feitas, havia descrição suficiente dos grupos?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
33. O acompanhamento foi realizado durante um período suficiente?	S	S	S	S	S	S	N
34. Os resultados das pessoas que se retiraram foram descritos e incluídos na análise?	S	S	S	N	N	N	S
35. Os resultados foram medidos de forma confiável?	N	N	N	N	N	N	S
36. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	S
% sim/risco	66,6% Moderado	66,6% moderado	55,5% moderado	55,5% moderado	44,4% Alto	33,3% Alto	55,5% Moderado

Lenda - *S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

Quadro A – Transversal. Estudos descritivos. Parte 5.

Pergunta	Responder						
	Noguchi et al., 2005	Noguchi et al., 2006	Oliveira et al., 2017	Silva-Oliveira et al., 2020	Silva-Oliveira et al., 2019	Russel et al., 2004	Saulsbury et al., 1985
37. O estudo foi baseado em uma amostra aleatória ou pseudo randomizado?	S	S	N	S	S	N	S
38. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S	S	N	S
39. Foram identificados fatores de confusão e estratégias para lidar com eles?	N	N	N	S	S	N	N
40. Os resultados foram avaliados por critérios objetivos?	S	S	S	S	S	S	S
41. Se as comparações estão sendo feitas, havia descrição suficiente dos grupos?	S	S	NA	S	S	NA	NA
42. O acompanhamento foi realizado durante um período suficiente?	S	S	S	S	S	S	S
43. Os resultados das pessoas que se retiraram foram descritos e incluídos na análise?	S	S	N	S	S	S	N
44. Os resultados foram medidos de forma confiável?	N	N	S	S	S	N	N
45. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	S
% sim/risco	77,7% Baixo	77,7% Baixo	55,5% Moderado	100% Baixo	100% Baixo	44,4% Alto	55,5% Moderado

Lenda - *S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

Quadro A – Transversal. Estudos descritivos. Parte 6.

Pergunta	Responder						
	Schweitzer et al., 2006	Silva Júnior et al., 2017	Silva et al., 2019	Talsma et al., 2015	Tilden et al., 1994	Tornavoi et al., 2011	Vergara et al., 2017
46. O estudo foi baseado em uma amostra aleatória ou pseudo randomizado?	N	N	S	N	N	N	N
47. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S	S	S	S
48. Foram identificados fatores de confusão e estratégias para lidar com eles?	N	N	N	N	N	N	N
49. Os resultados foram avaliados por critérios objetivos?	S	S	S	S	S	S	S
50. Se as comparações estão sendo feitas, havia descrição suficiente dos grupos?	NA	NA	NA	S	NA	NA	NA
51. O acompanhamento foi realizado durante um período suficiente?	S	S	S	S	S	S	S
52. Os resultados das pessoas que se retiraram foram descritos e incluídos na análise?	S	S	N	N	S	N	S
53. Os resultados foram medidos de forma confiável?	N	N	N	N	N	N	N
54. Foi utilizada uma análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	S
% sim/risco	55,5% Moderado	55,5% moderado	55,5% moderado	55,5% Moderado	55,5% moderado	44,4% Alto	55,5% moderado

Lenda - *S=Sim, N=Não, U=incerto, NA=Não aplicável

6.1.7. REFERÊNCIAS

1. World Health Assembly. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. 24 May 2014;
2. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* Dec 2020;54(24):1451-1462. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
3. Dodaj A, Krajina M, Sesar K, Simic N. The Effects of Maltreatment in Childhood on Working Memory Capacity in Adulthood. *Eur J Psychol.* Nov 2017;13(4):618-632. doi:10.5964/ejop.v13i4.1373
4. 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. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002;7(2):275-283:275-283.
5. Mota RS, Rodrigues AD, De Camargo CL, Gomes NP, Diniz NMF. Perfil de adolescentes grávidas com história de violência doméstica. *Rev Rene.* 2013;14:385-393.
6. Etter DJ, Rickert VI. The complex etiology and lasting consequences of child maltreatment. *J Adolesc Health.* Oct 2013;53(4 Suppl):S39-41. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.07.010
7. Magalhaes JRF, Gomes NP, Mota RS, Santos RMD, Pereira A, Oliveira JF. Repercussions of family violence: oral history of adolescents. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20180228. doi:10.1590/0034-7167-2018-0228
8. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ.* Mar 29 2021;372:n160. doi:10.1136/bmj.n160
9. Munn Z, Moola S, Lisy K, Riitano D, Tufanaru C. Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data. *Int J Evid Based Healthc.* Sep 2015;13(3):147-53. doi:10.1097/XEB.0000000000000054
10. Holger SJB GG, Andrew O Handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Updated October 2013. 2013;
11. Da Silva AM, Santos J, Almeida LH. Conhecimento do cirurgião-dentista acerca de maus-tratos à criança e ao adolescente. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF.* 2019;24(2):250-255. doi:10.5335/rfo.v24i2.10446
12. De Carvalho AA, Wada RS, Franceschini Júnior L, Daruge Júnior E, Bittar TO, Paranhos LR. Análise da conduta ética do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos. *HU Revista.* jul./set. 2010; v. 36, n. 3, p. 183-187.
13. Acioli RML, Lima MLCd, Braga MC, Pimentel FC, Castro AGd. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* Mar 2011;11(1):21-28. doi:10.1590/s1519-38292011000100003
14. Campos PCM. Odontopediatras e violência contra crianças e adolescentes: como eles atuam? *Revista Fluminense de Odontologia.* JUL/DEZ 2010;34
15. Carvalho LMF, Galo R, Da Silva RHA. S. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2013;46: 297-304.
16. Cavalcanti AL, Farias CMM, Barbosa JC, Mouden LD. Conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa frente ao abuso infantil. *J Bras Odontopediatr Odonto Bebê* Nov-dez- 2002 2002;5(28):470-474.
17. Cavalcanti AL, Martins VM. Percepções e conhecimentos de médicos pediatras e cirurgiões-dentistas sobre maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 2009;13(3):41-48.
18. Tornavoi DC, Galo R, Da Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. *RSBO (Online).* Jan-Mar 2011;8(1):54-59.
19. Fracon ET, Da Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *RSBO (Online)* Jun. 2011;8 (2)
20. Granville-Garciaa AF, De Menezes VA, Silva PFRdM. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião do cirurgião-dentista. *Rev odonto ciênc.* 2008;23:35-39.
21. Gurgel C, Carvalho A, Barros S, Alves A. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.* 2001;1:23-28.
22. Lima KdA, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Revista Odonto Ciência – Fac Odonto/PUCRS.* jul./set. 2005;20(49):231-236.

23. Lima MdCCS, Costac MCO, Bigrasd M, et al. Atuação Profissional da Atenção Básica De Saúde Face à Identificação e Notificação da Violência Infante-Juvenil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. jan./jun. 2011;35(supl.1):118-137. doi:https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a151
24. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJEdS. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;(15):481-491.
25. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVdL, Vieira LJEdS. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde em Debate*. 2015;39(spe):257-267. doi:10.5935/0103-1104.2015s005235
26. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LA, Vieira. LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev Paul Pediatr* 2013;31:223-30.
27. Noguchi MS. O dito, o não dito e o mal-dito o fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes. *Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz*. 2005;
28. Noguchi MS, Assis SG, Malaquias JV. Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP)* jan.-abr 2006;18(1):41-48.
29. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, et al. Barreiras para a notificação pelo pediatra de maus-tratos infantis. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* jan. / mar. 2005 2005;5(1):103-108. doi:https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000100013
30. Silva Junior GBd, Rolim ACA, Moreira GAR, Corrêa CRS, Vieira LJEdS. Identificação e notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por médicos de família no Ceará. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2017;15(2):469-484. doi:10.1590/1981-7746-sol00058
31. Silva-Oliveira F, Andrade CI, Guimarães MO, Ferreira RC, Ferreira EFe, Zarzar PM. Frequência de identificação e notificação de abuso físico infantil por profissionais da Estratégia Saúde da Família e relação com fatores socioeconômicos. *Arq Odonto*. 2017;53 doi:10.7308/aodontol/2017.53.e09
32. Losso EM, Marengo G, Sarraf MCE, Baratto-Filho F. Child abuse: perception and management of the Brazilian endodontists. *RSBO (Online)*. 2012;9:62-9.
33. Martins-Junior PA, Ribeiro DC, Peruch GSO, Paiva SM, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Physical abuse of children and adolescents: do health professionals perceive and denounce? *Cien Saude Colet*. Jul 22 2019;24(7):2609-2616. doi:10.1590/1413-81232018247.19482017
34. Moreira GA, Vieira LJ, Deslandes SF, Pordeus MA, Gama Ida S, Brilhante AV. Factors associated with the report and adolescent abuse in primary healthcare. *Cien Saude Colet*. Oct 2014;19(10):4267-76. doi:10.1590/1413-812320141910.17052013
35. Silva-Oliveira F, Andrade CI, Guimaraes MO, Ferreira RC, Ferreira EF, Zarzar PM. Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals. *Int J Paediatr Dent*. Sep 2019;29(5):624-634. doi:10.1111/ipd.12506
36. Silva-Oliveira F, Ferreira RC, Alencar GP, Ferreira EF, Zarzar PM. Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. *Child Abuse Negl*. Sep 2020;107:104571. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104571
37. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. Jan-Feb 2012;26(1):5-11. doi:10.1590/s1806-83242012000100002
38. Dalledone M, Paola APBd, Correr GM, Pizzatto E, Souza JFd, Losso EM. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 2015;14(3):224-229. doi:10.1590/1677-3225v14n3a10
39. Gunn VL, Hickson GB, Cooper WO. Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambul Pediatr*. Mar-Apr 2005;5(2):96-101. doi:10.1367/A04-094R.1
40. James J, Womack WM, Stauss F. Physician Reporting of Sexual Abuse of Children. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. Sept 8 1978;240(11):1145-46. doi:10.1001/jama.1978.03290110043016
41. Saulsbury FT, Campbell RE. Evaluation of child abuse reporting by physicians. *Am J Dis Child*. Apr 1985;139(4):393-5. doi:10.1001/archpedi.1985.02140060075033
42. Tilden VP, Schmidt T, Limandri BJ, Chiodo GT, Garland MJ, Loveless PA. Factors That Influence Clinicians' Assessment and Management of Family Violence. *American Journal of Public Health*. April 1994;84:628-633.
43. Badger LW, Tuscaloosa A. Reporting of child abuse: influence of characteristics of physician, practice, and community. *South Med J*. Mar 1989;82(3):281-6. doi:10.1097/00007611-198903000-00002
44. Brattabo IV, Bjorknes R, Astrom AN. Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health*. Mar 2 2018;18(1):29. doi:10.1186/s12903-018-0490-x

45. Brattabo IV, Iversen AC, Astrom AN, Bjorknes R. Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontol Scand*. Nov 2016;74(8):626-632. doi:10.1080/00016357.2016.1230228
46. Schweitzer RD, Buckley L, Harnett P, Loxton NJ. Predictors of failure by medical practitioners to report suspected child abuse in Queensland, Australia. *Aust Health Rev*. Aug 2006;30(3):298-304. doi:10.1071/ah060298
47. Vergara KA, Cardenas SD, Martinez KR. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia) *Salud Uninorte*. 2017;33(2):129-138.
48. Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Kujundzic Tiljak M, et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent*. Nov 2015;25(6):444-50. doi:10.1111/ipd.12151
49. Laud A, Gizani S, Maragkou S, Welbury R, Papagiannoulis L. Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *Int J Paediatr Dent*. Jan 2013;23(1):64-71. doi:10.1111/j.1365-263X.2012.01225.x
50. Russell M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals' perceptions, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs*. Aug 2004;9(8):332-8. doi:10.12968/bjcn.2004.9.8.15355
51. Van Dam BAFM, Sanden WJMVD, Bruers JJM. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. Dec 15 2015;15:159. doi:10.1186/s12903-015-0141-4
52. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *J Paediatr Child Health*. Jun 2001;37(3):240-3. doi:10.1046/j.1440-1754.2001.00651.x
53. Talsma M, Bostrom KB, Ostberg AL. Facing suspected child abuse--what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? *Scand J Prim Health Care*. Mar 2015;33(1):21-6. doi:10.3109/02813432.2015.1001941
54. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(2):249-255.
55. Moreira TdNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):814-827. doi:10.1590/s0104-12902014000300007
56. Cavalcanti AL, Mouden LD. Recognition and reporting of child abuse the dentist's role. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* mai/ago 2001;1
57. Da Silva PA, Lunardi VL, Meucci RD, Algeri S, Silva MPd, Franciscatto FP. (In)visibility of notifications of violence against children and adolescents registered in a municipality in southern Brazil. *Invest Educ Enferm*. May 2019;37(2)doi:10.17533/udea.iee.v37n2e11
58. Berthold O, Frericks B, John T, Clemens V, Fegert JM, Moers AV. Abuse as a Cause of Childhood Fractures. *Dtsch Arztebl Int*. Nov 16 2018;115(46):769-775. doi:10.3238/arztebl.2018.0769
59. Rover AdLP, Oliveira GCd, Nagata ME, Ferreira R, Molina AFC, Parreiras SO. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. *Brazilian Journal of Development*. 2020;6(7):43738-43750. doi:10.34117/bjdv6n7-114
60. Machado HCdP, Silva LJRd, Souto LN, Araújo MVdA. O cirurgião-dentista no diagnóstico de casos de abuso sexual infantil: revisão de literatura. *Rev Odontol UNESP*. 2020;49(N Especial):104
61. Érik M, Henua S, Francilma N. A responsabilidade civil e legal do cirurgião dentista frente a crianças e adolescente que sofrem maus-tratos. *Revista Cathedral*. 2020;v. 2, n. 3
62. Terra BB, Figueiredo EAd, Terra MPedO, Andreoli CV, Ejnisman B. Maus-tratos infantis. Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2013;48(1):11-16. doi:10.1016/j.rbo.2012.03.003
63. Esswein GC, Rovaris AF, Rocha GP, Levandowski DC. Actions for children's mental health on Unified Health System (SUS) Primary Health Care: an integrative review of Brazilian literature. *Cien Saude Colet*. 2021;26(suppl 2):3765-3780. doi:10.1590/1413-81232021269.2.15602019
64. Silveira TBd, Netto de Oliveira AM, Algeri S, et al. The invisibility of psychological violence against children. *Journal of Human Growth and Development*. 2016;26(3)doi:10.7322/jhgd.122818
65. Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Reporting child violence, health care flows and work process of primary health care professionals. *Cien Saude Colet*. Jan 2018;23(1):83-92. doi:10.1590/1413-81232018231.22062017
66. Maia MA, Silva MAC, Paiva ACO, Silva DMD, Alves M. Professional practices in situations of violence in home care: an integrative review. *Cien Saude Colet*. Sep 2020;25(9):3587-3596. Praticas profissionais em situacoes de violencia na atencao domiciliar: revisao integrativa. doi:10.1590/1413-81232020259.27992018
67. WHO. Relatório mundial sobre violência e saúde. 2002

68. Demarco GT, Silva-Júnior Id, Azevedo MS. Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. *Revista da ABENO*. 2021;21(1)doi:10.30979/revabeno.v21i1.1077
69. Araújo LBE, Eduardo P, Magalhães BMdC. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos profissionais de saúde bucal. *RSBO (Online)*. 2020:112-21.
70. Santos LF, Costa MMd, Javae ACRdS, Mutti CF, Pacheco LR. Fatores que interferem no enfrentamento da violência infantil por conselheiros tutelares. *Saúde em Debate*. 2019;43(120):137-149. doi:10.1590/0103-1104201912010
71. Nunes MCA, Morais NAd. Práticas Profissionais relacionadas às Demandas de Violência Sexual: Revisão da Literatura Nacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2021;41doi:10.1590/1982-3703003227527
72. Al Hajeri H, Al Halabi M, Kowash M, Khamis AH, Welbury R, Hussein I. Assessment of the knowledge of United Arab Emirates dentists of Child Maltreatment, protection and safeguarding. *Eur J Paediatr Dent*. Jun 2018;19(2):105-118. doi:10.23804/ejpd.2018.19.02.04
73. Reis ERdLd, Souza SJPd, Migoto MT, Weigert SP. Dificuldades dos profissionais de saúde em identificar e notificar a violência infantil. *Revista gestão & saúde*. 2017;17 (Supl 1): 63-70.
- Egry EY, Apostolico MR, Morais TCP. Reporting child violence, health care flows and work process of primary health care professionals. *Cien Saude Colet*. Jan 2018;23(1):83-92. doi:10.1590/1413-81232018231.22062017
75. Veloso AG, Quintão TA, Santos PCM, Ricardo MS, Aquino MC, Oliva JK. Conhecimento e notificação do cirurgião dentista sobre o abuso físico infantil. *Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*. 2018;8, n. 1:114-129.
76. Souto DF, Zanin L, Ambrosano GMB, Florio FM. Violence against children and adolescents: profile and tendencies resulting from Law 13.010. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 3):1237-1246. doi:10.1590/0034-7167-2017-0048
77. Araújo RFM, Valença FFEC, Alves MR. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. *Rev baiana enferm*. 2021;
78. Antognolli SRDB, De Oliveira GF, Cunha BRRd, et al. Perfil Epidemiológico da Violência Contra Crianças e Adolescentes no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*. 2021;25(1):95-101. doi:10.17921/1415-6938.2021v25n1p95-101
79. Levandowski ML, Stahnke DN, Munhoz TN, Hohendorff JV, Salvador-Silva R. [Impact of social distancing on reports of violence against children and adolescents in Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2021;37(1):e00140020. doi:10.1590/0102-311X00140020
80. UNICEF. Annual Report 2017. 2018;
81. Silva FGd, Fonseca PCdSBd, Dantas JdSOM, Silva CCd, Carvalho CTCd. Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno. *Conjecturas*. 2021;21(5):146-165. doi:10.53660/conj-178-705
82. Santos LF, Silva MdVFB, Santos NdSS, Pacheco LR, Da Silva JB, Mutti CF. Perfil da Violência Contra Crianças em uma Capital Brasileira. *Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*. 2020;7(1):36-43. doi:10.20873/uftv7-7400
83. Pedroso MRO, Leite FMC. Recurrent violence against children: analysis of cases notified between 2011 and 2018 in Espírito Santo state, Brazil. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(3):e2020809. doi:10.1590/S1679-49742021000300003
84. Santos MJ, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Characterization of sexual violence against children and adolescents in school - Brazil, 2010-2014. *Epidemiol Serv Saude*. Jun 11 2018;27(2):e2017059. doi:10.5123/S1679-49742018000200010
85. Barros HMT, Levandowski DC, Valenzuela LV, Paz AA, Linch G, López MES. Epidemiologia da violência contra adolescentes no Brasil: Análise de dados do sistema de vigilância de violência e acidentes. *Revista Medica Herediana*. 2021;32(2):78-89. doi:10.20453/rmh.v32i2.3981
86. Rajan G, Ljunggren G, Wandell P, Wahlstrom L, Svedin CG, Carlsson AC. Health care consumption among adolescent girls prior to diagnoses of sexual abuse, a case-control study in the Stockholm Region. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Oct 2020;29(10):1363-1369. doi:10.1007/s00787-019-01445-y
87. Rosa CE, Souza JFd. Violência/abuso sexual contra meninos: masculinidades e silenciamentos em debate. *Pesquisa em Foco, São Luís*. 2020;25, n. 2:144-167. <https://doi.org/10.18817/pef.v25i2.2480>
88. Silva GCBd, Marcolino EdC, Nóbrega WFS da, Cavalcanti AL. Violência contra crianças e adolescentes do sexo feminino: perfil da vítima e do agressor em município do Nordeste do Brasil. *Revista Saúde e Ciência online*. 2019;8, n. 1:88-99.

89. Dornelles TM, Macedo ABT, Antonioli L, Vega EAU, Damaceno AN, Souza SBCd. Características da violência contra crianças no município de Porto Alegre: análise das notificações obrigatórias. *Escola Anna Nery*. 2021;25(2)doi:10.1590/2177-9465-ean-2020-0206
90. Pires FMM, Xavier VMM, Rosa CI. Violência sexual contra crianças e adolescentes: análise das notificações a partir do debate sobre o gênero. *Desidades*. n29, 2021;
91. Paungartner LM, Moura JQd, Fernandes MTC, Paiva TS. Análise epidemiológica das notificações de violência contra crianças e adolescentes no Brasil de 2009 a 2017. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(9)doi:10.25248/reas.e4241.2020
92. Bankole OO, Denloye OO, Adeyemi AT. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among Nigerian dentists. *Afr J Med Med Sci* Jun 2008 37(2):125-34.
93. Batista AP. abuso sexual infantil intrafamiliar a subnotificação e os serviços de saúde. 2009;UERJ.
94. Bennett S, Ward M, Moreau K, et al. Head injury secondary to suspected child maltreatment: results of a prospective Canadian national surveillance program. *Child Abuse Negl*. Nov 2011;35(11):930-6. doi:10.1016/j.chiabu.2011.05.018
95. Bsoul SA, Flint DJ, Dove SB, Senn DR, Alder ME. Reporting of child abuse A follow-up survey of Texas dentists. *Pediatric Dentistry*. 2003;
96. Cesaro BCD, Bonamigo AW, Silva HTH, Oliveira FD. Alterações na comunicação em crianças vítimas de violência: reflexões para a Fonoaudiologia. *Distúrbios Comun*. setembro, 2016;28:462-472.
97. Donnelly E, Holt S. On the Margins: the Challenges of Identifying Domestic Violence in Mental Health Services. Findings of a Qualitative Irish Study. *Journal of Family Violence*. 2020;36(4):481-492. doi:10.1007/s10896-020-00205-w
98. Eniola K, Evarts L. Diagnosis of Child Maltreatment: A Family Medicine Physician's Dilemma. *South Med J*. May 2017;110(5):330-336. doi:10.14423/SMJ.0000000000000644
99. B Groth MKC, T P Batson. Domestic violence: level of training, knowledge base and practice among Milwaukee physicians. *WMJ*. 2001;100(1):24-8.
100. Herrera RD, Sosa MMV, Perafán RPdLH, Salazar KO. Exploración de conocimientos sobre maltrato infantil en odontólogos de Santa Marta, Colombia. *Acta Odontológica Colombiana*. 2019;9(2):71-85. doi:10.15446/aoc.v9n2.77763
101. Jones R, Flaherty EG, Binns HJ, et al. Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*. Aug 2008;122(2):259-66. doi:10.1542/peds.2007-2312
102. Keeshin RB, Dubowitz H. Childhood neglect: The role of the paediatrician. *Paediatr Child Health*. 2013;18(8):39-43.
103. Knežević S, Gajović I, Trikoš B. Physicians' attitudes toward domestic violence. *Opsta medicina*. 2018;24(3-4):63-72. doi:10.5937/opmed1803063K
104. Machado JC, Rodrigues VP, Vilela ABA, Simões AV, Morais RLGL, Rocha EN. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*. 2014;23(3):828-840. doi:10.1590/s0104-12902014000300008
105. Malpani S, Arora J, Diwaker G, Kaleka PK, Parey A, Bontala P. Child Abuse and Neglect: Do We know enough? A Crosssectional Study of Knowledge, Attitude, and Behavior of Dentists regarding Child Abuse and Neglect in Pune, India. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2017;18(2):162-169.
106. Mancheva Z, Deliisky. Problems in dealing with victims of domestic violence in general practice Possibilities for care and prevention. 2003;
107. Marrea S, Farero GA, Stellini E, Romoli L, Mazzucato M, Facchin P. Dentists' perceptions, attitudes, knowledge, and experience about child abuse and neglect in northeast Italy. *Clin Pediatr Dent* 2007;32 (1):19- 26.
108. Marmo DB, Davoli A, Ogido R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *J pediatr (Rio J)*. 1995;71(6):313-316.
109. Monti CF, Salazar ES, Salazar LR, Machuca LL, Flores AP. Maltrato Infantil: Actitud y Conocimiento de Odontólogos en Concepción, Chile. *International journal of odontostomatology*. 2012;6(1):105-110. doi:10.4067/s0718-381x2012000100015
110. Mrazek PJ, Lynch MA, Bentovim A. Sexual abuse of children in the United Kingdom. *Printed in the USA All fights reserved* 1983:147-153
111. Navarro AD, Pérez VR. Violencia intrafamiliar en un área de salud Intrafamily violence in a health area. *Rev Cubana Med Gen Integr* Jan.-Abr. 2005;21
112. Ozgur N, Ballikaya E, Gungor HC, Atac AS. Turkish paediatric dentists' knowledge, experiences and attitudes regarding child physical abuse. *Int Dent J*. Apr 2020;70(2):145-151. doi:10.1111/idj.12532

113. Otterman G, Jalsenius M, Maguire S, Sarkadi A, Janson S. Paediatric approaches to child maltreatment are subject to wide organisational variations across Europe. *Acta Paediatr.* Jul 2017;106(7):1110-1117. doi:10.1111/apa.13779
114. Reid SA, Glasser M. Primary care physicians' recognition of and attitudes toward domestic violence. *Acad Med.* 1997;72:51-53.
115. Santos CAOd, Lacerda MC, Caldas ATL, Souza INNd, Silva SA, Silva CAM, Serpa EBdM, Campos FdAT. Violência contra crianças e adolescentes: conhecimentos dos odontopediatras da capital Paraibana – estudo piloto. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* set-dez 2016;28(3):223-9.
116. Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care. Attitudes, practices, and beliefs. *Arch Fam Med.* Jul-Aug 1999;8(4):301-6. doi:10.1001/archfami.8.4.301
117. Ward MG, Bennett S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse Negl.* Oct 2004;28(10):1113-22. doi:10.1016/j.chiabu.2004.05.002

6.2. ARTIGO 2

CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

RESUMO

Introdução: a Clínica Fonoaudiológica constitui-se como um espaço propício para a identificação e para o manejo de alterações na linguagem, voz e motricidade oral de crianças e adolescentes, vítimas de violência intrafamiliar. **Objetivo:** analisar o conhecimento dos fonoaudiólogos sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e compreender como eles atuam nesses casos. **Material e Método:** trata-se de um estudo transversal, aprovado por Comitê de Ética com documento nº. 34894720.6.0000.8040. A pesquisa ocorreu a partir do envio de questionários aos 4.297 fonoaudiólogos, inscritos no CREFONO-3. Os dados obtidos foram explorados através da Análise do Conteúdo. **Resultados:** dos 75 fonoaudiólogos participantes, 39 (52%) atenderam a crianças e/ou adolescentes com suspeitas ou confirmações de violência. O público mais acometido foram crianças, com idades entre 2 e 12 anos. Os tipos mais citados de violência, foram a psicológica (41,3%) e a física (38,7%). A alteração fonoaudiológica mais encontrada, nas vítimas, foi o atraso no desenvolvimento da linguagem, relatado por 44,6% dos fonoaudiólogos. A respeito da autopercepção do fonoaudiólogo sobre seu conhecimento relativo à violência, 57,5% assinalaram deterem conhecimentos. Em se tratando da aptidão para identificarem, atenderem ou acompanharem casos de violência familiar contra crianças e/ou adolescentes, 65,3% dos fonoaudiólogos descreveram-se como aptos e 34,7% não se sentem preparados para atuar nessas situações. **Conclusão:** o conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes está voltado para os tipos de violência, as formas de identificação, a notificação do caso, a procedimentos de acolhimento e encaminhamentos, a relação entre os sintomas fonoaudiológicos e a violência e o despreparo do profissional para lidar com essas situações. Já, a atuação do fonoaudiólogo ocorre através da notificação dos casos, conversa com os familiares, encaminhamentos e/ou contato com outros profissionais.

Palavras-chave: Fonoaudiologia, violência, crianças, adolescentes.

6.2.1. INTRODUÇÃO

Globalmente, estima-se que uma em cada duas crianças de 2 a 17 anos sofra algum tipo de violência a cada ano. Portanto, metade das crianças do mundo, ou aproximadamente 1 bilhão de crianças a cada ano, é afetada por violência física, sexual ou psicológica, sofrendo ferimentos e incapacidades, que, muitas vezes, culminam em morte (WHO, 2020).

No Brasil, entre janeiro a setembro de 2021, o Disque Direitos Humanos (Disque 100), registrou mais de 199,8 mil notificações de violações de direitos de crianças e adolescentes em todo o país. Desse total, em 66% (79.872) dos casos, a agressão ocorreu dentro da própria casa em que a vítima reside (BRASIL, 2021).

No estado de Santa Catarina, de 2015 a 2019, 65.672 notificações foram registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dentre essas notificações, 38,4% estavam relacionadas com crianças e adolescentes (BRASIL, 2019). No Paraná, em 2019, o SINAN contabilizou 11.511 notificações de violência envolvendo crianças e adolescentes, na faixa etária que vai de um e 14 anos de idade (BRASIL, 2019). São números preocupantes que indicam a necessidade de pesquisas e melhor entendimento acerca dessa temática.

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes apresenta quatro principais formas de manifestações: a física, a sexual, a psicológica, a negligência e o abandono, que geralmente, são praticadas pelos pais, responsáveis e/ou pessoas de confiança das vítimas (ABRANCHES e ASSIS, 2011). Nesse contexto, profissionais de saúde desempenham um papel importante no cuidado de crianças e adolescentes, visto que, muitas vezes, são eles que identificam uma situação de violência ou as condições indicativas de que ela pode acontecer (BRASIL, 2010).

Entre os profissionais da saúde que se depararam com situações de violações contra crianças e adolescentes, encontra-se o fonoaudiólogo. A clínica fonoaudiológica constitui-se como um espaço propício para a identificação e para o manejo de alterações na linguagem, voz e motricidade oral, em crianças e adolescentes, que podem ser vítimas de violência (NOGUCHI, 2005). O contato frequente, o tempo de permanência somente com a criança ou o adolescente, sem a presença dos pais ou responsáveis, a regularidade dos encontros, o conhecimento do cotidiano da criança, uma estreita relação com a família e, por vezes, com a escola

são fatores que permitem ao fonoaudiólogo compreender a dinâmica familiar em que situações de violência podem estar presentes (NOGUCHI, 2005).

Entretanto, no contexto da Fonoaudiologia, não foram encontradas pesquisas internacionais acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e, em âmbito nacional, apenas dois estudos foram identificados (NOGUCHI, 2005; ACIOLI *et al.*, 2011). Devido a gravidade do problema, considerando as especificidades do atendimento clínico fonoaudiológico e o restrito número de pesquisas realizadas até o momento, o presente artigo tem como objetivo analisar o conhecimento que fonoaudiólogos clínicos têm a respeito da violência familiar contra crianças e adolescentes, e compreender como esses profissionais atuam nesses casos.

6.2.2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, aprovado por Comitê de Ética com documento nº. 34894720.6.0000.8040.

Participantes

Participaram 85 fonoaudiólogos inscritos no Conselho de Fonoaudiologia da 3ª região (CREFONO 3). A coleta de dados foi organizada a partir da inclusão das respostas de 75 fonoaudiólogos, que cumpriam os critérios de elegibilidade. Os participantes tiveram suas identidades preservadas, sendo codificados e reconhecidos por meio de números arábicos que vão de 1 a 85. Foram incluídos os profissionais atuantes em âmbito clínico e que atendiam a crianças e adolescentes, sendo excluídos os fonoaudiólogos que atendiam somente adultos e idosos.

Material

O questionário utilizado apresenta 29 questões e se embasou no instrumento desenvolvido por Noguchi e Assis (2005). Porém, foi adaptado a fim de abranger questões capazes de responder aos objetivos deste estudo.

Procedimentos de coleta de dados

Os questionários foram enviados à população total de 4.297 fonoaudiólogos atuantes no Paraná e em Santa Catarina inscritos no CREFONO 3. Optou-se por esse método, visando atingir todos os profissionais dos dois estados, de forma simultânea

e rápida. O próprio CREFONO 3 enviou o questionário, por e-mail aos profissionais, no dia 12 de março de 2021, que permaneceu aberto para respostas por dois meses. O instrumento foi estruturado na plataforma *google forms*, acompanhado de um resumo de explicação sobre o estudo, incluindo os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para o desenvolvimento do estudo, foi utilizada a amostra por conveniência, sendo admitidos todos os participantes que responderam ao questionário e se adequaram aos critérios de elegibilidade.

Análise dos dados

Os dados foram explorados a partir da Análise do Conteúdo (AC). Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. Nesta análise, os dados são tomados como retalhos de uma colcha, que precisam ser costurados para que o trabalho seja concluído (MENDES e MISKULIN, 2017). Dessa maneira, a AC permite explorar o conteúdo linguístico coletado por meio do questionário, em função de critérios quantitativos e qualitativos (ZIESEMER, 2017).

Análise quantitativa

Com o intuito de caracterizar a amostra, foi realizada análise estatística descritiva com o cálculo da porcentagem para cada variável de interesse. Para avaliar a associação entre as diferentes variáveis avaliadas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, adotando um nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas por meio software estatístico Jasp, versão 0.14.1.

Análise qualitativa

Na parte qualitativa do material linguístico-discursivo coletado, foram utilizadas as análises temática e lexical (BARDIN, 2011), que são organizadas em função da construção de categorias que se constituem na frequência de temas e palavras, extraídos dos discursos dos participantes. A organização prosseguiu as três fases: 1) a pré-análise, em que se prepara o material obtido na coleta de dados; 2) a exploração do material, na qual as categorias são agrupadas a partir das unidades de

registro, em função de seus aspectos comuns; e 3) o tratamento dos resultados, em que ocorre a interpretação dos resultados (ZIESEMER, 2017).

6.2.3. RESULTADOS

Foram coletados 85 questionários, entretanto, dois participantes, após lerem o TCLE optaram em não participar da pesquisa, restando 83. Desses, 8 trabalhavam apenas com adultos e idosos e, por esse motivo, foram excluídos do estudo. Portanto, a pesquisa contou com 75 participantes.

A respeito do tempo de formação dos 75 respondentes, 6,7% se graduaram a menos de um ano, 40% se graduaram entre 1 e 5 anos, 20% entre seis e dez anos, 17,3% entre dez e vinte anos, 16% a mais de 20 anos. Quanto ao nível acadêmico, 49,3% possuíam especialização ou aperfeiçoamento, 36% apenas a graduação, 8% mestrado e 5% doutorado. Em se tratando das áreas de atuação, 70,7% atuavam como generalistas, 14,7% na área de linguagem, 9,3% com audiologia, 1,3% com voz, 1,3% com motricidade orofacial, 1,3% na fonoaudiologia educacional e 1,3% trabalhava no serviço especializado em violência. A tabela 1, apresentada na sequência, mostra as características da população incluída neste estudo.

Tabela 1 - Características da população de estudo (N=75)

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tempo de formação		
1-5 anos	30	40,0
6-10 anos	15	20,0
10-20 anos	13	17,3
Acima de 20 anos	12	16,0
Menos de 1 ano	5	6,7
Nível acadêmico		
Especialização/aperfeiçoamento	37	49,3
Graduação	27	36,0
Mestrado	6	8,0
Doutorado	5	6,7
Área de atuação		
Generalista	53	70,7
Linguagem	11	14,7
Audiologia	7	9,3
Voz	1	1,3
Motricidade orofacial	1	1,3
Serviço especializado em violência	1	1,3
Fonoaudiologia educacional	1	1,3

FONTE: o próprio autor

Dos 75 fonoaudiólogos pesquisados, 39 (52%) atenderam a crianças e/ou adolescentes com casos suspeitos ou confirmados de violência. O público mais acometido pela violência foram as crianças com idades entre 2 e 12 anos com 48%, os adolescentes com 32% e os bebês com 13,3%. A maior parte das vítimas foram crianças, apresentando 37,3% para o sexo masculino e 32% para o feminino, os bebês foram os menos acometidos, independentemente do sexo.

A violência psicológica foi mencionada em 41,3% dos casos, e a violência física, em 38,7%, sendo as mais citadas pelos profissionais, seguida da violência sexual, em 36%, a negligência e o abandono, em 26,7%. A alteração fonoaudiológica mais encontrada, nas vítimas, foi o atraso no desenvolvimento da linguagem, relatado por 44,6% dos fonoaudiólogos, em seguida, as alterações na linguagem, citadas por 33,8% dos participantes, problemas de leitura e escrita, referido por 31,1% dos profissionais, problemas de fluência, com 14,9%, deficiência auditiva, com 6,8%, alterações no sistema estomatognático, 5,4% e na voz, com 5,4%. Os principais agressores foram o pai, com 38,7% de citações e a mãe, com 29,3%. Posteriormente, foram referidos o padrasto/madrasta, em 22,7% das respostas; irmão/irmã, em 6,7%, outro membro da família, em 21,3% e vizinhos/amigos, em 6,7%.

A respeito da autopercepção do fonoaudiólogo sobre seu conhecimento relativo à violência, 57,5% assinalaram ter conhecimentos. Quanto ao contato dos profissionais com assuntos referentes à violência, 76% responderam que tiveram tal contato. As maneiras que esses contatos ocorreram estão descritas na tabela 2.

Tabela 2 - Forma (s) de contato (s) com assuntos relacionados à violência

Contato com assuntos sobre violência	n	%
<i>Leituras em geral</i>	40	53,3
<i>Discussões de casos</i>	30	40
<i>Cursos</i>	24	32,9
<i>Artigos</i>	23	30,7
<i>Eventos</i>	13	17,3
<i>Congressos</i>	10	13,3
<i>Outros</i>	8	10,7

FONTE: o próprio autor.

No que diz respeito a aptidão dos fonoaudiólogos para identificarem, atenderem ou acompanharem casos de violência familiar contra crianças e/ou

adolescentes, 65,3% descreveram-se como aptos e 34,7% não se sentem preparados para lidarem com essa realidade.

Na sequência, seguindo as diretrizes de Bardin (2011), são apresentadas as categorias de composição dos eixos e seus subeixos organizados neste trabalho, juntamente com exemplos das unidades de registro que representam o material analisado. Os componentes das categoriais, estão descritos na coluna entre as categorias e os exemplos das unidades de registro, sintetizando o conteúdo de cada categoria, que foi constituída em função das respostas elaboradas pelos participantes aos itens do questionário. Cada unidade de registro é seguida pela indicação do numeral arábico do participante que a enunciou.

O eixo 1 refere-se ao conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e está organizado a partir de dois subeixos: a descrição do saber ou não saber do profissional (subeixo 1.1) e como os fonoaudiólogos suspeitam de situações de violência intrafamiliar (subeixo 1.2).

O eixo 2 refere-se à atuação do fonoaudiólogo em situações de violência contra crianças e adolescentes e está organizado a partir de um subeixo: descrição realizada pelos profissionais da conduta mais apropriada (subeixo: 2.1).

EIXO 1 – Conhecimento do fonoaudiólogo sobre violência contra crianças e adolescentes

Quadro 1 - Conhecimento do fonoaudiólogo sobre violência contra crianças e adolescentes (continua)

EIXO 1 – Conhecimento do fonoaudiólogo sobre violência contra crianças e adolescentes		
Subeixo 1.1: Descrição do saber (ou não saber) profissional		
Categories	Componentes das categorias	Exemplos de unidades de registro correspondentes às respostas enunciadas pelos participantes
Tipo de violência	Física, sexual, psicológica, negligência ou abandono	<i>Abuso sexual, violência física/spancamento, violência verbal no núcleo familiar (12). Conheço os tipos de violência: física, psicológica, sexual e negligência (20). Maus tratos, agressão, violência física e psicológica, abandono, omissão etc. (76).</i>
Forma de identificação da violência	Lúdico, desenhos, comportamentos, marcas físicas	<i>Possível abordagem com a criança por lúdico e desenhos (34). Alguns sinais de alerta: mudança no comportamento podendo ser apatia ou agitação e agressividade. Outros sintomas físicos também podem ser citados hematomas, dores abdominais (20).</i>
Condutas diante de uma suspeita	Denúncia Notificação	<i>Devemos denunciar (9); notificar a suspeita ao Conselho Tutelar (82).</i>
Procedimentos adotados pelo fonoaudiológico	Acolhimento, Encaminhamentos para outros serviços.	<i>O que sei é que essa criança ou adolescente precisa ser acolhido e o caso deve ser encaminhado para os devidos serviços competentes (61).</i>
Relação entre sintomas fonoaudiológicos e violência	Atraso de fala, Atraso de linguagem, Disfluência.	<i>A violência pode atrasar outros comportamentos como a fala (65). Atraso de linguagem. Não teve melhoras no tratamento (39). Atualmente acompanho um caso de gagueira. Muito complexo, uma menina de 11 anos, que na primeira infância presenciou e sofreu violência psicológica do pai, brigas conjugais, pai fazia uso de drogas. Acredita-se que sua disfluência tenha um forte componente emocional, como desencadeante (85).</i>
Conhecimento sobre o desconhecimento	Despreocupação, Desinformação, Despreparo, Falta de envolvimento, Despreparo acadêmico, Despreparo psicológico.	<i>Há pouca preocupação das pessoas em relação a identificar e encaminhar os casos, bem como falta de informações sobre os órgãos competentes, sobre como é feito o acompanhamento e acolhimento dessas crianças e adolescentes. Vejo também que muitas vezes o adulto que percebe (terapeutas, professores, pais, familiares) evitam um envolvimento maior por não conseguir lidar com a situação, por medo, por falta de informações, etc. (49). Não tenho conhecimento. Não sou preparada para lidar. Por favor, me digam o que fazer nesses casos. É desesperador (40). Não somos preparados para esses casos. É horrível (40). Acredito que faltou em minha formação acadêmica uma discussão mais aprofundada sobre esse assunto, como identificar, escutar e agir em casos de violência infantil (82). Não tenho preparo psicológico (4).</i>

Quadro 1 - Conhecimento do fonoaudiólogo sobre violência contra crianças e adolescentes (conclusão)

EIXO 1 – Conhecimento do fonoaudiólogo sobre violência contra crianças e adolescentes		
Subeixo 1.2: Como os fonoaudiólogos suspeitam de situações de violência intrafamiliar		
Categorias	Componentes das categorias	Exemplos de unidades de registro
Atitudes da criança/adolescente e da família	Agressividade, Comportamentos, Marcas corporais, Sintomas emocionais, Formas de brincar, Desenhos, Histórico familiar, Falta nos atendimentos clínicos.	<i>Agressividade da criança (6, 49); Comportamentos da criança durante a interação (25); Comportamento da criança que mudava na frente dos agressores (41, 68). O menino sempre que chegava na sala chutava as cadeiras com muita agressividade (61). Atitudes, retração, marcas físicas, fala (30); Criança com sinais de violência no corpo, timidez exacerbada, criança chorosa, irritabilidade, DDTH, com evidente emocional abalado, etc. (7). Mudanças de comportamento, queda no desempenho escolar, marcas no corpo, entre outros sinais (82). Pela forma de brincar, esfregando um boneco no outro (38). Desenhos (1, 8, 26, 38, 49, 63,); Histórico familiar (25); Faltas (18).</i>
Queixa fonoaudiológica	Mutismo, Paralisia facial.	<i>Mutismo (10). No caso de uma menina de 10/11 anos, que veio com queixa de paralisia facial, ela trouxe por várias vezes que ela lembrava que tinha ficado paralisada com algum acontecimento na infância e aprofundando sobre isso com ela e com sua avó, ela relatara que foi abusada sexualmente pelo pai, e a avó veio a confirmar, pois ela mesma percebeu mudanças na neta e no ex genro e presenciou um momento de abuso (61).</i>
Relato da vítima e/ou de pessoas envolvidas.	Exposição verbal da própria vítima. Exposição da criança através da comunicação alternativa. Descrição pelos familiares. Histórias confusas. Violentador relator. Relato de outros profissionais.	<i>Relatos das crianças que mencionavam reincidentemente medo de algum ente da família (1). Relatos da criança (26); Relato do paciente (55); fala da criança para terapeuta (78). A própria criança contou verbalmente que o pai brincava de tocar nela (39). A criança relatou que não aguentava mais apanhar dos pais em casa. E do seu pai a tocando todas as noites quando ia dormir (40). Através de comunicação alternativa. A paciente explicitou preocupação de sua irmã mais nova ficar sozinha com o pai. Perguntando se ele iria machuca-la (29). Relato familiar (48); Relatos maternos que descreviam o comportamento abusivo do progenitor (73); Relatos familiares com partes veladas ou confusas da história da criança (1). Relatos do agressor, referindo surras, narrando episódios de violência psicológica (81); Relato da professora (5); não suspeitei, outra profissional que atendia o caso me contou da situação de violência sexual contra o paciente (37).</i>
Profissional não soube responder	Não saber.	<i>Não sei (13); Não (36).</i>

FONTE: o próprio autor.

EIXO 2 – Atuação do fonoaudiólogo em situações de violência contra crianças e adolescentes

Quadro 2 - Atuação do fonoaudiólogo em situações de violência contra crianças e adolescentes

EIXO 2 – Atuação do fonoaudiólogo em situações de violência contra crianças e adolescentes		
Subeixo: 2.1 Descrição realizada pelos profissionais da conduta mais apropriada		
Categories	Componentes das categorias	Exemplos de unidades de registro
Notificação	Notificação ao Conselho Tutelar	<i>Acionei o conselho tutelar (2, 6, 26). Comunicar conselho tutelar (11). Realizar uma denúncia aos órgãos competentes (12, 15). Denúncia ao conselho tutelar (17, 24, 50).</i>
Conversa com a família	Conversar com a família para escutá-los, orientá-los a denunciar ou para ameaçá-los.	<i>Conversar com a família (2, 23, 25, 55). Escutar e conversar com os pais (58, 60). Orientar a família a denunciar! (68). Entrei em contato com a família para colocá-los na parede para que o incidente parasse (9).</i>
Acolhimento	Acolhimento, escuta.	<i>Acolhimento (52). Foi de acolhimento e de escuta, para que os sujeitos pudessem falar a respeito das violências vividas (61). Dar espaço para o paciente se abrir (43). Acredito que acolher o paciente no primeiro momento é fundamental (69).</i>
Encaminhamento e Contato com outro profissional	Encaminhamento para outros profissionais. Diálogo com outros profissionais.	<i>Procurar a assistente social e psicologia (18). Encaminhamento para psicóloga (19). Indicar para alguém competente a trabalhar o caso, superiores e psicólogos (42); Discussão multiprofissional (20). Entrei em contato com demais profissionais que compunham a equipe da paciente (39). Conversa com psicóloga para posteriormente seguir conduta (13). Falar com profissional responsável por violência para melhor instrumentalização (34).</i>
Não tiveram atitudes específicas para lidar com a situação da violência.	Acreditam não ser função do fonoaudiólogo. Não ocorreram atitudes específicas em relação a situação da violência.	<i>Fingi que não vi. Como fonoaudiólogo não é minha função entrar nessa questão, apenas continuei meu trabalho com o atraso de linguagem (38). Nenhuma. Não soube lidar com a situação (40). Nenhuma. Como fonoaudióloga tratei a patologia de fala (41). Não consegui lidar, pedi demissão do emprego. Melhor sair da instituição do que ter que me envolver (83).</i>

FONTE: o próprio autor.

Nas tabelas 3 e 4, localizadas abaixo, é possível visualizar dados relativos aos cruzamentos estatísticos, sendo que as figuras 1, 2, 3 e 4 apresentam os cruzamentos que tiveram significância estatística ($p < 0.05$).

Os cruzamentos com significância estatística, evidenciaram que os profissionais com formação entre 6 e 10 anos e na sequência, acima de 10 anos foram os que mais atenderam a vítimas de violência. Contudo, os profissionais formados entre 1 a 5 anos foram os que mais demonstraram conhecimentos sobre a temática. A presença de sintomas fonoaudiológicos, ocorreu em 79% das vítimas de violência psicológica, 74% das vítimas de violência física, 68% das vítimas de violência sexual e 49% das vítimas de negligência ou abandono. Em se tratando do agressor, houve a prevalência de sintoma fonoaudiológico em 74% das vítimas violentadas pelo pai, 56% violentadas pela mãe, 42% pelo(a) padrasto/madrasta, 13% pelo(a) irmão/irmã, 11% pelo vizinho ou amigo e 39% por outro membro da família.

Tabela 3 - Avaliação da relação entre o atendimento e o conhecimento sobre violência e as características da população.

<i>Variável dependente</i>	<i>Variável preditora</i>	<i>p-valor*</i>
Já atendeu vítima de violência?	Tempo de formação	0.002
	Nível acadêmico	0.116
	Área de atuação	0.116
Você sabe sobre violência contra crianças e adolescentes?	Tempo de formação	0.027
	Nível acadêmico	0.316
	Área de atuação	0.610
Você já teve contato com assuntos relacionados à violência?	Tempo de formação	0.102
	Nível acadêmico	0.481
	Área de atuação	0.965
Você se considera apto para identificar, atender ou acompanhar casos de violência familiar contra crianças e/ou adolescentes?	Tempo de formação	0.373
	Nível acadêmico	0.163
	Área de atuação	0.716

* Teste qui-quadrado; Nível de significância 5%
 FONTE: o próprio autor.

Tabela 4 - Avaliação da relação entre a presença de sintoma fonoaudiológico e as características da agressão e do agressor.

<i>Variável dependente</i>	<i>Variável preditora</i>	<i>p-valor*</i>
Tipo de violência (Sim - Não)	Violência física	< 0.001
	Violência psicológica	< 0.001
	Violência sexual	< 0.001
	Negligência e abandono	< 0.001
Observou algum sintoma fonoaudiológico? (Sim - Não)	<i>Mãe</i>	< 0.001
	<i>Pai</i>	< 0.001
	Quem foi o agressor? (Sim - Não)	
	<i>Padrão/Madrasta</i>	< 0.001
	<i>Irmão/Irmã</i>	0.026
	<i>Outro membro da família</i>	< 0.001
	<i>Vizinho/amigos</i>	0.048

* Teste qui-quadrado; Nível de significância 5%

FONTE: o próprio autor.

Figura 1 - Tempo de formação do profissional e o atendimento a vítimas de violência

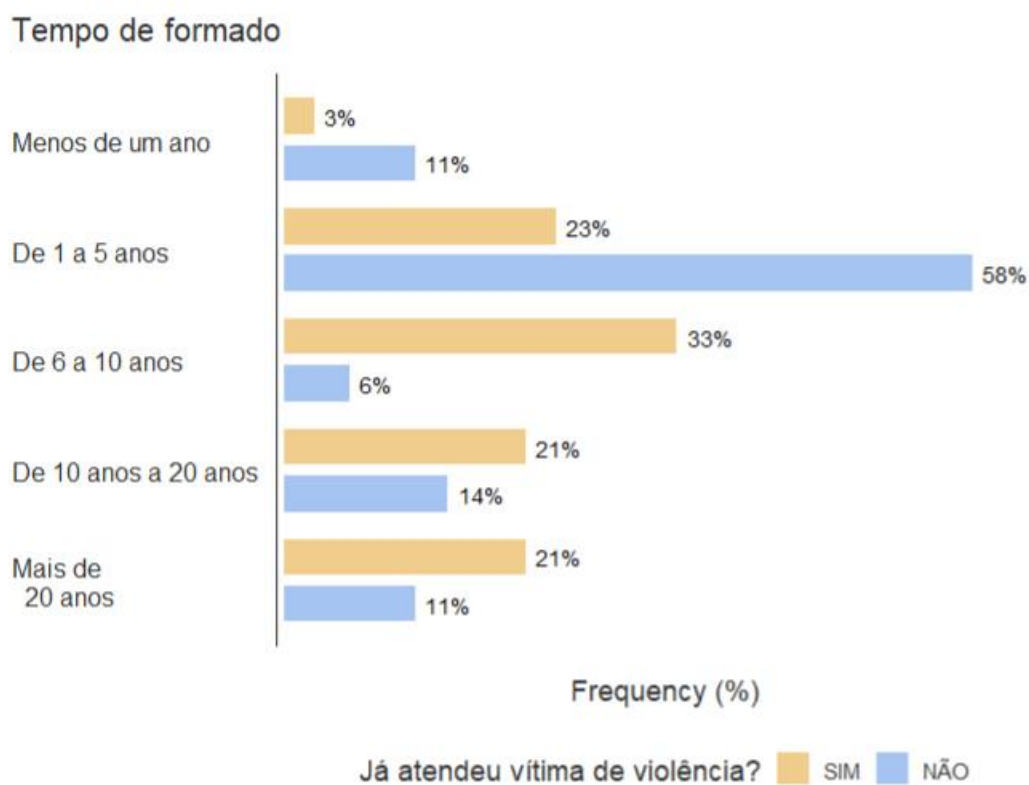


Figura 2 – Tempo de formação profissional e o conhecimento sobre violência

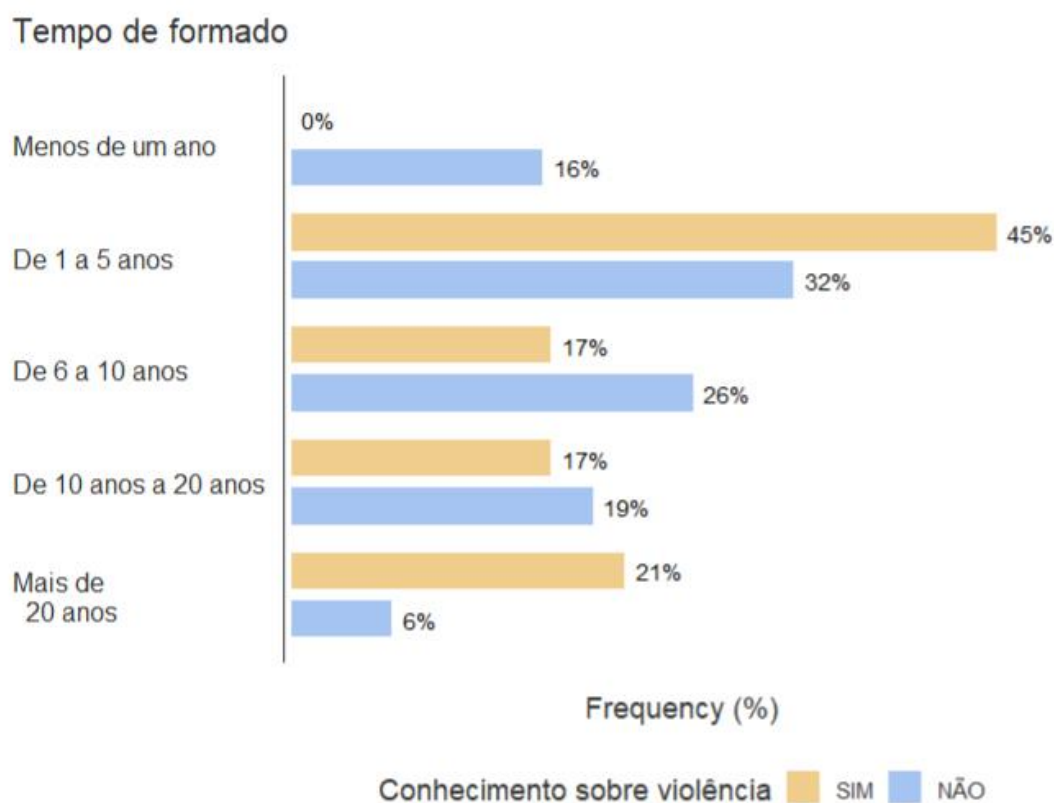


Figura 3 – Tipos de violência e os sintomas fonoaudiológicos

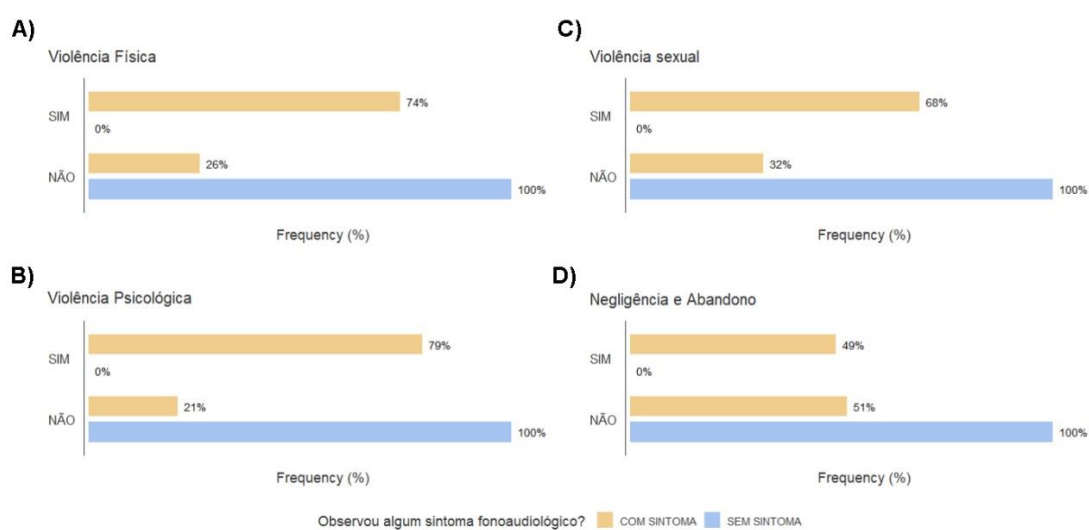
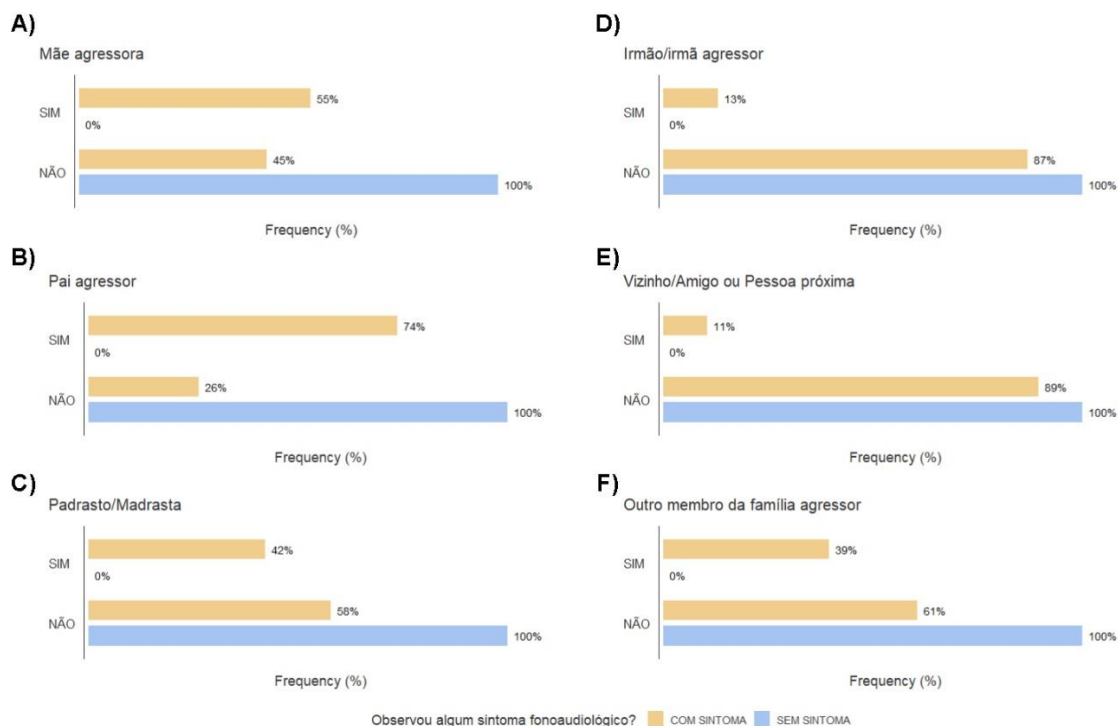


Figura 4 – O agressor e o sintoma fonoaudiológico



6.2.4. DISCUSSÃO

Os fonoaudiólogos com formação superior a 6 anos atenderam a mais vítimas de violência. Entretanto, pesquisas apontam que os profissionais da saúde com mais de 10 anos de formados são os que mais atendem a vítimas de violência (CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015; DALLEDONE *et al.*, 2015; VAN DAM *et al.*, 2015). No presente estudo, os fonoaudiólogos formados entre 1 a 5 anos foram os que mais demonstraram conhecimentos sobre a temática. Sendo, também, esses os que mais participaram da pesquisa, totalizando 40% dos incluídos. Nesse sentido, apesar dos fonoaudiólogos graduados a mais tempo se depararem com mais casos de violência, os profissionais com menos tempo de diplomação buscaram conhecer mais sobre o assunto. Podendo-se supor que os fonoaudiólogos com menos tempo de formação, possuem uma visão mais ampliada a respeito das questões que inferem na saúde, possibilitando-os reflexões sobre temas diversos, como a violência. Sendo possível inferir que os profissionais mais novos, em termos de formação, estariam distanciando-se da atuação fonoaudiológica restrita a prática curativa e reabilitadora, que embasou o exercício inicial da profissão, no Brasil (BERBERIAN, 2001; LIPAY e ALMEIDA, 2012).

Dos 75 participantes, 39 (52%) atenderam a crianças e/ou adolescentes em situações suspeitas ou confirmadas de violência, corroborando com a literatura publicada (NOGUCHI *et al.*, 2004; ACIOLI *et al.*, 2011). Segundo Acioli *et al.*, (2011), essas informações, evidenciam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes está presente no trabalho dos fonoaudiólogos.

Nesta pesquisa, o público mais atingido pela violência foram as crianças de 2 a 12 anos, sendo o sexo masculino prevalente em todas as faixas etárias, de zero a dezoito anos. A respeito desses dados, Hohendorff *et al.* (2012), relatam que os estudos realizados no Brasil, não apontam um consenso, embora indiquem uma tendência de que meninos, de até 12 anos, sejam os mais acometidos. Contudo, a nível internacional, as pesquisas descrevem que o sexo feminino é o mais predominante entre as vítimas de violência infantil e juvenil (BRATTABO *et al.*, 2018; VERGARA *et al.*, 2017; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015; BERTHOLD *et al.*, 2018).

Quanto a tipologia da violência, a psicológica e a física foram as mais citadas, em seguida, a sexual, a negligência e o abandono. Nesse sentido, destacasse que a coleta de dados, do presente estudo, foi realizada durante o período de isolamento da pandemia de COVID-19 e, em consonância com esse dado, pesquisa realizada nos Estados Unidos, mostrou que 72% dos pais que perderam o emprego durante a pandemia cometeram violência psicológica e 37,21% violência física contra seus filhos (GHOSH *et al.*, 2020). Segundo a UNICEF (2020), a pandemia fez com que crianças e adolescentes ficassem mais expostos à violência doméstica, principalmente nos lares onde as vulnerabilidades já eram presentes.

A respeito da alteração fonoaudiológica encontrada nos vitimados, prevaleceu o atraso no desenvolvimento da linguagem, indo de encontro com os resultados obtidos na primeira pesquisa realizada sobre a temática, no Brasil (NOGUCHI *et al.*, 2006). Estudo realizado em um curso de capacitação para situações de violência, revelou que dos 107 participantes entrevistados, 92% observaram sinais de alterações na comunicação em crianças violentadas, dentre as quais foram relatadas: mutismo, gagueira, voz muito fraca, fala ininteligível e trocas na fala (CESARO *et al.*, 2016). Uma revisão de literatura citou, como uma das consequências da violência, o transtorno de fala (SILVA *et al.*, 2021). Diante desses achados, é possível inferir que muitos dos sujeitos, que chegam à clínica fonoaudiológica com alterações na linguagem, podem apresentar por traz de sua queixa, uma situação de

violência. Nesse sentido, Noguchi *et al.* (2006) afirmam que é trabalho do fonoaudiólogo, dar destaque a esse problema e sobretudo “dar voz” às vítimas silenciadas, entendendo que, diversas vezes, por trás do silêncio, pode existir um grito de socorro.

Os cruzamentos estatísticos revelaram correlações entre a presença de sintomas fonoaudiológicos e os tipos de violência. Da mesma forma que significância entre sintomas fonoaudiológicos e os perpetradores de violência. Não foram encontrados estudos que relatem dados como estes, em vista disso, constata-se a necessidade de ampliar as pesquisas sobre a temática.

Em relação aos agressores, os mais citados foram o pai e a mãe e estudos nacionais e internacionais confirmam que os pais são os principais perpetradores de violência dentro do contexto familiar (AGUIAR *et al.*, 2019; PEDROSO e LEITE 2021; BRATTABO *et al.*, 2018; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015). Acerca do contato do fonoaudiólogo com assuntos relacionados à violência, sua autopercepção sobre o conhecimento, aptidão para identificar, atender ou acompanhar casos de violência, resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados na área da odontologia (AZEVEDO *et al.*, 2012; DEMARCO *et al.*, 2021; SILVA *et al.*, 2022).

No que concerne ao conhecimento do fonoaudiólogo acerca da tipologia de violações contra crianças e adolescentes, achados semelhantes foram encontrados em pesquisa com docentes de odontologia (DE LIMA e PIERI, 2021), assim como entre profissionais da rede de proteção (RIBEIRO *et al.*, 2021). Quanto as formas de identificação, Noguchi *et al.* (2006) descrevem que o relato da própria vítima é o principal fator para a identificação. Este relato pode ocorrer verbalmente, através de fatos narrados, dramatizações, brincadeiras ou desenhos. Uma pesquisa analisou 182 desenhos de vítimas de violência, constatando que desses, 81 eram sem cores, 123 não apresentavam a figura paterna e 03 expressavam sintomas explícitos de violência (ANANIAS *et al.*, 2010).

A respeito do conhecimento dos fonoaudiólogos sobre os comportamentos da vítima e marcas físicas, uma revisão de literatura constatou que as principais formas de identificações ou suspeitas de violência são as marcas físicas e alguns comportamentos como medo, raiva, ansiedade, angústia, depressão e isolamento, falta de confiança em adultos, choro sem causa aparente, relutância em voltar para casa e redução do rendimento escolar (ROVER *et al.*, 2020). Pesquisas internacionais,

apontam também, que as marcas no corpo da vítima são uma das principais formas de identificar situações de violência (BRATTABO *et al.*, 2018; VERGARA *et al.*, 2017; CUKOVIC-BAGIC *et al.*, 2015).

O conhecimento dos fonoaudiólogos, participantes desta pesquisa, sobre quem são os violentadores, correspondem aos resultados de estudo realizado com profissionais da rede de proteção (RIBEIRO *et al.*, 2021). Nesse sentido, Costa *et al.* (2020) relatam que a cada ano é crescente o número de casos notificados que em sua maioria ocorre em ambiente domiciliar e o agressor é uma pessoa com vínculos fortes com a vítima. A notificação foi citada pelos fonoaudiólogos desta pesquisa como forma de conhecimento e de atuação profissional. Seguintes análogos foram encontrados em estudo realizado com 40 equipes da ESF (TRABBOLD *et al.*, 2021).

Os procedimentos de acolhimento, encaminhamento e contato com outros profissionais, também foi citado pelos participantes desta pesquisa como formas de conhecimento e de atuação profissional. Nessa perspectiva, Ribeiro e Silva, (2018), destacam que os profissionais de saúde em geral se preocupam para que a vítima e a família sejam escutadas e acolhidas. Em pesquisa com cirurgiões dentistas, a conduta mais citada foi o encaminhamento da vítima ou a conversa com os outros profissionais para que estes tomassem alguma conduta (DEMARCO *et al.*, 2021).

Outra forma de atuação do fonoaudiólogo, em situações de violência, relatado pelos participantes desta pesquisa, são as conversas com os familiares, corroborando com os dados de Noguchi *et al.* (2005). Neste estudo, a conduta mais citada foi o contato com a família, por meio de questionamentos sobre a violência, ameaças para que o incidente não se repetisse, além de conversas para confirmar a veracidade da suspeita e para dar orientações.

Dentre os fonoaudiólogos incluídos neste estudo, 42,5% referiram desconhecimento e 34,7% despreparado para lidarem com casos de violência. O mesmo relato também foi observado entre vários profissionais da saúde (LEITE *et al.*, 2016; TRABBOLD *et al.*, 2021). Esses dados evidenciam tensões entre o “não saber” e o despreparo dos profissionais, permitindo a indagação: como é possível a atuação profissional em uma situação problemática, quando não existem conhecimentos necessários sobre ela? (BATISTA e QUIRINO, 2020). Nesse sentido, destaca-se que as famílias vitimadas se encontram despedaçadas pela violência e uma abordagem mal

direcionada pode prejudicar o processo de acolhimento, dificultando também a criação de vínculos de confiança entre o profissional e o paciente/vítima (VIEIRA, 2018).

À vista disso, se faz necessário que os fonoaudiólogos, assim como todos os profissionais da saúde, reconheçam a violência como fenômeno atual, multifacetado e desafiador. Pois, para atuar em qualquer situação de violência é preciso, primeiramente, reconhecer sua existência (SHIMBO *et al.*, 2011). Como evidenciado nos resultados desta pesquisa, os danos da violência podem aparecer na linguagem das crianças e adolescentes e o fonoaudiólogo por ser o profissional que trabalha nessa área, tem o potencial de se deparar com esses casos.

Para tanto, sugere-se que o tema seja inserido na grade curricular do curso de graduação em fonoaudiologia. Alguns autores ressaltam a necessidade de investimento tanto na formação continuada quanto na revisão dos currículos de graduação dos profissionais da saúde (CASTILHO, 2018; SILVEIRA *et al.*, 2016). Pois, um ajuste pedagógico nas instituições de ensino, pode tornar possível a capacitação dos profissionais para identificar e notificar casos de violência, sobretudo ao se considerar que a conscientização durante a graduação permitirá que depois de formados os profissionais não sejam omissos perante à violência (CASTILHO, 2018; SILVEIRA *et al.*, 2016).

É importante mencionar, também, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), que é a autarquia incumbida de fiscalizar o exercício profissional do fonoaudiólogo, assim, como o responsável pela definição de normas e atos que devem conduzir o exercício do profissional. Diante disso, ressalta-se a importância do próprio CFFa elaborar diretrizes gerais para a atuação e enfrentamento do fonoaudiólogo perante à violência contra crianças e adolescentes.

A presente pesquisa teve como limitações metodológicas a baixa devolução dos questionários e a falta de informação sobre quantos profissionais, registrados no CREFONO 3, trabalhavam somente com crianças e adolescentes. Embora os resultados não possam ser generalizados por se tratar de uma amostra de conveniência, eles realçam a importância da preparação dos fonoaudiólogos para conhecerem e atuarem em casos de violência. Sugere-se que o tema seja desenvolvido em pesquisas futuras com planejamento amostral capaz de permitir a generalização dos resultados e recomenda-se a validação de um questionário mais específico e direcionado à área estudada.

6.2.5. CONCLUSÃO

Com este estudo, nota-se que o conhecimento dos fonoaudiólogos sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes está voltado para os tipos de violência, as formas de identificação, a notificação dos casos, o acolhimento e encaminhamento das vítimas, a relação entre os sintomas fonoaudiológicos com a situação de violência e o conhecimento sobre o despreparo profissional para lidar com essas situações. Já a atuação dos fonoaudiólogos participantes da pesquisa ocorreu por meio da notificação dos casos aos órgãos competentes, conversa com os familiares, encaminhamentos da vítima para outros serviços e/ou contato com outros profissionais.

6.2.6. REFERÊNCIAS

ABRANCHES, C. D. e ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.843-854, maio 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500003>. Acesso em: 20 fev. 2022.

ACIOLI, R.M.L.; LIMA, M.L.C.; BRAGA, M.C.; PIMENTEL, F.C.; CASTRO, A.G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, n.11, v.1, p.21-28, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100003>. Acesso em: 19 fev. 2022.

AGUIAR, B. F.; ROZINB, L.; TONIN, L. Caracterização da violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.43, n.1, p.180-193, 2019. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140138/rbsp_v43n1_11_2936_.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

ANANIAS, J. M.; WHITAKER, M. A.; AZEVEDO, T. A. M. DE ALMEIDA, v. I. M. C.; WHITAKER, D. C. A. Desenho infantil e a violência doméstica. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP-Marília*, Ed.5, n.05, p.98-106, maio 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2010.v0n5.1116>. Acesso em: 18 fev. 2022.

AZEVEDO, M.S.; GOETTEMES M.L.; BRITO, A.; POSSEBON, A.P.; DOMINGUES, J.; DEMARCO, F.F.; TORRIANI, D.D. Child maltreatment: a survey of dentists in Southern Brazil. *Braz Oral Res.*, v.26, n.1, p.5-11, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bor/a/BbVFB7bTRnJKYNwzWC6PKmK/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BATISTA, M. K. B.; QUIRINO, T. R. L. Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde. *Saúde Soc.* São Paulo, v.29, n.4, p.1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180843>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edição 70, 2011.

BERBERIAN, A. P. Linguagem e fonoaudiologia: uma análise histórica. *Distúrbios da comunicação*, São Paulo, v.12, n.12, p265-278, jun., 2001. Disponível em: <file:///C:/Users/isabe/Downloads/11566-Texto%20do%20Artigo-89414-1-10-20170530.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BERTHOLD, O.; FRERICKS, B.; JOHN, T.; CLEMENS, V.; FEGERT, J.M.; MOERS, A.V. Abuse as a Cause of Childhood Fractures. *Dtsch Arztebl Int.* Nov 16 2018;115(46):769-775. Doi:10.3238/arztebl.2018.0769

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH). Disque 100. Relatório violência contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: ONDH; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2019/junho/criancas-e-adolescentes-balanco-do-disque-100- aponta-mais-de-76-mil-vitimas>. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Governo de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Violência: notificações de violências interpessoais e autoprovocadas. Informativo Epidemiológico Barriga Verde. 2019 Jun; Ano XVI (Ed Especial). Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BV_Violencia_2.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.

BRASIL. Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência uma abordagem interdisciplinar na Saúde uma abordagem interdisciplinar na Saúde. *Ministério Público do Estado do Pará*, 2021.

BRATTABO, I.V.; BJORKNES, R.; ASTROM, A.N. Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health*. Mar 2 2018;18(1):29. doi:10.1186/s12903-018-0490-x

CASTILHO, A.M. Lo-Ré. Notificação Compulsória. Taubaté: Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté. Trabalho de conclusão de curso em odontologia - Universidade de Taubaté, 2018.

CESARO, B. C.; BONAMIGO, A. W.; SILVA, H. T. H.; OLIVEIRA, F. Alterações na comunicação em crianças vítimas de violência: reflexões para a Fonoaudiologia. *Distúrbios Comun.* São Paulo, v.28, n.3, p.462-472, setembro, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/26908/20870>. Acesso em: 18 fev. 2022.

COSTA, L.G.; COSTA, V.S.; SILVA, N.M.; FREITAS, F.M.; COUTINHO, M.T.; SOUZA, C.A.; EDUARDO, C.R.B.; RIBEIRO, W.A.; COUTINHO, A.V.A.; EVANGELISTA, D.S.; SILVA, A.A. Considerações sobre a violência infantil e as ações do enfermeiro: um ensaio da literatura. *Research, Society and Development*, v.9, n.9, p.1-24, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6712>. Acesso em: 18 fev. 2022.

CUKOVIC-BAGIC, I.; DUMANCIC, J.; KUJUNDZIC TILJAK, M.; et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent*. Nov 2015;25(6):444-50. doi:10.1111/ipd.12151

DALLEDONE, M.; PAOLA, A.P.B.D.; CORRER, G.M.; PIZZATTO, E.; SOUZA, J.F.D.; LOSSO, E.M. Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences*. 2015;14(3):224-229. doi:10.1590/1677-3225v14n3a10

DE LIMA, B. B. S.; PIERI, A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*. 2021; v.8, n.1, p.43-54. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/347/269>. Acesso em: 15 fev. 2022.

DEMARCO, G. T.; SILVA-JÚNIOR, I. DA.; AZEVEDO, M. S. Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. *Revista Da ABENO*, v.21, n.1, p.1-16, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1077>. Acesso em: 15 fev. 2022.

GHOSH, R.; DUBEY, M.J.; CHATTERJEE, S.; DUBEY, S. Impact of COVID-19 on children: Special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr.* v.72, n.3, p.226–35, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23736/s0026-4946.20.05887-9>. Acesso em: 09 fev. 2022.

HOHENDORFF, J. V.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H. Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *PSICOLOGIA USP*, São Paulo, v.23, v.2, p.395-415, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psup/a/WDTX3SXVxtKVqn5cKkByG8N/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2022.

LEITE, J. T.; BESERRA, M.A.; SCATENA, L.; Silva, L.M.P.; FERRIANI, M.G.C. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p.1-7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/8N8zMXdndv6GyctNT4rVN5K/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 fev. 2022.

LIPAY, M. S.; ALMEIDA, E. C. de. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Revista de Ciências Médicas, [S. l.]*, v. 16, n. 1, 2012. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1073>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MENDES, R.M.; MISKULIN, R.G.S. A análise de conteúdo como uma metodologia. *1044 Cadernos de Pesquisa*, v.47, n.165, p.1044-1066, jul./set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/ttbmyGkhjNF3Rn8XNQ5X3mC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; MALAQUIAS, J. V. Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), v.18, n.1, p.41-48, jan.-abr. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872006000100006>. Acesso em: 08 fev. 2022.

NOGUCHI, M.S. O dito, o não dito e o mal-dito o fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes [Tese de doutorado]. Orientadora: ASSIS, S.G. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde pública – fundação Oswaldo Cruz. junho de 2005. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12836/1/ve_Milica_Noguchi_ENSP_2005.pdf. Acesso em: 08 fev. 2022.

PEDROSO, M.R.O.; LEITE F.M.C. Violência recorrente contra crianças: análise dos casos notificados entre 2011 e 2018 no Estado do Espírito Santo. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, v.30, n.3, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/pF3qnBYLhmMNRpWnpPvc3RG/?lang=pt>. Acesso em: 08 fev. 2022.

RIBEIRO, F. M. A.; FERNANDES, F.E.C.V.; MELO, R. A. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. *Rev baiana enferm.* 2021; v. 35:e42099. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42099>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RIBEIRO, R. U. P.; SILVA, A. L. Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? *Revista LEVS/UNESP- Marília*, v.21- maio/2018 – ISSN 1983-2192. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2018.v21n21.p164>. Acesso em: 25 fev. 2022

ROVER, A. L. P.; DE OLIVEIRA, G. C.; NAGATA, M. E.; FERREIRA, R.; MOLINA, A. F. C.; PARREIRAS, S. O. Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43738-43750 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n7-114>. Acesso em: 25 fev. 2022

SILVEIRA, T.B.D.; OLIVEIRA, A.M.N.D.; ALGERI, S.; SUSIN, L.R.O.; BAISCH, A.L.M.; MARQUES, L.A.; SILVA, P.A.D. A invisibilidade da violência psicológica pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* 2016; 26(3):345-351.

SILVA, P. A.; ALGERI, S.; SILVA, M. P.; CORRÊA, M. L.; NUNES, M. P. R. Perfil da violência sexual contra meninos, SINAN, 2009-2017, Brasil. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, e29910212509, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12509>. Acesso em: 25 fev. 2022

SILVA, F. G.; FONSECA, P. C. S. B.; DANTAS, J. S. O. M.; SILVA, C. C.; CARVALHO, C. T. C. Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno. *Conjecturas*, v.21, n.5, v.146–165, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.53660/CONJ-178-705>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SILVA, A. O.; SILVA, M. C. L. C.; GODOY, A. B.; SILVA, L. M. R. C.; SOARES, A. L. F. H. Domestic violence: The importance of the training of the Dental Surgeon against this condition. *Research, Society and Development*, v.10, n. 5, p.e4110514654, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14654>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SILVA JUNIOR, M. F.; CAMPOS, D. M. K. S.; MIOTTO, M. H. M. B. Conhecimento de acadêmicos de Odontologia sobre maus-tratos infantis. *Arq Odontol, Belo Horizonte*; v.51, n.3, p.138-144, jul/set 2015.

SHIMBO, A. Y; LABRONICI, L. M; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery* (impr.) v.15, p.3, p.506-510, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300009>. Acesso em: 23 fev. 2022.

TRABBOLD, V. L. M.; SILVEIRA, M. F.; GUIMARÃES, C. T. F. SANTOS, M. I. P. Notificação e capacitação como desafios para a estratégia saúde da família no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.1, p.3993-4015, 22 fev. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22988>. Acesso em: 25 fev. 2022.

UNICEF. Crianças e adolescentes estão mais expostos à violência doméstica durante pandemia. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/criancas-e-adolescentesestao-mais-expostos-a-violencia-domestica-durante-pandemia>. Acesso em: 19 fev. 2022.

VAN DAM, B.A.F.M.; SANDEN, W.J.M.V.D.; BRUERS, J.J.M. Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. Dec 15 2015;15:159. doi:10.1186/s12903-015-0141-4

VERGARA, K.A.; CARDENAS, S.D.; MARTINEZ, K.R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia) *Salud Uninorte*. 2017;33(2):129-138.

VIEIRA, M. S. Violência sexual contra meninas: do silêncio ao enfrentamento. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, v.18, n.2, p.101-116, ago/dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2018.v18.18596>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ZIESEMER, N.D.B.S. Representação social de velhice e de cuidado entre cuidadores ocupacionais de idosos. [Tese de doutorado]. Orientadora: Giselle Aparecida de Athayde Massi. Curitiba – PR: Universidade Tuiuti Do Paraná. 2017. Disponível em: <https://tede.utp.br/jspui/handle/tede/1220>. Acesso em: 25 fev. 2022.

WHO. Global status report on preventing violence against children. *Geneva: World Health Organization*; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>. Acesso em: 25 fev. 2022.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, acredita-se que os resultados dessa dissertação dão visibilidade às vivências dos profissionais da saúde perante a temática estudada, mostrando-se relevante a ampliação do tema na grade curricular dos cursos de graduação da área da saúde, em especial da fonoaudiologia. Mostra, também, a necessidade de se investir na divulgação dos documentos, diretrizes e campanhas dos Ministérios brasileiro a respeito da violência. Destaca-se, nesse sentido, a importância de parcerias entre os setores, como saúde e educação, além dos contatos multiprofissionais entre os trabalhadores do setor saúde, visando colaborar para o andamento adequado dos casos e compartilhando os saberes entre os profissionais.

No primeiro estudo, através da revisão sistemática da literatura pode-se confirmar o que foi levantado como hipótese de pesquisa: um expressivo número de crianças e adolescentes sofrem com a violência e os profissionais da saúde tem potencial para se depararem com esses casos. Entretanto, muitos profissionais, que identificam situações de violência, não realizam a notificação aos órgãos competentes. Já a meta-análise respondeu ao objetivo proposto de indicar a prevalência de relato de violência contra crianças e adolescentes no trabalho clínico dos profissionais da saúde, evidenciando que aproximadamente um a cada dois profissionais da saúde se deparam com relatos de violência contra crianças e adolescentes em sua prática clínica, e que apenas um, a cada três profissionais, notifica os casos.

A segunda pesquisa, respondeu ao objetivo de analisar o conhecimento e a atuação dos fonoaudiólogos em casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Vale destacar que os eixos temáticos que compuseram o conhecimento e atuação dos fonoaudiólogos foram compostos por diversas respostas individuais, que após unificadas formaram as categorias de análise. Quando essas mesmas respostas são vistas separadamente, observa-se que a compreensão do fonoaudiólogo sobre a violência é precária, sendo ainda mais frágil sua atuação perante os casos. Nota-se, também que 42,5% dos entrevistados demarcaram não terem conhecimentos sobre violência e 34,7% descreveram-se como inaptos para identificarem, atenderem ou acompanharem casos de violência. Por este ângulo, o estudo respondeu a hipótese levantada na origem da pesquisa, na qual o

fonoaudiólogo possui conhecimento restrito sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, assim como, atua de forma limitada perante os casos.

A pesquisa teve como limitação a baixa devolução dos questionários, a adesão dos participantes via amostra de conveniência e a falta de informação sobre quantos profissionais registrados no CREFONO 3 trabalhavam somente com crianças e adolescentes. Mesmo com estas restrições, o estudo realçou a importância da preparação do fonoaudiólogo para conhecer e atuar em casos de violência contra crianças e adolescentes. Trazendo importantes contribuições para a ciência fonoaudiológica, comunidade acadêmica e profissionais que trabalham com o público infantil e adolescente. Em especial, na Fonoaudiologia, destaca-se a importância de se pesquisar mais sobre a violência, afim de propiciar espaço para a voz das vítimas silenciadas. A influência de vínculos afetivos sobre o silêncio da vítima impede que a criança e/ou adolescente fale sobre o ocorrido. À vista disso, o vínculo terapêutico estabelecido entre a vítima e o fonoaudiólogo pode colaborar para a quebra do silêncio, a busca por ajuda, a interrupção da situação de violência e a ressignificação do contexto familiar dos envolvidos. Por esse motivo, é necessário preparar novos profissionais para atuarem, atentos a situações de violência, além de qualificar os profissionais já em exercício laboral.

Segundo Noguchi *et al.* (2006), o fonoaudiólogo que tanto valoriza a comunicação humana não pode manter restrito, à sua sala de atendimento, o silêncio das vítimas, levando em conta que o grito mais estridente que pode ser ouvido é o grito do silêncio. Para isso, é importante que o fonoaudiólogo observe o modo que a criança e o adolescente encontram para se comunicar e transmita a eles segurança e confiança, possibilitando que se manifestem de maneira segura.

O título eleito para essa dissertação: *“Quebrando o silêncio: violência familiar e o trabalho clínico de profissionais da saúde”* teve a intenção de retratar o que foi exposto ao longo desse trabalho e trazer a reflexão que é importante quebrar o silêncio que se permeia entorno da “palavra violência” que só de ser ouvida, já afasta e estremece a muitas pessoas. Contudo, não basta quebrar o silêncio que ocorre em torno da palavra/temática. Enfatiza-se também a demanda de quebrar o silêncio da comunidade científica fonoaudiológica que pouco publica sobre a violência contra crianças e adolescentes e assim, como consequência desse rompimento, proporcionar a construção de novos saberes científicos que auxiliem o exercício

profissional, permitindo, então, acolher e trabalhar clinicamente com as vítimas que chegam para atendimento fonoaudiológico, ressignificando suas queixas apresentadas e impactando de forma positiva suas histórias de vida.

Como citado anteriormente, sugere-se que o tema da violência seja inserido na grade curricular dos cursos de graduação em fonoaudiologia. Assim como, nota-se a importância de o Conselho Federal de Fonoaudiologia elaborar documentos, manuais e/ou diretrizes que possam ajudar o fonoaudiólogo a atuar em casos de violência contra crianças e adolescentes.

No Brasil, há poucos cursos gratuitos que capacitam os profissionais sobre a violência, e os disponíveis não têm ampla divulgação, inviabilizando acesso à população em geral e aos profissionais da saúde. A seguir, constam algumas formações gratuitas, que trazem dados relevantes sobre a violência.

Parceiras entre instituições de ensino públicas e o SUS do estado do Rio Grande do Sul criaram três cursos gratuitos que formam profissionais da saúde, assim como, todos os atores sociais para conhecer e atuar em casos de violência. Dentre as capacitações, destaca-se o curso nomeado: *Políticas de Equidade em Saúde e o Enfrentamento das Violências*, que objetiva fornecer parâmetros para reconhecer as iniquidades em saúde que atingem as diferentes populações e a importância da efetivação das políticas de equidade para a garantia de melhores condições de saúde para todos. O curso pode ser acessado através do link: <https://lumina.ufrgs.br/course/view.php?id=103>

Também, há disponível o curso: *Notificação de violências: conceitos e aplicação*. Esta capacitação tem o intuito de apresentar a violência como um problema de saúde pública. Ao longo de três módulos, o participante conhecerá sobre conceitos essenciais relacionados violência, refletir sobre a dimensão desse fenômeno na sociedade e, o mais importante, apropriar-se de instrumentos para agir frente a situações de violência. O curso pode ser acessado através do link: <https://lumina.ufrgs.br/course/view.php?id=98>

O Itaú Social, por meio do *Polo*, em parceria com a *Childhood Brasil* (instituição focada no enfrentamento do abuso e da exploração sexual contra crianças e adolescentes), lançaram o curso “*Prevenção da violência on-line na primeira infância*”. A formação busca sensibilizar sobre o uso seguro da internet para crianças que estão na primeira infância (de zero a seis anos). O curso disponibiliza materiais de apoio e

ferramentas para potencializar o diálogo sobre a construção de rotinas saudáveis de uso das tecnologias, tratando do desenvolvimento infantil da criança na primeira infância; a criança como sujeito de direitos e as novas tecnologias; prevenção e a autoproteção como aliados na construção de rotinas saudáveis da Educação Infantil; privacidade como direito; e os desafios da proteção. O curso tem duração de quatro horas e pode ser acessado através do link: <https://polo.org.br/gestao-pedagogica/formacao/223/prevencao-da-violencia-on-line-na-primeira-infancia>

Existem, também, publicações que podem ajudar os profissionais da saúde a adquirirem conhecimentos sobre a violência auxiliando-os em sua atuação profissional. Abaixo estão listados alguns documentos, juntamente com os seus *links* de acesso.

-Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço (Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2002).

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf

- Orientações Para Profissionais de Saúde: Violência contra crianças e adolescentes. <https://ppgtpc.propesp.ufpa.br/IMAGENS/noticias/Orienta%C3%A7%C3%B5es%20Para%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>

- Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na Saúde.

https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/protocolo_atencao_criancas_vitimas_violencia.pdf

- Cartilha de Orientação para o Enfrentamento do fenômeno Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente.

https://cmdca.campinas.sp.gov.br/sites/cmdca.campinas.sp.gov.br/files/u5/cmdca_cartilha_enfrentamento_violencia_2017.pdf

- Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.

https://www.spsp.org.br/downloads/Manual_Atendimento_Crian%C3%A7as_Adolescentes_V%C3%ADtimas_Viol%C3%A2ncia_2018.pdf

- Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.

<https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/manual%20atendimento%20crianca%20adolescente.pdf>

- Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências: Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf

- Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência.

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/maustratos_sbp.pdf

- Cartilha sobre os impactos da violência infantil na criança e na família.

<https://repositorio.fps.edu.br/bitstream/4861/473/3/Cartilha%20sobre%20os%20impactos%20da%20viol%C3%Aancia%20infantil%20na%20crian%C3%A7a%20e%20na%20fam%C3%ADlia%20-%20Cleide%20Dyhana.pdf>

- Guia Operacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: O papel do Ministério Público na implementação de um programa de atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

<http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/GuiaOperacionalInfanciaMPSP.pdf>

- Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes – O Silêncio que Destroi Infâncias.

<http://www.mpce.mp.br/wp-content/uploads/2021/05/CARTILHA-Viol%C3%BAncia-Sexual-contra-Criancas-e-Adolescentes.pdf>

- Violência doméstica e pandemia de covid-19: orientação para profissionais sobre sinais de abuso sexual em crianças e adolescentes.

https://www.pucrs.br/coronavirus-v3-prov/wp-content/uploads/sites/270/2020/10/2020_10_08-coronavirus-cartilhas-nupsi-orientacoes_para_profissionais_sobre_sinais_de_abuso_sexual_em_crianças_e_adolescentes.pdf

- INSPIRE. Sete Estratégias para Pôr Fim à Violência Contra Crianças.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-por.pdf?ua=1>

- Cuidar sem violência, todo mundo pode! Fortalecendo as Bases de Apoio Familiares e Comunitárias para Crianças e Adolescentes. Guia Prático para Famílias e Comunidades.

<https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2014/12/Cuidar-sem-violencia-todo-mundo-pode.pdf>

- Caderno de Violência Doméstica e Sexual Contra crianças e adolescentes.

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/crianca/Adolescente.pdf>

- Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal – Autoprovocada.

<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14143250-ficha-de-notificacao-violencia-sinan.pdf>

- Cartilha Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas.

<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201706/14143249-cartilha-notificacao-de-violencias-interpessoais-e-autoprovocadas.pdf>

- Viva - Instrutivo de Notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2016).

<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201806/18161313-viva-instrutivo-de-notificacao-de-violencia-interpessoal-e-autoprovocada-2016.pdf>

- O Ministério Público do Paraná, também, fornece uma listagem de publicações que podem nortear o atendimento às vítimas de violência:

<https://crianca.mppr.mp.br/pagina-2129.html>

8. REFERÊNCIAS

- ACIOLI, R.M.L.; LIMA, M.L.C.; BRAGA, M.C.; PIMENTEL, F.C.; CASTRO, A.G. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, n.11, v.1, p.21-28, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100003>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- ALI, S. H.; FOREMAN, J. CAPASSO, A.; JONES, A. M.; TO – ZAN, Y.; DI CLEMENTE, R. J. Social media as a recruitment platform for a nationwide online survey of COVID-19 knowledge, beliefs, and practices in the United States: methodology and feasibility analysis. *BMC Med Res Meth - odol*; 20:116, 2020.
- ALMEIDA, A.H.V.; SILVA, M.L.C.A.; MUSSE, T.O.; MARQUES, J.A.M. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arq Odontol*, 48(2):102-115, 2012.
- AMARAL, L. R. O. G. A violência intrafamiliar contra a criança na perspectiva de médicos pediatras. In: AMARAL, L. R. O. G. A Violência nos Contextos Familiar e Social: os desafios da pesquisa e da intervenção. Curitiba: Editora CRV, p. 35-58, 2009.
- ARAGÃO, A.S.; FERRIANI, M.G.C.; VENDRUSCOLLO, T.S.; SOUZA, S.L.; GOMES, R. Abordagem de enfermeiras de atenção primária a casos de violência contra crianças. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.21, jan.Feb. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700022>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.069 de 13/07/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 29 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientações para práticas em serviço. Brasília-DF: MS; 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde), 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf. Acesso em: 18 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf. Acesso em: 13 mar. 2022
- BRASIL. Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*. 2008.
- BRASIL. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência. *Sociedade de Pediatria de São Paulo*, 2011a.
- BRASIL. SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dados epidemiológicos Sinan, 2016. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/dados-epidemiologicos-sinan>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- BRASIL. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. *Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde*. 2011b.

BUCKSTEGGE, J; ROGEDO, P. Estudando cultura e comunicação com mídias sociais. Editora: Instituto Brasileiro de Pesquisa e Análise de Dados – IBPAD. Brasília, 2018.

CARLOMAGNO, M. C. Conduzindo pesquisas com questionários online: uma introdução às questões metodológicas. Pág. 31-55. *In*: SILVA, T.; BUCKSTEGGE, J.; ROGEDO, P. Estudando cultura e comunicação com mídias sociais. Editora: Instituto Brasileiro de Pesquisa e Análise de Dados – IBPAD. Brasília, 2018.

COSTA, L.G.; COSTA, V.S.; SILVA, N.M.; FREITAS, F.M.; COUTINHO, M.T.; SOUZA, C.A.; EDUARDO, C.R.B.; RIBEIRO, W.A.; COUTINHO, A.V.A.; EVANGELISTA, D.S.; SILVA, A.A. Considerações sobre a violência infantil e as ações do enfermeiro: um ensaio da literatura. *Research, Society and Development*, v.9, n.9, e 79996712, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6712>. Acesso em: 05 abr. 2020.

GHARPURE, R.; HUNTER, C. M.; SCHNALL, A. H.; BARRETT, C. E.; KIRBY, A. E.; KUNZ, J, et al. Knowledge and practices regarding safe household cleaning and disinfection for COVID-19 prevention – United States, May 2020. *Morb Mortal Wkly Rep*; 69:705-9, 2020.

HILDEBRAND, N.; CELERI, E.; MORCILLO, A.; ZANOLLI, M.L. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. *Revista De Saúde Pública*, v.53, n.17, p.1-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000391>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MACHADO, J.C.; VILELA, A.B.A. Conhecimento de estudantes de enfermagem na identificação de crianças em situação de violência doméstica. *Rev. enferm. UFPE online*, v. 12, n.1, p.83- 90, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23285p83-90-2018>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MAGALHÃES, J.R.F.; GOMES, N.P.; MOTA, R.S.; SANTOS, M.S.; PEREIRA, A.; OLIVEIRA, J.F. Repercussions of Family Violence: Oral History of Adolescents. *Rev Bras Enferm.*, v.73, n.1, p.1-7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0228>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MALTA, D.C.; FRANÇA, E.; ABREU, D.M.X.; PERILLO, R.D.; SALMEN, M.C.; TEIXEIRA, R.A.; et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *São Paulo Med J*, 7; v.135, n.3, p.213-21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0330050117>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MARINHO, R.A.Q.C.; AGUIAR, R.S. A atenção primária como eixo estruturante da redução dos indicadores de violência contra crianças e adolescentes. *REVISA*, v.8, n.2, p.228-241, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n2.p228a241>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MAROTTI, J.; GALHARDO, A.P.M.; FURUYAMA, R.J.; PIGOZZO, M.N.; CAMPOS, T.N.; LAGANÁ, D.C. Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v.20, n.2, p.186-94, 2008. Disponível em: [https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20\(2_12\)_2008.pdf](https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agosto_2008/Unicid_20(2_12)_2008.pdf). Acesso em: 05 abr. 2020.

MELO, R.A.; SOUZA, S.L.; BEZERRA, C.S.; FERNANDES, F.E.C.V. Assistência de enfermagem a criança e ao adolescente em situação de violência doméstica. *Revista de Psicologia*, v.10, n.32, p.245-259, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/577/0>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MINAYO, M.C.S. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2020

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.; SILVA, M.M.A.; ASSIS, S.G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc. saúde colet.* V.23, n.6, p.2007-2016, Jun 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 01 abr. 2020

NOBRE, F.C.; CORRÊA, D.A.; NEPOMUCENO, L.H.; SOUSA, A.J.; FILHO, V.S. A Amostragem na Pesquisa de Natureza Científica em um Campo Multiparadigmático: Peculiaridades do Método Qualitativo. *Investigação qualitativa em Ciências Sociais*, v.3, p.157-166, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/938>. Acesso em: 01 abr. 2020.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; MALAQUIAS, J. V. Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), v.18, n.1, p.41-48, jan.-abr. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872006000100006>. Acesso em: 08 fev. 2022.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.963-973, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63043001017.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2020.

NOGUCHI, M.S. O dito, o não dito e o mal-dito o fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes [Tese de doutorado]. Orientadora: ASSIS, S.G. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde pública – fundação Oswaldo Cruz. junho de 2005. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12836/1/ve_Milica_Noguchi_ENSP_2005.pdf. Acesso em: 08 fev. 2020.

NUNES, A.C.; SILVA, C.C.; CARVALHO, C.T.C.; SILVA, F.G.; FONSECA, P.C.S.B. Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v.6, n.10, p.79408-79441, oct. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18453>. Acesso em: 13 fev. 2022.

NUNES, V.V.; FEITOSA, L.G.G.C.; FERNANDES, M.A.; ALMEIDA, C.A.P.L.; RAMOS, C.V. Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (Suppl.1); e20190104. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>. Acesso em: 13 fev. 2020.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z. et al. Rayyan — um aplicativo da web e móvel para revisões sistemáticas. *Syst Rev* 5, 210 (2016). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 13 mar. 2020.

PERES, M.S.; BAIMA, M.L.; SOUZA, L.B.R. Fonoaudiologia e violência em foco. In: Peres, M.S.; Baima, M.L.; Souza, L.B.R. Apresentação. Ed. Revinter. 2012.

RAQUENA, A.; OBLENS, N.; LARA, E. Afectación de la salud oral en niños ue padecen maltrato infantil: reporte de caso. *Int J Odontostomat internet*, v.8, n.1, p.167-173, 2014. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2014000100023. Acesso em: 13 fev. 2020.

REIS, D.M.; PRATA, L.C.G.; PARRA, C.R. O impacto da violência intrafamiliar no desenvolvimento psíquico infantil. *Psicologia.pt*, out. 2018. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1253.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2022.

REUBEN, R.C.; DANLADI, M. M. A.; SALEH, D. A.; EJEMBI, P. E. Knowledge, attitudes and practices to - wards COVID-19: an epidemiological survey in north-central Nigeria. *J Community Health* 2020.

SANTOS, S.S.; DELL'AGLIO, D.D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. *Psicologia & Sociedade*; v.22, n.2, p.328-335, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326457013>. Acesso em: 28 fev. 2022.

SILVA, M.S.; MILBRATH, V.M.; DOS SANTOS, B.A.; BAZZAN, J.S.; GABATZ, R.I.B.; FREITAG, V.L. Assistência de enfermagem à criança/adolescente vítima de violência: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, v.12, n.1, p.114-122, 2020. Disponível em: <https://ciberindex.com/index.php/ps/article/view/P114122>. Acesso em: 27 fev. 2022.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro: *Flacso Brasil*, 2012. Disponível em:

https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf
Acesso em: 12-03-2021. Acesso em: 27 fev. 2022.

9. APÊNDICES DO ARTIGO 2

9.1 APÊNDICE 1 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Caro fonoaudiólogo(a), você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre violência familiar e o trabalho clínico fonoaudiológico, que está relacionada a uma dissertação de mestrado. Para participar é necessário que você leia este documento com atenção. Caso algo não seja compreendido, nos contate para sanar suas dúvidas, estaremos à disposição, integralmente, para isto.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lucas Jampersa – E-mail: ljampersa@gmail.com

OBJETIVO DO ESTUDO

Analisar o conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência familiar e compreender como esse profissional atua em casos em que esse tipo de violência está envolvido.

PROCEDIMENTOS

Os participantes serão fonoaudiólogos inscritos no Conselho Regional de fonoaudiologia - CRFa 3ª região (Paraná e Santa Catarina), que após aceitarem participar, serão solicitados a responder o questionário online, contendo questões de múltipla escolha e algumas questões discursivas sobre o conhecimento do profissional e sua atuação em casos suspeitos e/ou confirmados de violência familiar. O tempo empregado para responder ao questionário pode variar, em média, entre 5 a 40 minutos, dependendo das respostas de cada profissional.

RISCOS

Os procedimentos aplicados nesta pesquisa não são invasivos. Porém, se, ao responder ao questionário, você sentir qualquer desconforto, poderá informar o pesquisador, sentindo-se à vontade para recusar-se a responder qualquer pergunta ou, até mesmo, retirar seu consentimento de participação no estudo quando desejar, sem apresentar justificativa.

Devido à abordagem da temática, os entrevistados poderão sofrer riscos de dano psicológico. Mediante a isto, para aqueles que necessitarem, solicita-se que contatem o pesquisador através do e-mail já mencionados acima, para o mesmo realizar o encaminhamento do fonoaudiólogo para atendimento psicológico on-line na Clínica de Psicologia da UTP.

BENEFÍCIOS

A presente pesquisa deve gerar reflexões para ampliar as possibilidades de atuação do profissional frente a casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes, promovendo saúde e qualidade digna de vida às pessoas e famílias envolvidas, a partir do respeito aos seus direitos civis, sociais e culturais.

SIGILO

Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo e membros das Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisá-los. Além disso, tais dados

podem integrar publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, conforme já afirmado anteriormente, sua identidade não será revelada em circunstância alguma.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar, também, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo telefone (041) 3331-7668 / e-mail: comitedeetica@utp.br. Rua: Sidnei A. Rangel Santos, 245, Sala 04 - Bloco PROPPE.

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo. Fui informado e estou esclarecido sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos e os potenciais riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem apresentar justificativa.

() Li o Termo de Consentimento e ACEITO participar desta pesquisa.

() NÃO aceito participar desta pesquisa.

9.2. APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIO

1. Estado em que reside:

Paraná Santa Catarina

2. Trabalha em:

Capital Região Metropolitana interior

3. Tempo de formado:

A. Menos de um ano

B. De 1 a 5 anos

C. De 6 a 10 anos

D. De 10 a 20 anos

E. Mais de 20 anos

4. Nível acadêmico:

A. Graduação

B. Especialização/Aperfeiçoamento se sim, em que área _____

C. Mestrado se sim, em que área _____

D. Doutorado se sim, em que área _____

5. Área(s) de atuação(s):

A. Audiologia

B. Linguagem

C. Motricidade oral

D. Voz

E. Generalista

F. Outros: qual? _____

6. Local(is) de trabalho(s):

A. consultório particular

B. clínicas

C. centro/posto de saúde

D. hospital/maternidade

E. empresas/indústrias

F. faculdades/universidades

G. escolas

H. rádio/televisão/teatro

I. Outros: qual? _____

7. Tipo(s) de alteração(s) fonoaudiológica(s) mais frequente na sua clientela:

A. Atraso no desenvolvimento de linguagem

B. Problemas de voz e ressonância

C. Dificuldades de leitura e escrita

D. Problemas de fluência

E. Alterações no sistema estomatognático

F. Deficiência auditiva

G. Alterações no uso da linguagem

I. outros: qual? _____

8. Faixa etária da clientela:

- A. bebês – de 0 a 1 ano ()
B. crianças – de 2 a 11 anos ()
C. adolescentes – de 12 a 18 anos ()
D. Adultos e idosos ()

Se você assinalou SOMENTE o item “D- adultos e idosos”, o questionário será encerrado, pois o foco desta pesquisa são crianças e adolescentes. Agradecemos a sua participação.

9. Você já atendeu algum bebê, criança ou adolescente, que foi vítima de violência familiar?

1. SIM () 2. NÃO ()

SE VOCÊ RESPONDEU “NÃO” o questionário automaticamente irá para a questão 23. Se, respondeu “SIM”, continuará com seu desenvolvimento.

Assinale o número de casos que você atendeu em cada faixa etária:

10- Quantos casos você atendeu, em toda sua vida profissional, que foram vítimas de violência na família?

Bebês(0 a 1 ano)

- () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Crianças (2 a 11 anos)

- () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Adolescentes (12 a 18 anos)

- () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

11- Quantos casos você atendeu, no último ano, que foram vítimas de violência familiar?

Bebês () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Crianças () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Adolescentes () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

12- De todos os casos de violência familiar atendidos, quantos eram do sexo feminino?

Bebês () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Crianças () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Adolescentes () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

13- De todos os casos de violência familiar atendidos, quantos eram do sexo masculino?

Bebês () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Crianças () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

Adolescentes () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

14. Qual(s) o (s) tipo(s) de violência familiar que estes bebês/crianças/adolescentes sofreram:

- 14A. Violência física ()
- 14B. Violência psicológica ()
- 14C. Violência sexual ()
- 14D. Negligência ou abandono ()
- 14E. Outros tipos: qual? _____

15. Quem era o agressor?

- 15A. mãe ()
- 15B. pai ()
- 15C. padrasto e/ou madrasta ()
- 15D. irmão e/ou irmã ()
- 15E. outro membro da família () qual: _____
- 15F. vizinho/amigo ou pessoa próxima, sem relação de parentesco ()
- 15G. não sei ()
- 15h. outro: qual? _____

16. Qual(s) o(s) tipo(s) de alteração(s) fonoaudiológica(s) encontrada(s) neste(s) caso(s) de vítima(s) de maus tratos:

- 16A. atraso no desenvolvimento de linguagem ()
- 16B. problemas de voz ()
- 16C. problemas de leitura e escrita ()
- 16D. problemas de fluência ()
- 16E. alterações no sistema estomatognático ()
- 16F. deficiência auditiva ()
- 16G. Alterações na linguagem ()
- 16h. realizava uma avaliação audiológica ()
- 16i. Outros: quais? _____

17. O que fez você suspeitar que pudesse se tratar de um caso de violência?

18. Qual foi sua conduta diante deste(s) caso(s)?

19. Desde a identificação até o manejo do(s) caso(s), você percebeu alguma dificuldade ou facilidade? Se sim, qual (is)?

20. Você continuou acompanhando o caso?

1. SIM () 2. NÃO ()

Se você respondeu “NÃO”, o questionário pulará para a questão 25.

21. Qual foi o desfecho/desenrolar deste(s) caso(s)?

22. Como foi a evolução do problema/queixa fonoaudiológica deste(s) caso(s) em que violência familiar estava presente?

Após essa questão, o questionário pulará para a questão 25.

23. Se você nunca identificou alguma situação de violência, o que faria você suspeitar que pudesse ser um possível caso?

24. Com relação à conduta diante de casos suspeitos ou confirmados, na sua visão, qual seria a mais apropriada?

25. Você sabe quais dos Órgãos Públicos, apresentados na sequência, poderiam ajudar ou devem ser informados em casos de suspeita/confirmação de crianças ou adolescentes vítimas violência familiar?

- A. Polícia ()
- B. Conselho Tutelar ()
- C. Ministério Público ()
- D. Vara da Infância e da Juventude ()

- E. Conselhos Municipais de Defesa ()
F. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ()
G. Disque 100 ()
I. Não sei ()
H. Outros. Quais? _____

26. O que você sabe sobre violência contra crianças e adolescentes?

- () Não sei.
() Sei. Descreva o que sabe: _____

27. Você já teve contato com assuntos relacionados à violência?

- () Sim () Não
Se sim, de qual (is) forma(s) foi esse contato?
() Cursos
() Congressos
() Eventos
() Artigos
() Leituras em geral
() Discussões de casos
() Outros, quais: _____

28) Você se considera apto para identificar, atender ou acompanhar casos de violência familiar contra crianças e/ou adolescentes?

- () Sim
() Não
Por que: _____

29. Outras observações/ comentários/ depoimentos que queira fazer:

10. ANEXOS

10.1 ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE TUIUTI DO
PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUEBRANDÔ O SILÊNCIO: VIOLÊNCIA FAMILIAR E A CLÍNICA

Pesquisador: LUCAS JAMPERSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34894720.6.0000.8040

Instituição Proponente: SOCIEDADE CIVIL EDUCACIONAL TUIUTI LIMITADA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.224.012

Apresentação do Projeto:

Introdução: A Clínica Fonoaudiológica constitui-se como um espaço propício para a identificação e o manejo de alterações na linguagem, audição, voz e motricidade oral de crianças e adolescentes, vítimas de violência familiar. **Objetivo:** Analisar, a partir de revisão sistemática e pesquisa de campo, o conhecimento que fonoaudiólogos clínicos têm acerca da violência familiar e de como atuam diante de tal situação. **Metodologia:** A pesquisa de campo será realizada com fonoaudiólogos, inscritos no Conselho Regional de Fonoaudiologia do Paraná e Santa Catarina – 3ª região –, os quais responderão a um questionário com questões de múltipla escolha, questões dicotômicas do tipo “sim” e “não”, e, também, perguntas abertas. A pesquisa será anônima e os questionários, enviados pelo próprio Conselho referido acima, serão disponibilizados aos profissionais, por meio do sistema google forms, acompanhado de um resumo explicativo relacionado ao estudo em tela. Para participar da investigação, o fonoaudiólogo deve assinalar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Análise de Conteúdo (AC) será o método utilizado para avaliar as informações obtidas por meio das respostas dadas nos questionários. Essa análise segue direcionamento quantitativo e qualitativo, sendo que, de uma perspectiva quantitativa verifica dados descritivos através de verificações estatísticas, e sob uma ótica qualitativa caracteriza os dados da pesquisa e os discute a partir de abordagem inferencial.

Hipótese: - O que o fonoaudiólogo sabe sobre violência familiar? - Como o fonoaudiólogo atua em casos de violência familiar?

Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo
Bairro: SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br

Continuação do Parecer: 4.224.012

Metodologia Proposta: A pesquisa de campo se dará com a população dos 4.190 fonoaudiólogos da 3ª região, Paraná e Santa Catarina, visando analisar o conhecimento dos profissionais sobre a violência familiar e compreender como eles atuam nos casos em que esse tipo de violência está envolvido. Para tanto, o Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª região enviará os questionários por e-mail a esses profissionais. **AMOSTRA População:** 4190; **Margem de erro:** 5%; **Confiabilidade:** 95%; **Tamanho da amostra:** 352. Na amostragem probabilística aleatória simples ocorre um sorteio, sendo utilizado um determinado mecanismo probabilístico em nível de seleção dos elementos da população a serem incluídos na amostra, e cuja realização só será possível se a população for finita e totalmente acessível (NOBRE et al., 2016). A seleção da amostra desta pesquisa será realizada via sorteio no programa Excel (WEYNE, 2004). **COLETA DE DADOS:** Adotou-se o método básico para coleta de dados em que o questionário eletrônico será enviado por e-mail aos fonoaudiólogos através do Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª região. Ao responder o questionário as repostas irão automaticamente para o pesquisador, de forma anônima. **INSTRUMENTO** Utilizando como modelo inicial o instrumento desenvolvido por Nouguchi e Assis (2005). Um questionário com questões de múltipla escolha e questões dicotômicas do tipo “sim” e “não”, e, também, perguntas abertas (NOUGUCHI, 2005). Porém, com algumas adaptações feitas pelo próprio pesquisador, a fim de abranger questões acerca dos objetivos desta pesquisa. A primeira parte desse questionário contém oito perguntas do tipo sim/não que buscam caracterizar a atuação do fonoaudiólogo (questões de 1 a 8). A segunda parte contém oito questões de múltipla escolha (questões 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) e duas discursivas (17 e 23), referentes à como o fonoaudiólogo percebe possíveis situações de violência vivenciadas por seus pacientes/usuários. Também, há três questões discursivas (19, 21, 22) que buscam verificar os fatores que influenciam as tomadas de decisões frente a esses casos. Três questões discursivas (18, 23, 24) e duas de múltipla escolha (20 e 25) buscando verificar as condutas encaminhadas pelo profissional diante de casos de violência familiar. Na terceira parte existem duas perguntas discursivas (questão 26 e 28) que busca analisar o que o fonoaudiólogo sabe sobre violência familiar e uma pergunta de múltipla escolha (questão 27) que visa compreender como o profissional entrou em contato com tal conhecimento. Por último há um espaço delimitado para depoimentos ou comentários que o participante da pesquisa queira fazer, colocado no questionário como questão 29. **PROCEDIMENTOS** A pesquisa será anônima e os questionários serão enviados por e-mail, com sistema de formulário google forms, acompanhado de uma explicação, sendo o primeiro item do questionário o Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo
Bairro: SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br

Continuação do Parecer: 4.224.012

Esclarecido (TCLE). Com relação ao armazenamento dos dados coletados nos questionários, estes ficarão registrados em uma pasta própria no computador pessoal do pesquisador. Considerando o inciso XI. 2. f., da Resolução 466/12, que descreve: "ao pesquisador cabe manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa" (BRASIL, 2012).

Critério de Inclusão: - Ser fonoaudiólogo inscrito no Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região;- Ser fonoaudiólogo que atue na área clínica.

Critério de Exclusão: - Fonoaudiólogos que atuem somente com adultos e idosos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência familiar e compreender como esse profissional atua em casos em que esse tipo de violência está envolvido.

Objetivo Secundário: - Verificar como o fonoaudiólogo percebe possíveis situações de violência, vivenciadas por seus pacientes/usuários;- Conhecer os fatores que influenciam as tomadas de decisões frente a esses casos e suas implicações para a prática profissional;- Verificar as condutas encaminhadas pelo profissional diante de casos de violência familiar; - Analisar o que o fonoaudiólogo sabe sobre violência familiar;- Compreender como esse profissional entrou em contato com tal conhecimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os procedimentos aplicados nesta pesquisa não são invasivos. Porém, se, ao responder ao questionário, o participante sentir qualquer desconforto, poderá informar o pesquisador. Sentindo-se à vontade para recusar-se a responder qualquer pergunta ou, até mesmo, retirar seu consentimento de participação no estudo quando desejar, sem apresentar justificativa. Caso sofra algum dano, o participante poderá ser indenizado. Devido à abordagem da temática, OS ENTREVISTADOS PODERÃO SOFRER RISCOS DE DANO PSICOLÓGICO, COMO: • Constrangimento ao responder o questionário, mesmo que este seja anônimo; • Desconforto, raiva, medo, vergonha, estresse, sentimento de culpa ou aborrecimento ao responder o questionário; • Sentimentos negativos ao expor pensamentos e/ou emoções nunca reveladas; • Alterações na autoestima ocasionadas pela recordação de memórias de casos de violência familiar contra crianças e/ou adolescentes, ou situações de experiências negativas.

• Modificações de visão de mundo, de comportamentos e de atitude profissional em função do tema acerca da violência no contexto clínico. Mediante a isto, para aqueles que necessitarem, solicita-se que contatem o pesquisador através dos dados já mencionados no e-mail enviado, para

Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo
Bairro: SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br

Continuação do Parecer: 4.224.012

o mesmo realizar o encaminhamento do FONOAUDIÓLOGO PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO ONLINE NA CLINICA DE PSICOLOGIA DA UTP.

Benefícios: O benefício esperado a partir desta pesquisa, por meio dos dados coletados, é a possibilidade de gerar conhecimento para entender como os fonoaudiólogos clínicos abordam a questão da violência familiar contra crianças e adolescentes em seu trabalho e o que conhecem sobre essa temática. Nesse sentido, a presente pesquisa deve gerar reflexões para ampliar as possibilidades de atuação desse profissional frente a esses casos, promovendo saúde e qualidade digna de vida às famílias envolvidas a partir do respeito aos seus direitos civis, sociais e culturais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa adequada para desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

'Termos de Apresentação Obrigatória' apresentados e adequados.

Recomendações:

Ajuste solicitado em relatoria anterior foi atendido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, no momento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1592598.pdf	29/07/2020 18:24:56		Aceito
Outros	CartaResposta.doc	29/07/2020 18:22:59	LUCAS JAMPERSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv229jul2020.docx	29/07/2020 18:21:51	LUCAS JAMPERSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreprojetoLucasJampersaV229jul2020.docx	29/07/2020 18:21:01	LUCAS JAMPERSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PreprojetoLucasJampersa.pdf	11/07/2020 10:54:19	LUCAS JAMPERSA	Aceito
Outros	Questionario.pdf	11/07/2020 10:52:25	LUCAS JAMPERSA	Aceito

Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo
Bairro: SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comiteeetica@utp.br

UNIVERSIDADE TUIUTI DO
PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.224.012

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/07/2020 10:50:58	LUCAS JAMPERSA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodeinfraestrutura.pdf	11/07/2020 10:49:58	LUCAS JAMPERSA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/07/2020 10:40:20	LUCAS JAMPERSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 19 de Agosto de 2020

Assinado por:
Maria Cristina Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Sidnei A. Rangel Santos, 245 - Bloco Proppe, sala 04 - Térreo
Bairro: SANTO INACIO **CEP:** 82.010-330
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3331-7668 **Fax:** (41)3331-7668 **E-mail:** comitedeetica@utp.br

10.2 ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA



OF./Nº068/2020 SEC-CRFA-3ª

Curitiba, 09 de junho de 2020

Ào Senhor
LUCAS JAMPERSA

Assunto: Divulgação de Pesquisa para TCC

Prezado Senhor,

Em atenção à sua solicitação, comunicamos que o Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª Região irá realizar a divulgação do seu instrumento de pesquisa para todos os profissionais inscritos neste regional.

Solicitamos sua especial atenção para que quando da conclusão de sua pesquisa, o envio de resumo expandido para publicação no site Saúde Debate, a fim de que o mesmo tenha visibilidade para profissionais de todas as áreas da saúde.

Contando sempre com a sua participação, colocamo-nos à disposição.

Atenciosamente,

Fgo. Celso Luiz Gonçalves dos Santos Júnior. CRFa 3-9103

Presidente - CRFa 3

Fga. Ana Cláudia Miguel Ferigotti - CRFa 3 2117

Presidente da Comissão de Educação - CRFa 3



Conselho Regional de Fonoaudiologia – 3ª Região
Curitiba: Rua XV de novembro 266 conj. 71 – Centro - Curitiba – Paraná – CEP 80020-310
www.crefono3.org.br e-mail: crefono3@crefono3.org.br - Telefones 041 3016-8792/3016-8951
Florianópolis: Av. Rio Branco 354 sl 309 – Centro - Florianópolis/SC – Tel.: 48 3028-8792
Londrina: Rua Brasil 1014 sl 1203 – Centro - Londrina/Pr Tel.: 43 3323-0080