

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THAIS HELENA BANNWART

SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
(PSF) PARA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E
ADOLESCENTE: UM ESTUDO DE CASO

SÃO CARLOS – SP

2011

THAIS HELENA BANNWART

SENSIBILIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
(PSF) PARA NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA E
ADOLESCENTE: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São Carlos como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Psicologia com ênfase em Comportamento e Cognição.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

Apoio: FAPESP

SÃO CARLOS – SP

2011

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B219sp

Bannwart, Thais Helena.

Sensibilização de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) para notificação de violência contra criança e adolescente : um estudo de caso / Thais Helena Bannwart. - São Carlos : UFSCar, 2012.
130 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Psicologia do comportamento e cognição. 2. Capacitação. 3. Profissionais de saúde. 4. LAPREV. I. Título.

CDD: 155.2 (20^a)



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
COMISSÃO JULGADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Thais Helena Bannwart
São Carlos, 10/03/2011

Prof.ª Dr.ª Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams (Orientadora e Presidente)
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Prof.ª Dr.ª Evelyn Eisenstein
Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ

Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva
Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Submetida à defesa em sessão pública
realizada às 09h no dia 10/03/2011.

Comissão Julgadora:
Prof.ª Dr.ª Lúcia C. Albuquerque Williams
Prof.ª Dr.ª Evelyn Eisenstein
Prof. Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva

Homologada pela CPG-PPGpsi na
_____ª Reunião no dia ____/____/____

Prof.ª Dr.ª Azair Liane Matos do Canto de Souza
Coordenadora do PPGpsi

À minha família, pois dela vem a minha melhor parte.

AGRADECIMENTOS

Atingir esta etapa é uma satisfação muito grande. É um momento de colheita e acredito que tenha plantado superação. Fiz o primeiro ano do mestrado junto com o último ano da graduação, superando meus limites de conciliar esses dois mundos e suas demandas. Superei um acidente automobilístico grave em Maio de 2010, a quem agradeço a Deus pelo livramento. Superei a mim mesma em momentos em que cogitei desistir. Porém, sei que não estou colhendo sozinha, pois muitas pessoas me ajudaram a plantar e dos frutos quero compartilhar.

Agradeço aos meus pais, Regina e João, que sempre foram bons modelos em como se fazer uma grande sementeira para se ter uma grande colheita. E que sempre estiveram prontos a me ajudar no que precisasse. Obrigado por terem me dado raízes para me firmar e asas para voar.

Ao meu irmão Arthur, “companheiro de lavoura”, que sempre tentou compreender todos os altos e baixos que o mestrado me proporcionou, ainda que do jeito que só um irmão faz por você.

Ao amor da minha vida Rafael, com quem presente e futuro quero dividir e foi quem sempre me trouxe refrigério, alegria, carinho, amor, amizade, risadas e que pacientemente me sustentou para eu chegar até aqui.

À minha orientadora Lúcia que me fez superar diversos limites profissionais e pessoais e que confiou a mim este trabalho vibrando com as conquistas e oferecendo soluções para os percalços.

À minha orientadora Rachel que sempre acreditou em mim e cujas conversas sempre me foram animadoras, mesmo quando o assunto era mais difícil.

À banca de Qualificação, professores Rachel Brino e Giovanni Aciole, que com suas contribuições ajudaram a valorizar a pesquisa. Espero que nossos caminhos cruzem mais vezes.

À banca de Defesa, professores Evelyn Eisenstein e Giovanni Aciole por deixar este momento com gostinho de misturas regionais deste Brasil.

À Gabriela Reyes, que permitiu que eu entrasse em sua vida, fizesse parte da sua família, me desse abrigo inúmeras vezes e que me ajudou a amadurecer e sim, vê-la-ei colhendo belos frutos também.

Às amigas do LAPREV, a quem carinhosamente chamo de “laprevianas”, Sabrina, Nahara, Roselaine, Cristiane, Ana Carina, Paloma, Paolla, Joviane, Karyne que

compartilham dos mesmos princípios de acreditar em um mundo melhor e que me ensinaram MUITO ao longo desses anos.

Aos amigos são-carlenses que acompanharam minha saga para entrar no mestrado e sempre torceram pelo meu sucesso: Ila, Renata, Tatiana, Lucas, Dorival, Gabriela Mezzacappa, Gabriela Pavarini, Raquel, Carol Patrian, Gustavo, Pedro, e Talita.

Aos amigos sorocabanos que acompanhando à distância ou de perto oraram por mim: Fernanda, Régis, Juliana, Ricardo, Priscila, Michele, Eliézer, Débora, Jorge, Rogério, Renata, Daniele, Rafael Leite, Pr. Paulo e Sueli, Pr. Silas e Camila e Pr. Isac e Eliana.

À minha “família” piracicabana Ludmila, Dilma e Fernanda, que só de lembrar todo o apoio que me deram me emociono e sei que inestimável é o valor da amizade de vocês.

Às Equipes de Saúde da Família que participaram deste estudo por se engajarem no meu trabalho, fizeram-me sentir como da equipe e contribuíram imensamente para um futuro diferente para crianças e adolescentes.

Aos funcionários do Conselho Tutelar, em especial a Rosana, que sempre prestativos me auxiliaram nesses anos na pesquisa e nos atendimentos.

À Marinéia, do PPGPsi, pela competência e prontidão em facilitar o processo do mestrado e por sempre me receber com um sorriso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP - cujo apoio foi altamente relevante para a execução desta pesquisa.

Ao meu Deus, que permitiu que essas pessoas cruzassem o meu caminho. Sei que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que O amam e sei que essas pessoas cooperaram para isso.

“Aquele que sai chorando enquanto lança a semente,
voltará com cantos de alegria, trazendo os seus feixes.”

Salmos 126:6

Tem hora

em que eu quero que seja certo,
que seja seguro, que seja reto,
que seja justo.

Tem momento

em que eu quero que seja simples,
correto, descomplicado.

De vez em quando

eu faço questão de que seja claro,
que seja lógico, que seja clássico,
dócil, óbvio, fácil.

Tem dia

Em que eu só quero que tenha poesia.

(Tatiana Perecin – Blog Tati Talks Today)

RESUMO

Bannwart, T.H. (2011) **Sensibilização de profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) para notificação de violência contra crianças e adolescentes: Um estudo de caso.** Dissertação de Mestrado: Universidade Federal de São Carlos.

Estudos mostram que, ao lidarem com casos de maus tratos, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades, tanto para identificar, quanto para notificar. Essas dificuldades estão relacionadas à lacuna desse tema na formação profissional, à reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam familiares, à descrença na efetividade dos órgãos competentes, como Conselhos Tutelares, às experiências negativas anteriores e a aspectos pessoais. Outros estudos indicaram a necessidade de programas de capacitação para esses profissionais e apontam algumas sugestões sobre o que um programa deveria conter, assim como sua forma, abrangência e níveis profissionais envolvidos com esse público. O objetivo deste trabalho consistiu em sensibilizar profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) para a temática da prevenção da violência contra a criança e o adolescente ao elaborar, propor e avaliar um curso de capacitação para identificar e notificar maus-tratos contra crianças e adolescentes. A capacitação foi desenvolvida com base em diretrizes descritas na literatura. Os objetivos da capacitação foi que, ao final do curso, os profissionais fossem capazes de: a) identificar o fenômeno da violência; b) identificar os tipos de violência contra crianças e adolescentes; c) identificar os sinais e sintomas associados; d) identificar fatores de risco e proteção; e) analisar mitos envolvendo a temática; f) analisar a forma de abordar vítimas de maus-tratos; g) identificar a rede de proteção na cidade; h) identificar e analisar os fatores que promovem resiliência; i) estabelecer diálogo entre a equipe e as entidades responsáveis pela infância e juventude e j) preencher corretamente a ficha de notificação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSCar. Participaram deste estudo duas equipes de referência de Unidades Saúde da Família distintas, sendo inicialmente uma equipe participante do grupo A e outra do grupo B, em uma cidade do interior de São Paulo. A duração da capacitação foi de 15 horas divididas em 10 encontros quinzenais. Ao final da primeira intervenção, replicou-se a capacitação com o grupo B. As equipes eram compostas de 11 profissionais de saúde cada. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: *Questionário sobre Casos Hipotéticos*, *Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica* e *Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes*. Após a capacitação das equipes houve uma variação positiva quanto a procedimentos adotados diante de uma situação de suspeita ou confirmação de maus-tratos considerando-se o cumprimento da legislação de comunicar ao Conselho Tutelar casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos. Ademais, segundo avaliação dos participantes, a capacitação sensibilizou-os quanto ao cuidado desses casos que antes passavam despercebidos. Conclui-se que a capacitação de profissionais de saúde para identificar e comunicar à autoridade competente sobre casos de violência contra crianças e adolescentes, pode ser eficiente para o objetivo proposto e, seria de suma importância, aplicá-las como Política Pública para melhorar o atendimento à população e, principalmente, prevenir a violência., bem como fortalecer a rede de proteção à criança e adolescente.

Palavras-chaves: violência contra criança e adolescente, profissionais de saúde, avaliação de capacitação, Programa Saúde da Família, PSF.

ABSTRACT

Bannwart, T.H. (2011) **Awareness of professionals from the Family Health Team (PSF) for reporting child abuse: a case study.** Thesis: Federal University of Sao Carlos.

Studies show that when dealing with cases of abuse, health professionals have difficulties in identification and reporting. These difficulties are related to a gap on this topic on their professional training, the reproduction of cultural patterns of non-involvement in matters concerning the family, the disbelief in the effectiveness of Child Protection Services, negative past experiences and other personal issues. Other studies have indicated the need for training programs for these professionals, pointing suggestions on what such program should contain, as well as its format, scope and professionals levels involved for this type of audience. The goal of this study was to raise awareness among professionals of the Family Health Program (PSF) about child abuse by developing, proposing and evaluating a training course to identify and report child maltreatment. The training was developed based on the guidelines described by the literature. The objectives of the training were that the professionals should be able to: a) identify the phenomenon of violence, b) identify the types of violence against children and adolescents, c) identify the signs and symptoms associated with such violence; d) identify risk and protective factors; e) analyze the myths surrounding the subject; f) analyse appropriate ways to approach victimized children; g) identify the Protective Network in the city; h) identify and analyze factors that promote resilience; i) establish a dialogue between staff and the agencies responsible for children and youth and j) correctly complete the reporting form. The study was approved by the University's Ethics Committee. The study included two teams of reference from two distinct Family Health Units. Initially only team participated in the intervention group and a the second remained as control. The study took place in a mid size city of the State of São Paulo, Brazil. The training lasted 15 hours, divided into 10 alternative week meeting. At the end of the first intervention, the control group took part of the training, as well. Each team had 11 health professionals. The assessment instruments used were: *Questionnaire on Hypothetical Cases*, *Child Maltreatment Evaluations in Pediatric Primary Care* and *Questionnaire on Family Violence against Children and Adolescents*. After the health teams training a positive changes on the procedures adopted in a situation of suspected or confirmed child maltreatment, were found as well considering incresining to reporting to Protective Services. Moreover, according to participants evaluation, the training made them aware of the care involved in such cases, which went unnoticed before. In conclusion the training of health professionals to identify and report Protective Services cases of child abuse is an efficient way to maximize reporting behavior. It would be important to have Public Polities to improve services to children as a mean to prevent violence, as well as strengthening Child Protection Services.

Key words: child abuse, health professionals, assessment of training, Family Health Team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1

Caracterização dos participantes do Grupo A e Grupo B..... 26

Tabela 2

Conteúdos e atividades desenvolvidas encontro a encontro..... 32

Tabela 3

Porcentagem da frequência de participantes com contato prévio de suspeita ou confirmação de ocorrência de violência contra criança/adolescente..... 34

Tabela 4

Frequência de procedimentos adotados pelos participantes no passado em casos de suspeitas ou confirmações de violência..... 35

Tabela 5

Porcentagem de tipos de procedimentos adotados hipoteticamente pelos participantes se viessem suspeitar ou confirmar diferentes tipos de violência..... 36

Tabela 6

Frequência das consequências das notificações realizadas..... 38

Tabela 7

Motivos apresentados para a não-notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes.....38

Tabela 8

Categorias de procedimentos e porcentagem de resposta para situação de suspeita de negligência..... 39

Tabela 9

Categorias de procedimentos e porcentagem de resposta para situação de suspeita de abuso sexual..... 40

Tabela 10

Desempenho dos participantes antes e depois da capacitação (n=19)..... 42

Tabela 11

Porcentagem de participantes segundo categorias avaliadas (n=19)..... 44

Figuras

Figura 1: Número de participantes que notificou casos na sua experiência profissional e notificariam se atendessem um caso de violência..... 37

SUMÁRIO

1. Introdução.....	13
1.1 Sobre a violência contra crianças e adolescentes.....	14
1.2 O papel do profissional de saúde na atuação em casos de violência....	16
1.3 Programa Saúde da Família.....	20
1.4 A capacitação do profissional de saúde sobre violência contra a criança e o adolescente.....	21
2. Objetivo.....	25
3. Método.....	26
3.1 Participantes.....	26
3.2 Local.....	27
3.3 Instrumentos de coleta de dados.....	27
3.4 Procedimento de coleta de dados.....	29
3.5 Procedimento de intervenção.....	30
3.6 Delineamento de pesquisa.....	33
3.7 Procedimento de análise de dados.....	33
4. Resultados e discussão.....	34
4.1 Experiência prévia com casos de violência contra a criança e o adolescente.....	34
4.2 Avaliação do curso de capacitação.....	39
4.3 Opinião dos profissionais sobre aspectos pessoais e de trabalho sobre 4.4 violência contra a criança e o adolescente.....	41
4.5 Avaliação de satisfação do curso pelos participantes.....	43
4.6 Efeito do curso no comportamento de notificar dos participantes.....	46
5. Considerações finais.....	50
Referências.....	56
ANEXO 1 - Questionário sobre Casos Hipotéticos.....	61
ANEXO 2 - Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica.....	65
ANEXO 3 - Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes.....	69

ANEXO 4 - Questionário de Avaliação do Curso.....	77
ANEXO 5 - Formulários de notificações ao Conselho Tutelar.....	79
ANEXO 6 – Parecer do Comitê de Ética.....	82
ANEXO 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
ANEXO 8 - Carta – proposta.....	87
ANEXO 9 - Material Encontro 2.....	89
ANEXO 10 – Material Encontro 3.....	95
ANEXO 11 – Caso Cidinha.....	100
ANEXO 12 – Material Encontro 4.....	106
ANEXO 13 – Material Encontro 6.....	112
ANEXO 14 – Reportagens utilizadas no Encontro 7.....	115
ANEXO 15 – Fichas de notificação – Encontro 9.....	125
ANEXO 16 – Cartão de agradecimento - Grupo A.....	130

1. INTRODUÇÃO

Diversos e numerosos são os casos de violência contra criança e adolescente que tem sido noticiado pela mídia, dando a impressão para a população de que o número de casos tem aumentado vertiginosamente. Sabemos que não é verdade. Tratar nossas crianças e adolescentes com violência é, infelizmente, um hábito bem antigo que precisa e está sendo modificado. Muitos desses casos passam, em algum momento, pelos profissionais de saúde, às vezes no início quando uma enfermeira presencia uma mãe humilhando o filho que não consegue comer, muitas vezes no final, quando, por exemplo, um médico assina uma certidão de óbito de uma vítima de violência. É sobre a necessidade de modificar a relação do profissional de saúde com a violência contra crianças e adolescentes que esse trabalho é proposto.

A violência, incluindo aquela praticada contra crianças e adolescentes, é considerada uma questão de Saúde Pública por afetar diretamente a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e enfrentamento, a formulação de políticas específicas e organização de práticas e serviços peculiares ao setor (MINAYO, 2007). O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (2002) cita que distúrbios psiquiátricos, depressão, ansiedade, abuso de substâncias, agressão, sentimento de vergonha ou alterações cognitivas, distúrbios de estresse pós-traumático, distúrbios de sono, pensamentos e comportamentos suicidas, além de doenças encontradas em adultos como cardiopatia isquêmica, câncer, doença pulmonar crônica, síndrome do intestino irritável e fibromialgia podem ter relação com as experiências de abuso durante a infância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

São relevantes os gastos financeiros relacionados aos maus-tratos incluindo: a) a prisão dos ofensores e conseqüentes processos; b) relatórios de investigação dos maus-tratos; c) o serviço de saúde mental para adultos decorrentes de abuso infantil; d) sistema educacional, embora não estejam especificados quais são e) gastos associados ao fomento assistencial (adoção, por exemplo); e f) custos para o setor de empregos provenientes de absenteísmo e baixa produtividade (Organização Mundial da Saúde, 2002). As conseqüências da violência que chegam ao sistema de saúde, dentre outros aspectos, evidenciam o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais onerosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (MINAYO, 2007).

1.1 Sobre a violência contra crianças e adolescentes

Neste trabalho será utilizada a definição de violência contra crianças e adolescentes utilizada pela *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) e adotada pela Organização Mundial de Saúde :

“O abuso ou os maus-tratos contra crianças engloba toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”.(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002, p. 59)

Ademais, a violência contra crianças e adolescentes na literatura inclui as seguintes categorias: negligência e abandono, abuso físico (incluindo a Síndrome do Bebê Sacudido), abuso sexual, abuso psicológico e Síndrome de Munchausen por Procuração (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

A negligência e o abandono são os atos de omissões dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, em que deixam de prover, ou não provêm, as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social como, por exemplo, a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde e com a higiene; a ausência de proteção contra o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. É importante ressaltar que a negligência distingue-se das circunstâncias de pobreza, visto que a primeira pode ocorrer apenas em casos onde recursos razoáveis estejam disponíveis para a família ou o responsável. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (ABRAPIA, 1997; MS, 2002; SBP, 2001)

Os abusos físicos, também denominados sevícias físicas, são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, ou atos de omissão intencionais, não acidentais praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, que tem como objetivo feri-los, lesá-los ou destruí-los podendo deixar ou não marcas corporais evidentes. Os estudiosos dessa forma de violência

mostram que há vários graus de gravidade, indo de tapas e beliscões até lesões e traumas causados pelo uso de objetos e instrumentos para ferir, provocação de queimaduras, sufocação e mutilações. Não é incomum este tipo de violência levar à morte (ABRAPIA, 1997; MS, 2002).

A Síndrome do Bebê Sacudido é uma forma de abuso físico que ocorre quando um adulto sacode um bebê geralmente menor de seis meses, “*com frequência pela irritação com seu choro, ou por realizar algum ato no qual não tem domínio, que desagrada a quem cuida dele*” (MS, 2002, p. 13). O resultado pode ser a produção de lesões cerebrais em diversos níveis que podem chegar ao óbito (MS, 2002 ; OMS, 2002).

O abuso sexual consiste em todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente, tendo como base uma relação de poder. A existência ou não do consentimento da vítima não deve ser limite para a definição de uma relação abusiva ou não, pois uma criança ou adolescente geralmente não tem condições e capacidade de consentir sobre uma relação sexual (BRINO, 2006). Neste tipo de abuso há a intenção de estimular a vítima sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual. Ele é apresentado de maneira imposta à criança ou ao adolescente pela violência física, sedução, ameaças ou indução de sua vontade sobre a forma de práticas eróticas e sexuais o que inclui o voyerismo, exibicionismo, produção de fotos e diferentes ações que incluem contato sexual com ou sem penetração ou violência. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da exploração sexual infanto-juvenil e da pornografia (ABRAPIA, 1997; BRINO, 2006; MS, 2002 ; SBP, 2001).

O abuso psicológico é composto de toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, chantagem, cobranças exageradas, ameaças e intimidações, exposição ao ridículo, punições humilhantes e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas essas formas causam danos ao desenvolvimento psicológico, físico, sexual e social da criança e do adolescente. Tal tipo de abuso é sutil e não possui evidências imediatas de maus-tratos, por isso é um dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, em muitos casos, embutido nos demais tipos de violência e ser muito comum nos lares (ABRAPIA, 1997; MS, 2002 ; SBP, 2001).

Além das tipologias citadas, a Síndrome de Munchausen por Procuração é considerado um tipo de violência em que uma situação na qual a criança é trazida para

cuidados médicos, mas os sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis. Logo esses adultos vitimam a criança, por meio de uma patologia relacional, promovendo sofrimentos físicos na realização de exames complementares desnecessários, na ingestão forçada de substâncias, no uso de medicamentos, por exemplo, além de promover danos psicológicos na situação de multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima (MS, 2002 ; SBP, 2001).

Devido à complexidade do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes e a estreita ligação entre violência e Saúde Pública, o envolvimento dos profissionais de saúde com o tema tem sido estudado, especialmente porque a atuação do profissional em relação ao tema é regulamentada, pois a comunicação à autoridade competente de qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos é obrigatória, sob pena de multa de três a vinte salários de referência, segundo dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no artigo 245 (BRASIL, 1990).

No Brasil, a implementação do ECA, em 1990, assegurou direitos especiais e proteção integral, além de tornar compulsória a notificação, por parte dos profissionais de saúde, de casos suspeitos e confirmados. A partir de 1998, o Ministério da Saúde elaborou a proposta de “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência” em que foram formuladas ações articuladas sobre o assunto. Com a publicação da “Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência na Infância e na Adolescência”, em 2001, a notificação tornou-se obrigatória em caso de suspeita e confirmação de maus-tratos pelos profissionais dos estabelecimentos que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (PIRES; MIYAZAKI, 2005). Apesar dessa obrigatoriedade, a subnotificação da violência em todas as áreas é uma realidade no Brasil, pois se estima que, para cada caso notificado, dois deixam de ser (PASCOLAT; CAMPOS; VALDEZ; BUSATO; MARINHO, 2001).

1.2 O papel do profissional de saúde na atuação em casos de violência

O despreparo do profissional de saúde para lidar com vítimas de violência deve-se possivelmente ao desconhecimento sobre como proceder frente a esses casos. No Brasil, a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, a falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo

profissional, são considerados entraves para a notificação (GONÇALVES; FERREIRA, 2002).

Notificar casos de violência é de extrema importância, pois a notificação é um instrumento de combate à violência, uma vez que possibilita o embasamento de ações de intervenção em vários níveis. Ao tornar público um fenômeno que acontece no privado torna-se possível perceber que são mais comuns do que se imagina, mas que nem por isso deve ser banalizado ou normalizado (BAZON, 2007). A falta de capacitação dos profissionais de saúde em geral sobre o que significa e qual a importância da notificação implica em uma confusão entre os termos notificar e denunciar, sendo que notificar deve ter como sinônimo a garantia de que a criança e o adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes (DESLANDES, 1999). Segundo Hidalgo e Gawryszewski (2004) a notificação não é e nem vale como uma denúncia policial - nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público. Para casos que se configurem crimes ou iminência de danos maiores, o Conselho Tutelar levará ao conhecimento do Ministério Público ou haverá a abertura de inquérito policial. A notificação feita pelo profissional de saúde aponta ao Conselho Tutelar a necessidade de ajuda que aquela criança e família tem. Por isso se diz que a notificação é, portanto, uma garantia de direitos e não uma denúncia (HIDALGO; GAWRYSZEWSKI, 2004).

O papel do profissional, conforme dispõe o artigo 245 do ECA (1990) é o de comunicar à autoridade competente os casos que tenha conhecimento, seja suspeita ou confirmação. No entanto, há uma grande lacuna entre a legislação e a prática profissional vigente. Iossi (2004) constatou, por meio de entrevistas e análise de documentos, que, em Guarulhos – SP, 23% dos encaminhamentos que os profissionais faziam para ambulatórios nos casos de violência doméstica, eram feitos sem o conhecimento do Conselho Tutelar, isto é, sem a devida notificação do caso ao órgão que responde pela situação. Cabe ressaltar que essa situação pode ter como consequência a duplicidade de encaminhamentos para os serviços de saúde, resultando em uma falsa demanda, pois é possível que os profissionais encaminhem estes casos e, por outras razões ou momento, o Conselho Tutelar faça o mesmo. É evidente a necessidade de uma comunicação eficaz entre a Rede de Proteção.

Luna, Ferreira e Vieira (2010) realizaram um levantamento sobre a prática de notificar casos de maus-tratos com 359 profissionais em Fortaleza (CE) e concluíram que a notificação de maus-tratos infanto-juvenis por profissionais da Estratégia Saúde

da Família ocorre de maneira pontual e assistemática. Os autores sugerem que o incremento de programas de formação continuada e a ampliação das redes de suporte profissional poderia reduzir o grau de insegurança e incrementar o número de notificações.

A insegurança e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde frente à identificação e notificação de casos de maus-tratos também foram abordadas em outros estudos, como o trabalho de Braz e Cardoso (2000) que traz a percepção de profissionais de saúde (n=10) acerca da violência e das responsabilidades em notificar casos que vivenciaram por meio de entrevistas. Foi possível perceber que, para a equipe médica entrevistada, a violência possui várias graduações e tipologias. De maneira consensual, os profissionais afastam a hipótese orgânica com a realização de exames para, então, investigar as “causas externas”. Um terço dos entrevistados disse que quando há presença de lesões corporais indicadoras de maus-tratos em uma criança internada, firmar o diagnóstico de violência é difícil pelo temor de cometer injustiças. Feito o encaminhamento ou não, foram recorrentes os sentimentos de frustração, impotência e imobilidade, além de, em dois casos relatados, existir o aconselhamento para desistência da queixa pela autoridade policial. A violência psicológica foi menos valorizada do que a violência física porque tais atos foram vistos como formas de educação. O estudo relata que os profissionais de saúde mental tendem a silenciar sobre a violência, pois “sua formação implica em compreender e tratar os agressores e, assim, não consideram como sua responsabilidade a denúncia” (BRAZ; CARDOSO, 2000, p. 95)

Gomes, Junqueira, Silva e Junger (2002) analisaram a percepção dos profissionais de saúde (n=17) frente à abordagem realizada nos casos de maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes com base em entrevistas semiestruturadas. O que se observou foi a oscilação entre a crença e a descrença da resolubilidade dos casos e a presença de medo e insegurança emocional, destacando-se problemas relacionados à lacuna desse tema na formação profissional e a reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam familiares. O estudo ressaltou, ainda, a descrença na efetiva atuação dos Conselhos Tutelares e prévias experiências negativas como razões para o não envolvimento.

Alguns aspectos citados também foram encontrados no estudo de Gonçalves e Ferreira (2002) em que se discutiram as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais na notificação de suspeitas ou confirmações de casos de maus-tratos. As

dificuldades incluem a falta de informações básicas que permitam identificar a violência, assunto que não tem sido tratado nos currículos de graduação; peculiaridades de cada caso que são influenciadas por fatores de ordem pessoal dos profissionais e pelas próprias estruturas dos serviços, na maioria insuficientes; falta de infra-estrutura e sobrecarga de trabalho dos Conselhos Tutelares e, até mesmo, a sua inexistência em alguns municípios brasileiros; a cultura familiar em que se valoriza a privacidade da família e, por fim, a ameaça do agressor aos profissionais, apresentada como argumento para a não-notificação.

Trabalhos nos Estados Unidos como de Theodore e Runyan (2006) também indicam as dificuldades que os profissionais encontram na notificação dos maus tratos, como experiências negativas com a área jurídica que contribuem com a não notificação. Outro estudo, esse na Austrália, indica os problemas com os serviços disponíveis para a criança e a família em que a notificação é feita e aponta a necessidade de educação contínua dos profissionais para identificar sintomas e sinais de abuso físico, bem como o papel dos médicos na administração multidisciplinar do abuso infantil (HAERINGEN; DADDS; ARMSTRONG, 1998).

O estudo de Bannwart e Brino (2011) procurou investigar as dificuldades enfrentadas pelos médicos pediatras na identificação e notificação de casos de maus tratos em um município do interior de São Paulo. Os principais resultados indicaram que as dificuldades enfrentadas estão relacionadas à falta de formação, descrença e dúvidas sobre a atuação dos órgãos competentes e receio de possíveis conseqüências jurídicas e de causar maiores traumas ou desconforto na família e/ou criança. Foi detectado, no estudo, necessidade de uma condição prévia para realização da denúncia que seria a confirmação da suspeita.

As dificuldades em se lidar com casos de maus-tratos estão presentes em outras áreas além da médica. Silveira, Mayrink e Nétto (2005) constataram que 84% dos cirurgiões-dentistas (n=70), de Blumenau, Santa Catarina, julgam-se despreparados para lidarem com casos de maus tratos. As dificuldades que tem para denunciar estavam relacionadas ao receio das conseqüências (6%), falta de conhecimento (32%) e incerteza da suspeita (42%). Paralelamente, a falta de conhecimento dos odontólogos australianos sobre o assunto foi observada pela alta frequência de respostas “*não sei*” quando questionados em relação aos procedimentos que devem ser adotados nesses casos (JOHN ET. AL., 1999)

1.3 Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família, iniciado no Brasil em 1994, é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde ou alocados em prédios próprios. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, denominada território. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (SOUZA ; CARVALHO, 2003).

Cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais sensível às necessidades dos indivíduos atendidos. Dessa maneira, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade mais facilmente. A reorganização da Atenção Básica pressupõe, ainda, o funcionamento de um sistema de referência e contra referência eficientes que assegurem a integralidade das ações de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em São Carlos, o Programa Saúde da Família foi instalado mais recentemente, em 2001, com quatro Equipes Saúde da Família. Atualmente a cobertura do Programa de Saúde da Família beneficia 64 mil pessoas, que são atendidas por 16 equipes. Há uma meta da prefeitura de até 2012 atingir 50% da população (www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias/2008/153304-r-saude-da-familia.html), portanto é necessário levar em consideração que o Município passa por um processo de remodelação do serviço em saúde.

Tudo isso acarreta dificuldades de implementação pela Secretaria Municipal de Saúde, com problemas de infraestrutura, formação de profissionais, dentre outras, mas que está em ampliação, inclusive com a previsão de receber 1,2 milhão de reais do Governo Federal (<http://www.saocarlosemrede.com.br/portal/noticias/item/13081>) para sanar tais dificuldades e ampliar em mais cinco o número de Unidades Saúde da Família.

Além disso, existe uma especificidade no Município que é o curso de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). A Universidade e a Prefeitura

Municipal de São Carlos formalizaram uma parceria para o desenvolvimento do Curso de Medicina e construíram um projeto considerado inovador, tanto para a educação médica como para o cuidado à saúde. Este Projeto implicou na adoção de um modelo político e pedagógico que objetiva uma formação de forte interação com o sistema de Saúde do Município e no qual o aluno é colocado em contato com a prática iniciando na Rede de Saúde pelo Programa Saúde da Família. Outra especificidade é a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, curso oferecido pela UFSCar, em que os profissionais também atuam na Rede de Saúde. Dessa forma, o Programa Saúde da Família em São Carlos tem particularidades em seu funcionamento, por influência e parceria com a Universidade local.

Cabe ressaltar que a realidade do trabalho em Saúde da Família faz com que o profissional esteja exposto a diversas formas de violência externa e indireta que afetam a saúde mental dos mesmos. No trabalho de Lancman, Ghirardi, Castro e Tuacek (2009) é constatado que a organização do trabalho do profissional de saúde no Programa Saúde da Família expõe os trabalhadores a: situações de violência, por vezes invisível; sentimentos de impotência frente às situações de precariedade; não-reconhecimento dos esforços realizados; falta de fronteiras entre aspectos profissionais e pessoais; convívio intenso com situações de violência doméstica e social; medo do risco de exposição; sensação de integridade moral e física ameaçadas e temor de represália. Esse contexto que engloba inúmeros desafios é importante de ser analisado ao se propor algum trabalho com tais profissionais.

1.4 A capacitação do profissional de saúde sobre violência contra a criança e o adolescente

Para o Ministério da Saúde (2002), a construção de um sistema de notificação deve vencer três desafios. O primeiro consiste em incorporar o procedimento de notificação à rotina das atividades de atendimento e ao quadro organizacional dos serviços preventivos e assistenciais e educacionais. O segundo desafio visa sensibilizar e capacitar profissionais de saúde e de educação para compreender o significado, as manifestações e as consequências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Da mesma forma, treiná-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas que constatarem. Finalmente, o terceiro desafio envolve formar alianças e parcerias necessárias para que

a notificação seja o início de uma atuação ampliada e de suporte à criança, ao adolescente, a sua família ou às instituições que os abrigam, e que não seja assumida apenas como o cumprimento de uma obrigação que tem um fim em si mesma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Para que as dificuldades já apontadas sejam diminuídas é consenso a necessidade de uma capacitação para os profissionais acerca da violência contra criança e adolescente e de pesquisas que avaliem a eficácia das mesmas (ALGERI, 2005; BAZON, 2007; CUNHA; ASSIS; PACHECO, 2005; FERREIRA, 2005; HAERINGEN; DADDS; ARMSTRONG, 1998; JOHN ET. AL., 1999; LEITE, OLIVEIRA; CAMERINI; RAMOS; MOSCARDIN, 2006; PIRES; MIYAZAKI, 2005; REECE; JENNY, 2005; SILVEIRA; MAYRINK; NÉTTO, 2005 ; WARNER-ROGERS; HANSEN; SPIETH, 1996).

Adicionado a isso, há a necessidade da inserção da temática nos currículos de graduação, uma vez que o conhecimento do fenômeno é essencial para o cuidado dos casos (Warner-Rogers; Hansen; Spieth, 1996). A literatura indica que para médicos que já atuam é mais relevante capacitar sobre variáveis dos casos que são mais difíceis de serem observadas, como: a) a explicação dada para a lesão, em caso de abuso físico, e b) tempo levado para trazer a criança para o atendimento médico, para não se restringir a capacitar somente sobre gravidade de lesão e a relação com maus-tratos (Warner-Rogers, Hansen ; Spieth, 1996). Para médicos em formação se faz mais necessário desenvolver a habilidade em colher e deduzir informações das variáveis com qualidade e, desde o primeiro momento de formação, tais profissionais devem estar ativamente envolvidos no processo de identificação e notificação, isto é, atuar junto aos profissionais experientes nesses casos para terem modelo de atuação (Warner-Rogers; Hansen; Spieth, 1996). Algeri (2005) enfoca em seu artigo a importância da formação do profissional de enfermagem para enfrentar a problemática da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, principalmente pela proximidade desse profissional com as famílias, sendo que a prática desse profissional deve estar pautada no rompimento do silêncio e da acomodação que essa problemática da violência intrafamiliar acarreta.

Ademais, é importante para os profissionais, a necessidade de familiarização com dados epidemiológicos sobre maus-tratos na infância, pois isso pode ajudar na tomada de posição mais adequada na avaliação da informação que coletaram, especialmente em relação à explicação dada, além de capacitar sobre diagnósticos

diferenciais (LEITE; OLIVEIRA; CAMERINI; RAMOS; MOSCARDIN, 2006; HAERINGEN; DADDS; ARMSTRONG, 1998; WARNER-ROGERS; HANSEN; SPIETH, 1996).

A literatura indica que as dificuldades não estão vinculadas a uma ou outra profissão, pois as mesmas dificuldades são constatadas em diversas áreas. Portanto, seria possível partir do assunto mais amplo, que é a violência contra a criança e o adolescente, para depois direcionar a capacitação para especificidades e limitações das áreas, como tipos de tratamento que um médico e um cirurgião-dentista podem realizar, por exemplo (BANNWART; BRINO, 2011).

Há um estudo sobre capacitação de profissionais que lidam com crianças e de metodologia quase-experimental. Brino e Williams (2003) realizaram uma capacitação para professores visando sensibilizá-los sobre os sintomas que uma criança sexualmente abusada apresenta e, dessa forma, aumentar a probabilidade do diagnóstico precoce destes casos. As autoras avaliaram a eficácia de uma intervenção com 11 educadoras, divididas em grupo experimental e controle, foram capacitadas a atuar com casos de abuso sexual. As atividades realizadas nos encontros consistiram de exposições orais sobre o tema, atividades práticas, exposições sobre a legislação, apresentações de filmes e role-playing. De forma geral, a intervenção promoveu algumas importantes modificações para que as professoras atuassem com casos de abuso sexual. Portanto, a capacitação foi considerada adequada e necessária para uma melhor atuação dos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes.

Sobre o conhecimento das diferentes profissões em relação a temática, Hazzard e Rupp (1986) compararam o conhecimento e atitudes de pediatras, profissionais de saúde mental (assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras), professores e estudantes de um curso introdutório de psicologia que preencheram um questionário sobre definições, características, causas e efeitos do abuso infantil. A principal conclusão é que profissionais da saúde mental são mais bem informados do que os pediatras e ambos são mais bem informados que professores ou estudantes; mesmo assim, ainda se faz necessária a capacitação de todo os profissionais envolvidos com crianças e adolescentes.

Reece e Jenny (2005) afirmam que, para que o treinamento seja apropriado, deve-se considerar o contexto ecológico dos maus-tratos para que seja possível entender os fatores de risco presentes na criança, na família, na comunidade e na sociedade. Os autores também afirmam que a disparidade de conhecimento dos profissionais de saúde

que atuam na mesma instituição deve ser diminuída, isto é, todos os níveis da hierarquia necessitam ter conhecimento e capacitação para lidar com o assunto e enfatizam a necessidade de educação continuada. Essa é a mesma conclusão de Cerezo e Pons-Salvador (2004) e Leite e colaboradores (2006) que verificaram um aumento no número de notificações após a capacitação realizada, mas uma queda nos meses subsequentes, o que indica a necessidade da educação continuada e não pontual. Haeringen, Dadds e Armstrong (1998) sugerem, da mesma forma, encontros regulares, ênfase sobre a regra investigativa de serviços protetores e educação dos médicos sobre a importância e como se dá a abordagem multiprofissional.

Ademais, Ferreira (2005) aponta alguns desafios para os pediatras no acompanhamento de casos de maus-tratos que podem ser inseridos em um projeto de capacitação como: estratégias de envolver-se sem gerar mais violência; ter as famílias, e não apenas as crianças e mães como alvo da atenção; avaliar, na sua rotina de atendimento, fatores de risco e protetores relacionados à criança e à família, fortalecendo os fatores de proteção e trabalhando para minimizar ou afastar os de risco.

A capacitação do profissional de saúde deve ter como objetivo o investimento na promoção de ações que o sensibilize aos direitos e necessidades das crianças e adolescentes de maneira que aumente a capacidade de identificar as situações de maus-tratos, reconhecendo-as como tal com o compromisso em notificá-las para fortalecer o encadeamento entre essas ações em todos os níveis, órgãos e instituições responsáveis por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BAZON, 2007).

Quais seriam os elementos e/ou estratégias que uma capacitação necessitaria ter para alcançar esses desafios? Quais são as formas mais eficazes para capacitar tais profissionais? A presente pesquisa pretende contribuir para a análise de tais questões.

2. OBJETIVO

O objetivo geral deste trabalho consistiu em sensibilizar profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) para a temática da prevenção da violência contra a criança e o adolescente ao elaborar, propor e avaliar um curso de capacitação para identificar e notificar maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de Equipes Saúde da Família.

A sensibilização do profissional será observada frente a capacidade de identificar casos de violência contra a criança e o adolescente, bem como especificar suas diferentes modalidades e esforços em cumprir o papel legal em notificar o caso, seja de suspeita ou confirmação.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

Participaram deste estudo 22 profissionais que faziam parte de duas equipes de referência de Unidades Saúde da Família distintas de São Carlos - SP, sendo que uma equipe recebeu primeiramente a intervenção - Grupo A - e o Grupo B recebeu posteriormente. A equipe que compõe o Grupo A era composta por 1 médico da família, 1 enfermeiro, 2 auxiliares enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar odontológico e 6 agentes comunitários de saúde. A equipe que compõe o Grupo B contém o mesmo modelo, com exceção ao dentista e auxiliar odontológico, pois depende do território a montagem dessa configuração com mais ou menos profissionais na equipe de referência. Os grupos eram semelhantes quanto ao número de participantes, distribuição dos profissionais do sexo feminino e masculino, média de idade e média de tempo de experiência profissional. A Tabela 1 abaixo apresenta a caracterização das equipes.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do Grupo A e B

	Grupo A	Grupo B	Total
Participantes	11	11	22
Sexo			
Feminino	8	9	17
Masculino	3	2	5
Idade (anos)	23 – 41 M = 29	24 – 47 M = 33	23-47 M= 31
Tempo experiência profissional	10 meses – 18 anos M = 7 anos e 6 meses	16 meses – 21 anos M = 6 anos e 4 meses	10 meses – 21 anos M= 6 anos e 9 meses

A escolha das equipes foi feita pelos territórios que tiveram maior prevalência no Município de casos de violência contra crianças e adolescentes no ano de 2008. O acesso a tais dados de notificação foi feito com base no levantamento de notificações do Conselho Tutelar do Município. Vale ressaltar que o Conselho Tutelar não tinha

relatórios de atendimentos por bairro até 2008, portanto, foi com base no último relatório que foi selecionado as equipes responsáveis pelos bairros.

3.2 Local

Os encontros foram realizados nos próprios prédios das Unidades Saúde da Família, nas salas designadas para reuniões de equipe.

3.3 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram:

a) *Questionário sobre Casos Hipotéticos* (BANNWART ; BRINO, 2011) cujo objetivo foi o de verificar quais procedimentos o profissional adotaria no processo de identificação e notificação. No trabalho original, vinhetas foram elaboradas com base em relatos de profissionais de saúde que trabalhavam no atendimento a crianças e que tiveram contato com casos de suspeita de maus-tratos, sendo que o contexto era para médicos pediatras apenas. A adaptação realizada no presente estudo foi a de colocar o instrumento no contexto e rotina do Programa Saúde da Família. O primeiro caso apresentado estava relacionado a uma suspeita de negligência e o segundo caso, a uma suspeita de abuso sexual. A utilização destes dois tipos de violência refere-se à dificuldade em identificar a negligência, embora seja o tipo mais comum notificado aos Conselhos Tutelares, e o abuso sexual por ser considerado um tabu e, muitas vezes, um segredo familiar. Os objetivos para a utilização de vinhetas no instrumento foram: a) possibilitar que todos os participantes respondam a uma mesma situação, o que não seria possível se a questão fosse deixada em aberto para que o participante relatasse segundo sua própria experiência, e b) potencializar a resposta ao se colocar na situação e não responder a uma questão geral como, por exemplo, “*o que você faria em uma situação de suspeita de maus-tratos?*” (ANEXO 1). Este instrumento foi aplicado em ambos os grupos antes e depois da capacitação.

b) *Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica* (*Child Maltreatment Evaluations in Pediatric Primary Care*) de Lane e Dubowitz (2009). O instrumento contém três partes, sendo a primeira um levantamento de casos de abuso físico, sexual e negligência atendidos, notificados ou não; a segunda parte é composta de 38 sentenças em que o profissional responde de acordo com uma escala de concordância tipo Likert de cinco pontos, sendo que 1 corresponde a discordar

muito com a afirmação e 5 concordar muito com a afirmação. As sentenças abordam conseqüências da notificação para o profissional, avaliam necessidade de capacitação e apoio na tomada de decisões, além de avaliar o conhecimento sobre o tema. A terceira parte é sobre a caracterização do profissional (idade, sexo, etnia, tempo de atuação, número de cursos sobre o tema). Para esta pesquisa só foi utilizada a segunda parte do instrumento com 37 sentenças. Os autores autorizaram o uso e o instrumento foi traduzido e adaptado pela autora (ANEXO 2). Este instrumento foi aplicado em ambos os grupos antes e depois da capacitação dos grupos.

c) *Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes*, desenvolvido por Rossi (2004) cujas definições dos tipos de violência foram adaptadas por Giusto e Brino (2010). Tal questionário teve como objetivo investigar se a notificação era um recurso de intervenção de profissionais da saúde que atuavam no setor público da cidade de Campinas (SP). Além disso, o instrumento visa avaliar os conhecimentos dos profissionais acerca dos sinais indicativos de maus-tratos; identificar se existem conseqüências pessoais e profissionais ao notificar; e identificar se a discussão da violência intrafamiliar fez parte da formação profissional. O instrumento traz uma definição do conceito de cada modalidade de violência: violência física, sexual, psicológica e negligência. Ele contém, ainda, questões fechadas podendo o respondente escolher mais de uma alternativa em cada questão (sem a opção “nenhuma das alternativas”) e duas questões abertas. Há também um espaço no final, caso o participante queira se manifestar. As variáveis que o instrumento investiga são: Idade em anos completos; Profissão; Tempo de formação profissional; Tempo de atuação na área; Sexo; Confirmação ou Suspeita da violência doméstica; Identificação de sinais e marcas que podem definir algum tipo de violência doméstica; Conhecimento dos recursos legais; Superação dos limites da insegurança prevendo conseqüências pessoais ao notificar a violência doméstica ou a suspeita; Decisão de vencer os obstáculos e possíveis ameaças do agressor para as vítimas ao denunciarem a violência doméstica contra crianças e adolescentes; Conhecimento do código de ética profissional como um instrumento de luta na prevenção da violência doméstica e não obstáculo para o silêncio; Conhecimento das Instituições existentes na cidade capazes de receber a notificação e providenciar os encaminhamentos; O acesso, durante a formação profissional, a discussões sobre o tema e a responsabilidade na notificação (ANEXO 3). Este instrumento foi aplicado em ambos os grupos antes da capacitação.

d) *Questionário de Avaliação do Curso*, desenvolvido pela pesquisadora e composto por oito afirmações com escala Likert de concordância e uma questão aberta para sugestões, elogios e críticas (ANEXO 4) aplicado após a capacitação.

e) *Formulários de notificações ao Conselho Tutelar* que são utilizados rotineiramente por tal órgão. Foi monitorado o número de notificações feitas para o Conselho Tutelar pela rede de saúde no ano anterior, durante e nos seis meses seguintes a intervenção. Tal monitoramento foi utilizado para avaliar possível efeito do curso desenvolvido (ANEXO 5).

3.4 Procedimento de coleta de dados

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar – Parecer no. 269/2009 (ANEXO 6), e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 7) que explicou os objetivos, riscos e benefícios pela na pesquisa, garantido o seu anonimato.

O contato com as equipes foi feito primeiramente por telefone, sendo encaminhada uma carta via correio eletrônico com a proposta do curso (ANEXO 8). Havendo interesse da equipe, marcava-se uma reunião para esclarecer maiores detalhes.

O setor de saúde do município é dividido por áreas de Administração Regional de Saúde (ARES), sendo essa a representação da Secretaria Municipal de Saúde mais próxima dos usuários e profissionais. Todas as ARES tem a função de coordenar as Unidades de Saúde localizadas na sua área de abrangência, e de propiciar cuidado integral às necessidades de saúde dos moradores da área geográfica. Das cinco ARES existentes no Município, duas foram representadas pelas Equipes participantes deste estudo. Na ARES do Grupo A havia quatro equipes potenciais para a capacitação e na ARES do Grupo B havia três equipes potenciais. A escolha de quais equipes seriam abordadas primeiro foi aleatória. É importante notar que as duas primeiras equipes a serem contatadas, respeitando o critério de inclusão citado, concordaram em participar.

Optou-se por realizar a capacitação em um grupo e depois em outro, uma vez que as equipes estavam situadas em regiões diferentes do município e o objetivo era trabalhar com as questões pertinentes e particulares à realidade de cada equipe.

Antes da capacitação no Grupo A, foi aplicado em ambos os grupos o instrumento *Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes* para avaliar o repertório inicial sobre o assunto e a experiência prévia dos grupos.

Também foram aplicados o *Questionário sobre casos hipotéticos* e a *Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica* como medida de pré-teste para a avaliação do curso.

Após a capacitação foram aplicados o *Questionário sobre casos hipotéticos* e a *Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica* como medida de pós-teste para a avaliação do curso.

3.5 Procedimento de intervenção

A intervenção visou superar o segundo desafio indicado pelo Ministério da Saúde (2002) que é o de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para compreenderem o significado, as manifestações e as conseqüências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e da mesma forma, capacitá-los para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas que constataram. O conteúdo da capacitação dividiu-se em quatro temas principais, a saber:

1. Definição sobre violência contra a criança e o adolescente, situando-os no contexto da violência social brasileira e da forma como o Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde a considera;
2. Definição do conceito de notificação e a diferenciação da denúncia e sua importância para a sociedade;
3. Apresentação de informações sobre o funcionamento e as dificuldades dos Conselhos Tutelares, Sistema Judiciário e das Redes Sociais de Apoio;
4. Utilização adequada da ficha de notificação de maus-tratos;

Adicionalmente, a intervenção apoiou-se na experiência de capacitação do LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência) no ensino a diferentes profissionais como, por exemplo, policiais (WILLIAMS; GALLO; MALDONADO; BRINO; BASSO, 2000), professores (BRINO; WILLIAMS, 2003; BRINO; WILLIAMS 2008; BRINO; WILLIAMS 2009; WILLIAMS ET AL., 2009), conselheiros tutelares (SILVA, 2004) e monitores de abrigos infantis (PRADA; WILLIAMS, 2007).

Os objetivos específicos da capacitação foram que, ao final do curso, os profissionais fossem capazes de: a) identificar o fenômeno da violência; b) identificar os tipos de violência contra crianças e adolescentes; c) identificar os sinais e sintomas

associados; d) identificar fatores de risco e proteção; e) analisar mitos envolvendo a temática; f) analisar a forma de abordar vítimas de maus-tratos; g) identificar a rede de proteção na cidade; h) identificar e analisar os fatores que promovem resiliência; i) estabelecer diálogo entre a equipe e as entidades responsáveis pela infância e juventude e j) preencher corretamente a ficha de notificação.

A duração da capacitação foi de 15 horas divididas em 10 encontros quinzenais, com 1 hora e meia de duração cada. Faz parte da rotina de todas as equipes uma reunião de equipe, às quintas-feiras, com duração de quatro horas. Para não preencher todo o tempo desta reunião, dificultando o funcionamento da equipe e para não utilizar horários extras, garantindo a máxima participação de todos, foi utilizada uma hora e meia desse período para a capacitação, que foi acordado entre a pesquisadora e as equipes.

A dinâmica dos encontros estava vinculada ao material utilizado. Nos encontros 2 e 6 (vide Anexos 9 e 13) houve discussões a respeito do material escrito compilados pela pesquisadora. Nos encontros 3 e 7 (Anexos 10 e 14) foram passados um trecho do filme *Marcas do Silêncio* (DIGIULIO; HUSTON, 1996) e uma animação *Era uma vez uma família* (PROMUNDO; SAVE THE CHILDREN, 2007) para ilustrar a discussão determinada para aquele encontro. Além disso, no encontro 7 foram utilizadas reportagens de jornais locais e nacionais sobre casos de maus-tratos veiculados na mídia para que fosse feita análise dos fatores de risco e procedimentos envolvidos. No encontro 4 (ANEXO 12) houve a dramatização de um texto pelos próprios participantes que foram divididos em duplas e ficaram responsáveis por cenas distribuídas aleatoriamente e, no encontro 9 (ANEXO 15), foi feita uma análise detalhada de duas fichas de notificação, sendo uma utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde e outra, pelo Ministério da Saúde. Os encontros 5 e 8 foram pautados pela visita de um representante do Conselho Tutelar e pela vista da Equipe Técnica da Vara da Infância e Juventude.

Após cada encontro, a pesquisadora realizava registros dos mesmos sendo produzido um diário de campo. Ao final do curso foi aplicado um questionário para avaliar o grau de satisfação do participante com a capacitação.

A Tabela 2 a seguir apresenta os conteúdos e atividades desenvolvidas encontro a encontro:

Tabela 2: Conteúdos e atividades desenvolvidas encontro a encontro.

Encontro	Objetivo	Tema	Atividades/ Materiais
1		- Apresentação do curso e levantamento de sugestões e demanda própria	- Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido - Instrumentos de coleta de dados
2	- Identificar o fenômeno da violência. - Identificar os tipos de violência contra crianças e adolescentes. - Identificar os sinais e sintomas associados.	- Tipos de maus tratos conforme a literatura - Dificuldades para notificar	- Leitura e discussão de material compilado pela pesquisadora - (Assis ; Eisenstein, 2009)
3	- Analisar mitos envolvendo a temática. - Analisar a forma de abordar vítimas de maus-tratos.	- Legislação brasileira referente aos Direitos da Criança e do Adolescente. - Recomendações sobre abordagem	- Leitura e discussão de material compilado pela pesquisadora - Filme Marcas do Silêncio (DiGiulio ; Huston, 1996)
4	- Identificar a rede de proteção na cidade.	- Qual a rede de proteção existente na cidade?	- Representação do Caso Cidinha – elaborada por Maria Graça Saldanha Padilha - Leitura e discussão de material compilado pela pesquisadora
5	- Estabelecer diálogo entre a equipe e as entidades responsáveis pela infância e juventude - Identificar a rede de proteção na cidade	- O que faz o Conselho Tutelar e como aumentar sua inserção na saúde?	Visita do Conselho Tutelar do município
6	- Analisar variáveis de risco e proteção no desenvolvimento infantil. - Identificar e analisar os fatores que promovem resiliência.	- Quais são os fatores de risco e proteção relacionados aos maus-tratos?	- Leitura e discussão de material compilado pela pesquisadora - (Lidchi, 2009)
7	- Analisar variáveis de risco e proteção no desenvolvimento infantil. - Identificar e analisar os fatores que promovem resiliência;	- Como ampliar e articular a rede de proteção?	- Assistir e debater filme “Era uma vez uma família” (Promundo ; Save the Children, 2007) - Discussão de reportagens de casos de maus-tratos
8	- Estabelecer diálogo entre a equipe e as entidades responsáveis pela infância e juventude	- Qual o papel do Sistema Judiciário na rede de proteção à criança e adolescente?	Visita da Equipe Técnica (Psicóloga e Assistente Social) da Vara da Infância e Juventude do município – Apresentação da legislação para embasar quais são as ações cabíveis ao Conselho Tutelar e quais são cabíveis ao Judiciário
9	- Preencher corretamente a ficha de notificação	- Qual a ficha de notificação em Saúde e como preenchê-la?	- Ficha de notificação – Secretaria Estadual da Saúde e Ministério da Saúde
10		Avaliação e reaplicação de instrumentos	- Instrumentos de coleta de dados - <i>Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde</i> (Ministério da Saúde, 2002) - Fichas de notificação - CD <i>Abuso, maus tratos e proteção à criança e ao adolescente</i> (CEIIAS, IESC, ISPCAN ; LAPREV, 2009)

3.6 Delineamento de pesquisa

A avaliação de um programa que ocorre antes e após a intervenção é definida como um delineamento A-B (pré e pós-intervenção). Neste estudo, utilizou-se o delineamento A-B sem grupo controle, o que o configura como um estudo pré-experimental, com o propósito de medir as diferenças de escores no pré-teste e pós-teste em ambos os grupos (COSBY, 2003)

3.7 Procedimento de análise de dados

O *Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes* (GIUSTO; BRINO, 2010) possui um grupo de categorias de respostas pré-determinadas em cada variável, portanto, o escore obtido foi a frequência de resposta das opções apresentadas. Como o instrumento utilizado em uma caracterização das atitudes dos profissionais de Campinas, no presente estudo permitiu caracterizar a experiência de cada grupo com o tema.

No *Questionário sobre Casos Hipotéticos* (BANNWART; BRINO, 2011), a análise tem por base as categorias estabelecidas nas questões formuladas. As respostas obtidas foram analisadas qualitativamente, possibilitando a criação de subcategorias, e foi realizada uma análise descritiva das respostas.

A *Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica* (DUBOWITZ; LANE, 2009) utiliza uma escala tipo Likert de 5 pontos: discordo muito (DM), discordo (D), neutro (N), concordo (C) e concordo muito (CM). Para verificar se houve mudança de opinião entre as etapas utilizou-se o teste de *Wilcoxon*. O nível de significância dos testes fixado foi de 5%. Assim, pelo p-valor obtido em cada teste rejeitou-se a hipótese de igualdade dos grupos e de que não houve mudança de opinião quando o p-valor for maior que 0,05. As análises foram feitas utilizando o *Software* estatístico *SPSS*.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente serão apresentados os resultados sobre a experiência prévia dos participantes de ambos os grupos com casos de violência contra a criança e o adolescente, conforme dados levantados com o *Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes*, seguidos dos dados quantitativos de avaliação do curso e por fim serão apresentados dados qualitativos, visando comparar mudanças de opinião dos participantes do curso.

4.1 Experiência prévia com casos de violência contra a criança e o adolescente

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos participantes que tiveram contato com casos de suspeita ou confirmação de ocorrência de Violência Física (VF), Violência Sexual (VS), Violência psicológica (VP) e negligência (N) em seu local de trabalho, caracterizando a experiência prévia dos participantes.

Tabela 3: Porcentagem da frequência de participantes com contato prévio de suspeita ou confirmação de ocorrência de violência contra criança/adolescente.

	VF	VS	VP	N
	Grupo A+B (n=21)	Grupo A+B (n=21)	Grupo A+B (n=21)	Grupo A+B (n=21)
Sim, uma vez	28%	19%	33%	24%
Sim, mais de uma vez	19%	0%	19%	28%
Não, nunca	48%	76%	38%	28%
Não respondeu	5%	5%	5%	10%

Legenda: Violência Física (VF), Violência Sexual (VS), Violência psicológica (VP) e negligência (N)

Os dados indicam que pelo menos uma vez, algum membro da equipe teve contato no âmbito profissional com algum tipo de violência. Houve um número que pode ser considerado elevado de ausência de envolvimento com ocorrência de casos de violência sexual (76%) pelos participantes, o que pode indicar dificuldades ou insegurança em identificar tais casos. Embora fossem equipes distintas, em territórios distintos, é possível observar no geral semelhanças nas experiências com casos de

violência, caracterizando o pouco envolvimento com a área por todos os participantes de ambos os grupos.

A Tabela 4 apresenta quais foram os procedimentos adotados pelos participantes no passado em casos de suspeitas e confirmação de abuso para cada tipo de violência.

Tabela 4: Frequência de procedimentos adotados pelos participantes no passado em casos de suspeitas ou confirmações de violência.

Modalidades de violência intrafamiliar					
		VF	VS	VP	N
		A+B (n=10)	A+B (n=4)	A+B (n=12)	A+B (n=12)
Conversou	Com o chefe imediato	8	2	3	9
	Com colegas	4	2	5	7
	Com o pai da vítima	1	0	2	1
	Com outro parente da vítima	1	0	0	1
	Com a mãe da vítima	4	4	5	4
Outros	Não teve medo de represálias por parte do agressor	2	2	1	1
	Não soube identificar com exatidão	0	0	2	1

Legenda: Violência Física (VF), Violência Sexual (VS), Violência psicológica (VP) e negligência (N)

Conforme ilustra a Tabela 4, os procedimentos mais frequentemente adotados envolveram “conversar com o chefe imediato”, “conversar com colegas” e “conversar com a mãe da vítima”. Houve também respostas na categoria “não soube identificar com exatidão”, especificamente nos tipos de violência psicológica e negligência que, por não deixarem marcas físicas, são tipos de violência mais difíceis de identificar.

Ademais, para dois participantes que atenderam casos de violência sexual, não houve medo de represálias por parte do agressor, o que é encorajador. Esses mesmos participantes conversaram com a mãe da vítima, o que conforme o contexto profissional (caso a conversa tenha sido com caráter investigativo) poderá colocar a criança e/ou o próprio profissional em risco. Sabe-se que conversar com o acompanhante da vítima é procedimento padrão num atendimento em saúde, mas vale ressaltar que, nos casos de abuso, se as perguntas tiverem um tom de inquérito, com o objetivo de investigar

detalhes para confirmar suspeita de violência, coloca-se a criança em risco, pois o agressor mais frequentemente é alguém da própria casa (ASSIS ; EISENSTEIN, 2009).

De semelhante modo, a Tabela 5 relata quais os procedimentos os participantes adotaram hipoteticamente se viessem a suspeitar ou confirmar um caso de violência intrafamiliar. Novamente “conversar com o chefe imediato”, “conversar com colegas” e “conversar com a mãe da vítima” foram as categorias mais citadas. Entretanto, em comparação com os dados de casos efetivamente atendidos, observa-se que “conversar com a mãe da vítima” obteve uma frequência menor.

Tabela 5: Porcentagem de tipos de procedimentos adotados hipoteticamente pelos participantes se viessem suspeitar ou confirmar diferentes tipos de violência.

		Modalidades de Violência Intrafamiliar			
		VF	VS	VP	N
		A+B (n=18)	A+B (n=17)	A+B (n=19)	A+B (n=13)
Conversaria	Com o chefe imediato	83%	94%	89%	92%
	Com o pai da vítima	11%	5%	15%	23%
	Com outro parente da vítima	11%	11%	10%	23%
	Com colegas	33%	47%	42%	38%
	Com a mãe da vítima	16%	35%	42%	30%
Outros	Não saberia como fazer	0	11%	5%	0
	Teria medo de represálias por parte do agressor	0	5%	0	0
	Não saberia identificar com exatidão	5%	5%	5%	0

Legenda: Violência Física (VF), Violência Sexual (VS), Violência psicológica (VP) e negligência (N)

Os procedimentos adotados, tantos nos casos de suspeitas ou confirmações já acompanhados, quanto em casos que poderiam se suspeitar de situação de violência, como “conversar com o chefe imediato”, “conversar com colegas” e “conversar com a mãe da vítima”. Conversar com o chefe imediato e com colegas são procedimentos adequados, pois se divide a responsabilidade sobre o caso e pode-se aumentar a probabilidade de resolutividade, acionando o Conselho Tutelar, por exemplo.

A Figura 1 demonstra quantos participantes notificaram casos na sua experiência profissional e quantos notificariam hipoteticamente se atendessem um caso de violência. As notificações realizadas foram consequências procedimentos que envolveram conversa com o chefe imediato ou com colegas do trabalho. Os casos de violência física foram os mais notificados em ambos os grupos. Os casos de violência sexual seriam os mais notificados em hipótese.

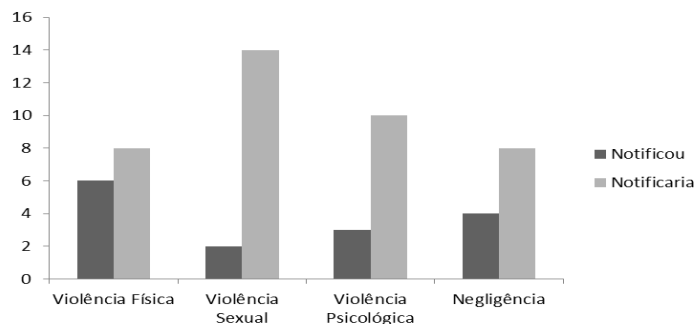


Figura 1: Número de participantes que notificou casos na sua experiência profissional e notificariam se atendessem um caso de violência.

Vale destacar que este instrumento pode ter sido respondido de modo socialmente aceitável. Tal fato se justifica dado a diferença observada entre a intenção de notificar casos em comparação ao número de casos notificados de fato. Outra hipótese para tal tendência é que havia uma intenção genuína em fazê-lo, caso identificasse o caso. Ressalta-se que não foram coletadas maiores informações sobre tais notificações realizadas e a data das mesmas, mas supõe-se que essa experiência em notificar não tenha ocorrido durante o tempo de trabalho no Programa Saúde da Família, pois, por exemplo, no ano de 2009 não havia tais registros nos dados do Conselho Tutelar.

A Tabela 6 apresenta a frequência das consequências das notificações realizadas. Observa-se que a categoria “procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho” foi a mais citada, sendo que a resolução dada foi encaminhar o caso para a psicóloga do local de trabalho. Nota-se, ainda, a despeito de terem sido encaminhados, alguns casos continuaram sendo acompanhados, o que é positivo para a criança.

Tabela 6: Frequência das consequências das notificações realizadas.

Modalidades de Violência Intrafamiliar				
	VF	VS	VP	N
	A+B (n=6)	A+B (n=1)	A+B (n=3)	A+B (n=5)
Procurou resolver a situação da vítima no seu próprio local de trabalho	1	0	3	4
Nunca mais viu a vítima	2	0	0	0
Acredita ter cumprido sua função	3	1	0	0
Acompanhou a situação da vítima	2	0	1	2

Legenda: Violência Física (VF), Violência Sexual (VS), Violência psicológica (VP) e negligência (N)

Os motivos para não notificar estão apresentados na Tabela 7, sendo a mais freqüente a categoria “não saber como fazer”. Além disso, havia comentários escritos no instrumento indicando uma nova categoria de “foi resolvido no local de trabalho”, o que levava a indicar que o profissional acabava não cumprindo a legislação de comunicar o caso, mesmo quando era encontrada uma solução temporária.

Tabela 7: Motivos apresentados para a não-notificação de casos de violência contra crianças e adolescentes

Modalidades de Violência Intrafamiliar				
	VF	VS	VP	N
	A+B (n=3)	A+B (n=1)	A+B (n=4)	A+B (n=5)
Por medo de prejudicar a vítima	1	1	0	0
Por medo de represálias do agressor	0	0	0	1
Não sei como fazer	2	0	4	4

Legenda: Violência Física (VF), Violência Sexual (VS), Violência psicológica (VP) e negligência (N)

Em síntese, ambos os grupos tiveram contato com alguns casos de violência e as soluções dadas para os mesmos nem sempre foram de acordo com a legislação, isto é, o imperativo de notificar o caso ao Conselho Tutelar. Embora diversos participantes

afirmassem que notificariam casos, talvez não o fizessem por falta de conhecimento do procedimento como indicado ou até mesmo por dificuldades na identificação desses casos. Com esses dados, verificou-se que a experiência prévia das equipes reforçou a necessidade de uma capacitação tal como a proposta do presente estudo para diminuir equívocos e utilizar positivamente o potencial de cada participante, de forma a cumprir a legislação vigente e, assim, assegurar a proteção de crianças e adolescentes.

4.2 Avaliação do curso de capacitação

As respostas ao *Questionário sobre Casos Hipotéticos* (BANNWART ; BRINO, 2011) sobre as experiências das equipes quanto a casos de suspeita de maus-tratos, são apresentadas na Tabela 8 que ilustra os procedimentos que seriam tomados em uma situação hipotética de suspeita de negligência.

Tabela 8: Categorias de procedimentos e porcentagem de resposta para situação de suspeita de negligência.

Procedimentos	Pré intervenção (n=19)	Pós intervenção (n=18)
Acionar o Conselho Tutelar	21%	66%
Solicitar auxílio da equipe	42%	38%
Realizar visita domiciliar	47%	11%
Conversar com os pais e/ou vizinhos	36%	11%
Confirmar suspeita	15%	5%

Após a capacitação, houve um aumento dobrando a tomada de decisão em acionar o Conselho Tutelar. Solicitar o auxílio da equipe manteve o mesmo patamar, mas ambos procedimentos são considerados adequados para tal situação.

Observa-se que houve alteração após a capacitação quanto ao procedimento de “conversar com os pais e/ou vizinhos”, entretanto este procedimento de “conversar com pais” depois da capacitação foi ilustrado de forma diferente. Por exemplo, PA1 (participante 1 do Grupo A) no momento pré-capacitação afirmou que “*solicitaria que o ACS (Agente Comunitário da Saúde) da área fosse realizar uma visita e conversar com os pais*” e no momento pós- capacitação, o mesmo participante respondeu: “*Uma*

investigação mais detalhada do vínculo familiar através da própria família e de parentes, vizinhos e conhecidos da família. O ACS da área seria o ponto de partida das investigações. Acionaria o Conselho Tutelar”.

Assim como a conversa com pais, a visita domiciliar é um procedimento comum no Programa Saúde da Família e é necessário verificar o objetivo de ambos os procedimentos, isto é, se serão conversas e visitas investigativas ou não. Vale ressaltar que no curso foi enfatizado como deve ser feita a abordagem do profissional frente a uma situação de suspeita ou confirmação.

A Tabela 9 apresenta os procedimentos que seriam tomados em uma situação hipotética envolvendo a suspeita de abuso sexual. Observa-se que após a intervenção, mais participantes consideraram acionar o Conselho Tutelar.

Tabela 9: Categorias de procedimentos e porcentagem de resposta para situação de suspeita de abuso sexual.

Procedimentos	Pré intervenção (n=19)	Pós intervenção (n=18)
Solicitar auxílio da equipe	52%	33%
Acionar o Conselho Tutelar/ Polícia	31%	66%
Encaminharia para psicólogo	0	5%
Visitar/comunicar a escola	10%	22%
Conversar com os pais/ vizinhos	26%	22%
Conversar com a criança	10%	10%
Realizar visita domiciliar	10%	5%

Observa-se um aumento quanto a acionar o Conselho Tutelar, dobrando os resultados da pré-intervenção. Entretanto, a categoria “conversar com os pais” e “conversar com a criança” não houve alteração. Isso pode estar relacionado com o caso que foi apresentado no instrumento (suspeita de abuso sexual) que permitia uma interpretação de que o abuso tivesse ocorrido na escola ou na própria casa, uma vez que os pais relataram que os sintomas começaram depois que a criança voltou da escola.

As dificuldades citadas às situações de negligência e abuso sexual apresentadas no instrumento *Questionário sobre casos hipotéticos* (BANNWART ; BRINO, 2011) foram semelhantes para as duas equipes, a saber: a possível resistência da família em assumir a agressão ou de receber ajuda, receio de retaliações do agressor, falta de experiência nesses casos, o receio de que órgãos protetores como o Conselho Tutelar não lidem apropriadamente com os casos comunicados, medo de expor a criança e o desconhecimento em como abordá-la. Após a capacitação, a categoria mais citada foi “possível resistência da família em assumir a agressão ou de receber ajuda”.

O contato com o tema sobre violência contra criança e adolescente durante a formação do profissional foi classificado como “pouco” ou “nenhum”, com ressalva a dois participantes que assistiram palestras sobre o assunto (uma agente comunitário da saúde e uma enfermeira).

4.3 Opinião dos profissionais sobre aspectos pessoais e de trabalho sobre violência contra a criança e o adolescente

Pretendeu-se verificar se a capacitação realizada surtiu mudança de opinião, com base na *Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica* (LANE ; DUBOWITZ, 2009).

Foi aplicado o teste de *Wilcoxon* para os dados, cujos resultados encontram-se na Tabela 10. Observa-se que houve mudança significativa de opinião entre os momentos pré e pós capacitação, considerando o grupo único, para quatro questões (questão 19 “*Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre abuso físico*” $p=0,027$; questão 25 “*Conheço a lei envolvida na notificação de abuso/negligência contra criança e adolescente*” $p= 0,005$; questão 26 “*Eu sei como notificar um caso de criança que esteja sendo maltratada*” $p=0,013$ e questão 27 “*Sinto-me confortável em conversar com as famílias sobre maus-tratos de crianças*” $p= 0,031$). Esse teste mostra que há indícios de que houve mais avaliações favoráveis para estas questões após a intervenção, isto é, mais pessoas concordaram com as quatro afirmações acima, pois a média e soma dos ranks positivos foram maiores do que o negativo, o que pode ter sido efeito da intervenção aplicada.

Tabela 10: Desempenho dos participantes antes e depois da capacitação (n=19).

Grupo A + Grupo B		Qx_Pós Teste - Qx_Pré Teste	
		Estatística Teste	P-Valor
Capacitação	1. Eu acho que os profissionais da Atenção Básica deveriam ser capacitados para avaliar aspectos médicos da suspeita de abuso físico.	-0,632 ^a	0,766
	2. Eu acho que os profissionais da Atenção Básica deveriam ser capacitados para avaliar aspectos médicos da suspeita de abuso sexual.	0,000 ^c	1,000
	3. Eu acho que os profissionais da Atenção Básica deveriam ser capacitados para avaliar aspectos médicos da suspeita de negligência.	-0,333 ^b	1,000
	10. Eu gostaria de mais capacitação sobre a avaliação de crianças com suspeita de abuso físico.	-1,604 ^a	0,183
	11. Eu gostaria de mais capacitação sobre a avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual.	-0,837 ^a	0,459
	12. Eu gostaria de mais capacitação sobre a avaliação de crianças com suspeita de negligência.	-1,155 ^a	0,398
Suporte técnico para avaliação de casos	4. Seria melhor para a criança se os aspectos médicos da suspeita de abuso físico fossem avaliados por um especialista nesse tema.	-0,368 ^b	0,820
	5. Seria melhor para a criança se os aspectos médicos da suspeita de abuso sexual fossem avaliados por um especialista nesse tema.	-0,722 ^a	0,617
	6. Seria melhor para a criança se os aspectos médicos da suspeita de negligência fossem avaliados por um especialista nesse tema.	-0,520 ^a	0,766
	16. Eu preferiria encaminhar a maioria dos casos de suspeita de abuso físico para um especialista.	-0,541 ^b	0,781
	17. Eu preferiria encaminhar a maioria dos casos de suspeita de abuso sexual para um especialista.	-0,365 ^a	0,750
	18. Eu preferiria encaminhar a maioria dos casos de suspeita de negligência para um especialista.	-0,359 ^b	0,828
	35. Uma equipe interdisciplinar seria o melhor para uma avaliação no caso de suspeita de abuso físico.	-1,150 ^a	0,332
	36. Uma equipe interdisciplinar seria o melhor para uma avaliação no caso de suspeita de abuso sexual.	-0,604 ^a	0,672
	37. Uma equipe interdisciplinar seria o melhor para uma avaliação no caso de suspeita de negligência.	-0,791 ^a	0,539
	Continuação da Tabela 10		
Aspectos pessoais	7. Eu me sinto competente em avaliar crianças com suspeita de abuso físico.	-1,100 ^b	0,344
	8. Eu me sinto competente em avaliar crianças com suspeita de abuso sexual.	-1,232 ^b	0,270
	9. Eu me sinto competente em avaliar crianças com suspeita de negligência.	-2,111 ^b	0,063
	19. Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre abuso físico.	-2,352^b	0,027*
	20. Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre abuso sexual.	-1,072 ^b	0,378
21. Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre negligência.	-0,660 ^b	0,617	

Continuação Tabela 10

	22. Sinto-me capaz em prestar depoimento em casos de abuso físico.	-0,540 ^b	0,574
	23. Sinto-me capaz em prestar depoimento em casos de abuso sexual.	-0,188 ^a	1,000
	24. Sinto-me capaz em prestar depoimento em casos de negligência.	-1,937 ^b	0,061
	27. Sinto-me confortável em conversar com as famílias sobre maus-tratos de crianças.	-2,251^b	0,031*
Aspectos no trabalho	13. Eu não tenho tempo na rotina do meu trabalho para fazer uma avaliação de um caso de suspeita de abuso físico.	-1,403 ^b	0,266
	14. Eu não tenho tempo na rotina do meu trabalho para fazer uma avaliação de um caso de suspeita de abuso sexual.	-1,611 ^b	0,180
	15. Eu não tenho tempo na rotina do meu trabalho para fazer uma avaliação de um caso de suspeita de negligência.	-,811 ^b	0,531
	33. Os usuários irão parar de me procurar se eu notificar casos de maus-tratos ao Conselho Tutelar.	-1,000 ^b	0,531
	34. Ajudaria a preservar a minha relação com a família se o possível caso de maus tratos fosse avaliado por um especialista.	-0,173 ^b	1,000
	25. Conheço a lei envolvida na notificação de abuso/negligência contra criança e adolescente.	-2,804^b	0,005*
Papel do profissional	26. Eu sei como notificar um caso de criança que esteja sendo maltratada.	-2,435^b	0,013*
	28. Eu normalmente notifico o Conselho Tutelar se suspeito que uma criança foi abusada.	-1,027 ^b	0,438
	29. Eu normalmente notifico o Conselho Tutelar se suspeito que uma criança foi negligenciada.	-0,513 ^b	0,789
	30. Eu sou obrigado(a) pela lei notificar toda criança que eu suspeito que esteja sendo maltratada.	-1,778 ^b	0,090
	31. Eu somente notifico o Conselho Tutelar quando tenho certeza de que a criança está sendo maltratada.	-0,591 ^a	0,583
	32. Notificar suspeita de maus- tratos geralmente beneficia as famílias.	0,000 ^c	1,000

a: Baseado em rankings positivos

b: Baseado em rankings negativos

c: Soma dos rankings positivos é igual a soma dos rankings negativos

* Indicador de significância estatística considerando nível de significância de 0,05

Outro ponto a ser observado é o fato de que para cinco questões (2,3,8,11,12) não houve qualquer tipo de variação de escore em ambos os grupos, o que pode indicar a não influência da capacitação neste caso, ou dificuldades inerentes às próprias questões, ou dificuldades inerentes às próprias questões.

4.4 Avaliação de satisfação do curso pelos participantes

A Tabela 11 apresenta dados referentes à avaliação dos participantes de ambos os grupos ao final da capacitação. Os resultados de tal avaliação foram positivos, sugerindo que, do ponto de vista dos participantes, a capacitação atingiu seus objetivos.

Por problemas com datas em comum, não foi possível realizar o encontro em que a equipe técnica do Judiciário fosse ao grupo B, sendo esse encontro realizado pela própria pesquisadora, por isso neste item há apenas a avaliação do grupo A. Após a capacitação no grupo A deu um presente para a pesquisadora, sendo esse acompanhado de um cartão positivo e afetuoso (ver ANEXO 16).

Tabela 11: Porcentagem de participantes segundo categorias avaliadas (n=19)

Afirmção	Concordo totalmente	Concordo	Neutro
Os conceitos trabalhados foram suficientes, claro, atualizados e relevantes	84	16	
As idéias principais foram retomadas, resumidas e esclarecidas quando necessário	78	21	
Os exemplos utilizados foram ilustrativos e relevantes aos conceitos principais	68	32	
A visita do Conselho Tutelar auxiliou a compreensão melhor do fenômeno da violência	47	36	17
A visita da Equipe Técnica do Judiciário auxiliou a compreensão melhor do fenômeno da violência*	60*	40*	
O curso permitiu estabelecer a relação entre os conceitos e o cotidiano profissional, possibilitando aplicá-los	52	48	
Houve sequência no desenvolvimento do assunto, facilitando o entendimento.	57	43	
Sua expectativa em relação ao curso foi satisfeita	53	47	

* Encontro avaliado somente pelo grupo A (n=10)

As avaliações qualitativas apresentadas por escrito no *Questionário de Avaliação do Curso* foram separadas em duas categorias: opinião sobre a capacitação e opinião sobre a pesquisadora e seguem abaixo.

a) Opinião sobre a capacitação:

- “A formação foi de grande valor para a aprendizagem e o conhecimento. Foi uma grande conquista para a equipe.” (PA11)
- “O curso que tivemos foi muito satisfatório, nos abriu um campo de visão no qual, às vezes, algumas coisas nos passavam despercebidas.” (PA7)
- “Gostei ajudou a esclarecer muitas dúvidas e equívocos na minha vida e no meu trabalho.” (PA6)

- *“Gostaria de dizer que com esta capacitação vai ser um diferencial no meu trabalho”* (PB1)
- *“Acho que esta capacitação deveria ser estendida em toda área da saúde, mas também na área da educação que tem um contato mais direto com as crianças e adolescentes, porém não conseguem na maioria das vezes atuar efetivamente na questão”.* (PB3)
- *“Esta capacitação foi muito produtiva, aprendi bastante, ficou bastante claro em relações as decisões a serem tomadas.”* (PA5)
- *“Foi muito proveitoso e satisfatório, pois esclareceu muitas as dúvidas e capacitou para podermos agir de forma correta e proteger a vítima.”* (PA10)

As opiniões sobre a capacitação demonstram que o curso possibilitou o esclarecimento de dúvidas e levou a reflexões sobre a atuação do profissional em casos já atendidos, permitindo uma nova posição em casos futuros. Ademais, as opiniões sobre a pesquisadora indicam que foi fundamental a inserção no cotidiano das equipes, na medida do possível, de tal forma que os participantes pudessem ver na pesquisadora e no grupo de pesquisa que ela está inserida, uma parceria para o enfrentamento da violação de direitos da criança e do adolescente.

b) Opinião sobre a pesquisadora:

- *“A capacitadora foi de grande valia para a equipe.”* (PA2)
- *“Parabéns pela coragem e disponibilidade e principalmente paciência, Deus te abençoe muito, beijos!”* (PA10)
- *“Aluna Thais é uma graça, inteligente, profissional e a considero da equipe.”* (PA5)

Os motivos apresentados nos instrumentos de modo geral para a não notificação corroboraram a literatura quanto à descrença no Conselho Tutelar (BRAZ; CARDOSO, 2000), desconhecimento sobre atuação do Sistema Judiciário (THEODORE; RUNYAN, 2006), falta de informações básicas que permitam identificar a violência, peculiaridades de cada caso que são influenciadas por fatores de ordem pessoal dos profissionais e pelas próprias estruturas dos serviços, na maioria insuficientes (GOMES ET AL., 2002);

infra-estrutura insuficiente e sobrecarga de trabalho dos profissionais e por fim, a ameaça do agressor aos profissionais, medo de retaliação por morarem na mesma comunidade (GONÇALVES ; FERREIRA, 2002).

Após a capacitação alguns desses fatores não foram alterados (e nem poderiam ser) como a sobrecarga de trabalho e falta de infraestrutura, mas pela avaliação positiva feita pelos participantes quanto à visita do Conselho Tutelar e da Equipe Técnica do Judiciário pode-se dizer que houve mudança quanto a descrença no Conselho Tutelar e o desconhecimento sobre atuação do Sistema Judiciário. Sobre a falta de informações básicas que permitam identificar a violência também são observadas mudanças, principalmente nas avaliações como: “*A formação foi de grande valor para a aprendizagem e o conhecimento. Foi uma grande conquista para a equipe.*” (PA11) e “*O curso que tivemos foi muito satisfatório, nos abriu um campo de visão no qual, às vezes, algumas coisas nos passavam despercebidas*” (PA7).

4.5 Efeito do curso no comportamento de notificar dos participantes

Para se ter uma medida do efeito do curso no comportamento de notificar dos participantes, foram analisados os prontuários de casos novos registrados no Conselho Tutelar correspondentes ao ano anterior à capacitação, durante e após a capacitação. Houve um total de 1424 prontuários no Conselho Tutelar referentes a casos novos no ano de 2009 e 1477 prontuários referentes a casos novos em 2010.

O Grupo A apresentou uma denúncia ao Conselho Tutelar após a capacitação e esse mesmo grupo no ano anterior não havia feito qualquer notificação. A notificação feita pelo grupo A foi utilizada a ficha de notificação apresentada na capacitação com um documento da equipe citando o contato telefônico feito no dia anterior e a declaração de ausência de hímeme de uma criança de 5 anos. Este caso chegou por um atendimento de rotina no acompanhamento da mãe, que estava gestante. A usuária relatou à enfermeira que sua filha estava diferente e que achava que o tio poderia estar fazendo com a filha o mesmo que fizera com a mãe na sua infância. Na ocasião, a enfermeira telefonou para o LAPREV pedindo orientações de como proceder. Na verdade todo o procedimento sugerido (notificar ao Conselho Tutelar) já havia sido feito pela equipe do PSF. O único registro feito pelo Conselho Tutelar no prontuário com data de quatro meses após a notificação foi de que houve encaminhamento para o serviço de psicologia especializado.

O grupo B iniciou o estudo com ausência de notificações ao Conselho Tutelar, porém antes da capacitação (enquanto o grupo A recebia a capacitação), o grupo B apresentou uma notificação. Trata-se de um caso de uma criança de 9 meses, do sexo feminino, que foi levada à Unidade Saúde da Família pela tia que solicitava atendimento porque a bebê estava com uma assadura na região genital. Dois profissionais analisaram a criança separadamente e verificaram que a região genital não estava com assadura e sim, edemaciada e avermelhada, sinalizando possível violência sexual. Para ambos os profissionais a tia afirmou que suspeitava do padrasto da criança como sendo o agressor e por isso havia trazido a criança para atendimento.

O caso foi notificado ao Conselho Tutelar e no prontuário foi anexada uma carta de próprio punho do médico responsável indicando que a hipótese diagnóstica era abuso sexual. Além desta carta, havia o registro de um atendimento da mãe da criança realizado pelo Conselho Tutelar que foi registrar uma queixa contra o médico da Unidade Saúde da Família, relatando que tal profissional visava prejudicar a família da usuária com tal diagnóstico. Por relatos da equipe, pois não havia documentos no prontuário, a criança foi encaminhada ao Instituto Médico Legal para fazer exame de corpo do delito, mas o perito afirmou que *“por não haver rompimento de hímem não podia ser afirmado que houve violência sexual”*. A família mudou de bairro e não mais procurou atendimento. No primeiro encontro da capacitação com o grupo B o caso foi narrado e a situação foi avaliada pela equipe como exemplo de que a Rede de Proteção era falha, mesmo quando o profissional cumpria seu papel não havia garantias de que o caso teria a resolução adequada, sendo esse ponto discutido com frequência ao longo do curso. Tal caso ilustra bem as dificuldades e carências da Rede de Proteção e como é difícil a culpabilização do agressor na realidade do Município (WILLIAMS, 2009). Ademais, faz-se necessário constante capacitação todos os órgãos envolvidos, inclusive os peritos do Instituto Médico Legal, no tocante a emissão de laudos sobre abuso sexual.

Após a capacitação houve o registro de mais uma notificação feita pelo grupo B, o que pode indicar que a intervenção ajudou a superar essa experiência negativa. Pode-se hipotetizar, inclusive, que na ausência de capacitação o grupo B poderia ter cessado de fazer notificações. O caso notificado após a capacitação solicitava o acompanhamento de uma criança que ficaria sozinha porque sua mãe seria internada por ter ingerido grande quantidade de medicamento, estando assinado pelo médico da equipe.

Há possivelmente outro problema relativo a notificações no Conselho Tutelar. No encontro em que um conselheiro tutelar convidado visitou o grupo B, os participantes relataram cinco casos (envolvendo dois casos de adolescentes com envolvimento com drogas, um caso de negligência e dois casos de violência física). O conselheiro anotou nomes e endereços dos cinco casos, informando que iria encaminhá-los aos demais membros do Conselho Tutelar. Não foram encontrados registros nos prontuários de tais casos, entretanto, não se pode afirmar que providências não foram tomadas, pois poderiam ser casos “antigos”.

Apesar do reduzido número de notificações realizadas pelos grupos após a capacitação, as notificações feitas podem ser consideradas qualitativamente um avanço importante como efeito da capacitação, pois muitas foram as dificuldades enfrentadas para isto. Para Galvão e Dimenstein (2009), os principais frutos da notificação são: viabilizar um sistema de registro com informações mais fidedignas, particularmente no que se refere a um tipo de dados não contemplados nos sistemas já em uso, e possibilitar a verificação se o atendimento às vítimas está sendo incorporado às rotinas institucionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Apesar disso, ter um registro sistemático de dados não fornece quaisquer garantias acerca de seu uso ou potencial. Os dados em si não tem utilidade se não servirem para embasar ações e políticas concretas em nível local. É igualmente conhecido que só a notificação não garante que o atendimento esteja incorporado à rotina da unidade. Há um risco de que um profissional preencha a ficha, como se preenche um documento qualquer, e depois se desresponsabilize ou não se envolva mais com aquela situação, ao cumprir “seu papel” (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009). Porém, acredita-se que uma capacitação continuada adicionada a um suporte técnico possa diminuir tal risco, pois permite ponderação sobre o caso, além de adicionar novos elementos para a análise dele como, por exemplo, identificar os fatores de risco e proteção.

A análise dos prontuários permitiu verificar o quão fragilizado o Conselho Tutelar pode estar. Apesar da alta demanda de casos novos, 70% destes estavam relacionados ao excesso de faltas nas escolas e solicitações de vagas em creches/escolas. Ademais, é impossível pensar que uma cidade de aproximadamente 220 mil habitantes possa comportar um Conselho Tutelar com apenas cinco conselheiros, embora há a previsão de implantar mais um Conselho Tutelar no município. Uma questão urgente consiste em revisar o modo de trabalho deste órgão para que outros casos como os aqui

narrados possam ser verificados com maior rapidez e eficácia, de forma a proteger a criança, conforme diz a lei.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visando responder sobre quais os elementos e estratégias mais eficazes deveriam compor uma capacitação, este trabalho permitiu reflexões sobre a aplicabilidade das diretrizes apresentadas na literatura que estão relacionadas à capacitação de profissionais de saúde sobre a violência contra crianças e adolescentes.

O objetivo deste trabalho foi o de sensibilizar profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) sobre a violência contra crianças e adolescentes por meio de uma capacitação. A escolha destes profissionais foi feita com base na literatura que aponta que capacitar com uma equipe como um todo é mais eficiente do que capacitar apenas uma classe profissional (REECE; JENNY, 2005).

Por trabalhar com equipes já formadas muitos desafios tiveram que ser superados como, por exemplo, a inserção da pesquisadora nas equipes e a presença flutuante dos profissionais nos encontros por motivos diversos.

Os resultados indicaram que ocorreram mudanças de opinião e atitudes frente à temática da violência. Do ponto de vista quantitativo, os resultados não foram robustos o quanto esperados. Uma possibilidade para tais resultados quantitativos seria a de que os instrumentos utilizados não foram sensíveis a mudanças, sendo, portanto, necessário o investimento na construção de questionários com escalas psicométricas, testados em grande escala, para munir essa área de pesquisa que tem carências de instrumentos.

Do ponto de vista qualitativo, com base nas avaliações dos participantes, os resultados foram muito encorajadores. Adicionalmente houve uma sistemática geral de envolvimento com o Conselho Tutelar, mais do que antes.

A necessidade da capacitação que é apontada na literatura tende a produzir resultados positivos, pois ocorreu a sensibilização esperada dos profissionais após realização do curso conforme afirmaram Leite e colaboradores (2006). A pronta receptividade das equipes na aceitação do curso atenta para a carência de cursos desse tema na área da saúde, bem como a alta motivação dos participantes.

A formulação do curso visava inicialmente um aprofundamento nas questões sobre violência. Entretanto, os dados dos questionários de pré-intervenção confirmaram que havia uma lacuna sobre o tema e, dessa forma, conceitos básicos, como, por exemplo, especificar que humilhar a uma criança corresponde à violência psicológica, tiveram que ser trabalhados com toda equipe. Isso pode ter despertado atenção para

casos que não eram considerados maus-tratos e se eram, não havia uma ação diferenciada de como comunicar o Conselho Tutelar, além do cuidado médico cabível.

Um aspecto que deve ter contribuído para a boa avaliação deste curso foram as visitas do Conselho Tutelar e equipe técnica da Vara da Infância e Juventude. Tais visitas demandaram flexibilidade e persistência da pesquisadora para conseguir os encontros. Houve um fortalecimento no trabalho com esses órgãos pelo fato da equipe obter uma referência nesses órgãos e estabelecer um diálogo favorável, diminuindo as impressões negativas. Os profissionais após tais visitas fizeram afirmações como “*agora entendi como funciona o Conselho Tutelar, foi muito esclarecedor*” (PI1) e “*Deu para ter noção de como é difícil trabalhar lá*” (PI6).

A indicação de Reece e Jenny (2005) para trabalhar com a equipe como um todo a fim de diminuir a disparidade de conhecimento dos profissionais de saúde que atuam na mesma instituição é possível e fortalece o vínculo entre a equipe. Segundo relato dos participantes, as discussões de casos suspeitos de maus tratos eram embasadas de forma melhor e um profissional poderia apoiar o outro na tomada de decisão.

Foi isso que aconteceu no intervalo do quarto para o quinto encontro no grupo A, quando uma criança de nove anos, com uma grave infecção de ouvido, solicitou atendimento médico, estando desacompanhada. O médico e um agente comunitário de saúde, que tinha bom vínculo com a criança, questionaram-se quanto à situação que a criança se encontrava, principalmente porque não poderia fornecer medicamento a ela e, segundo relato de vizinhos, a mãe estava sob efeito de drogas. Além da providência de fazer uma visita domiciliar para averiguar quem poderia se responsabilizar pelo cuidado da criança, a equipe acionou o Conselho Tutelar, tendo o médico como representante. Além disso, a Equipe entrou em contato com a escola e juntos formularam um plano de cuidado integral para a criança e a família, ao mesmo tempo em que aguardavam providência do Conselho Tutelar. Isso ilustra uma rede se articulando em prol daquela criança, como deve ser feito.

No encontro de follow up, a mesma equipe contou que três profissionais fizeram uma reunião com a conselheira responsável pelo caso e que a abordagem feita por ela com a família não havia sido adequada (ameaçou retirar a guarda) e, assim, a família passou a evitar a equipe por um período. A abordagem que a conselheira aparentemente deu para o caso foi considerada “simplista” pela equipe que tinha dados mais consistentes sobre a família, inclusive sugeriram à conselheira possíveis tutores para o menor. Este caso é emblemático quanto à questão de comunicação e formação dos

envolvidos na Rede de Proteção. Segundo o médico da equipe “*na prática a teoria ficou outra*”.

É importante observar que qualquer informação relevante para o caso possa ser compartilhada com o Conselho Tutelar, uma vez que os profissionais de saúde tem certa aproximação da família e isso não significa colocar-se em risco. Deve-se lembrar que a vivência próxima deste ponto da rede facilita o trabalho do outro ponto, fortalecendo a ambos.

Ao mesmo tempo, o curso incentivou um dos participantes do grupo A a ser um representante da área da Saúde na RECRIAD (Crianças e Adolescentes em Rede), um sistema municipal que pretende interligar todos os programas e projetos de atenção e proteção à criança e ao adolescente, desenvolvido por meio de uma parceria entre a Prefeitura, Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Fundação Telefônica e Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

Destaca-se a influência da própria história pessoal de cada participante no atendimento a possíveis vítimas. Um profissional alegou no terceiro encontro que: “*o encontro passado (sobre os tipo de violência) o fez refletir sobre sua criação, sempre com tapas e gritos e que isso não era necessário*” (PA12), outra participante relatou que a tia que a criara batia sua cabeça contra a parede, caso não executasse bem o serviço de casa e que os primos tentaram estuprá-la. Estes relatos foram feitos perante a equipe e foi acordado que essas revelações demandavam confiança na equipe, sendo que seria uma atitude antiética comentar sobre o assunto em qualquer outro contexto.

Outro relato foi de uma participante que perguntou à pesquisadora, em particular, se um adulto passar a mão de um jeito diferente no seio (ainda que se tratasse de uma criança em desenvolvimento) poderia ser considerado um tipo de abuso. A pesquisadora afirmou que sim e a participante revelou que isso acontecera entre ela e um tio, e que na época contara aos pais, que romperam relações com o tio e até hoje a profissional tinha “nojo” ao lembrar dessa situação. Outra revelação, também em particular, envolveu a violência que a mãe da outra participante sofrera em casa por parte do pai e como fora crescer nesse ambiente conturbado e, ainda, o quanto ela queria que a vida de seus filhos fosse diferente.

Yoshihama e Mills (2003) examinaram a história pessoal de profissionais e sua influência sobre as respostas profissionais para as acusações de violência doméstica. Verificaram que cerca de metade dos profissionais (n = 303) relataram ter sofrido

violência física e/ou sexual por parceiro íntimo, um terço dos entrevistados relataram abuso físico na infância e 22% sofrido abuso sexual durante a infância também. Os profissionais que tinha tal histórico se identificavam mais com os casos atendidos e davam maior apoio tomando decisões protetivas com maior frequência. Esse aspecto não foi explorado na pesquisa por meio de questionários, mas os relatos de dois participantes de cada grupo que apresentavam histórico de castigo corporal, violência sexual e psicológica indicam que havia vítimas de violência. Em pesquisas futuras seria interessante investigar essa variável e correspondê-las às opiniões que se tem sobre o papel do profissional de saúde.

A ênfase dada à necessidade de educação continuada e não pontual (REECE; JENY, 2005; LEITE ET AL., 2006) é válida uma vez que tendo esse curso a duração total de cinco meses (dez encontros quinzenais, em semanas alternadas) possibilitou reflexão entre os participantes e uma mudança de discurso, crenças e atitudes quanto aos maus-tratos. A inclusão do curso na rotina de trabalho dos profissionais incentivou a discussão da ocorrência dos maus-tratos no cotidiano profissional, no enfrentamento de casos suspeitos e/ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Lane e Dubowitz (2009) afirmam que a experiência prática clínica é fundamental para o desenvolvimento das competências e conforto para a realização de avaliações de violência contra criança e adolescente. Dessa forma, um breve treinamento pode não ser satisfatório para criar os conhecimentos necessários para a avaliação completa e tratamento de crianças com suspeita de maus-tratos. Contudo, o objetivo desta pesquisa de sensibilizar os profissionais para o tema foi atingido, mas não será o suficiente para garantir os direitos da criança e adolescente, uma vez que o restante da Rede de Proteção tem lacunas sérias.

Adicionalmente, Lane e Dubowitz (2009) verificaram a necessidade de uma assistência especializada, que é pertinente também para este estudo, uma vez que, feita a comparação entre os grupos após a capacitação, foi apontado que uma equipe interdisciplinar seria melhor para a avaliação de casos de abuso sexual e negligência.

Mesmo com ações como a RECRIAD, é imprescindível a criação de equipes que possam assessorar a área da Saúde para embasar tomadas de decisões e ter a Universidade como suporte para tais equipes. Sugere-se um modelo que a área da Educação adotou no município após capacitação dos professores para a temática. Há uma equipe inserida na Secretaria da Educação composta por psicóloga, pedagoga e psicopedagoga que atende as escolas quando solicitada e auxilia na tomada de decisão

dos casos, criando respaldo necessário e fortalecendo os profissionais a cumprirem seu papel. Uma proposta seria que as equipes especializadas estivessem inseridas nos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no formato de apoio matricial para auxiliar a discussão de casos, tomada de decisão, pois quanto mais profissionais envolvidos, maior a garantia dos direitos das vítimas. Pretende-se sistematizar os dados do presente estudo e apresentá-los à Secretaria Municipal de Saúde com tais propostas.

Outra possibilidade seria a ampliação do curso incluindo encontros aprofundados para cada tipo de violência assim como foi a proposta de Brino e Williams (2003) cujo assunto foi o abuso sexual, pois cada tipo de violência acarreta demandas específicas. Porém, vale refletir até que ponto seria papel do profissional de saúde ser especializado nos tipos de violência. Ademais, este curso tinha o objetivo de dar um panorama geral do fluxo de atendimento para que o profissional de saúde compreendesse qual o seu papel, o que lhe cabe fazer.

As recomendações quanto ao treinamento sobre o contexto ecológico dos maus-tratos para entender os fatores de risco e proteção (REECE; JENNY, 2005) são bastante apropriados para o contexto do Programa Saúde da Família, pois visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Outro aspecto a ser considerado foi a inserção da pesquisadora na rotina das equipes. Mesmo sendo o tempo da capacitação correspondente a um terço do tempo total, a mesma permanecia durante toda a reunião e foi possível observar como as equipes conseguiam refletir sobre sua própria prática a cada encontro. A formação deles como equipe pode ter facilitado o processo e o nível de comprometimento com o curso.

Uma semana após o encerramento do curso, o médico da equipe A telefonou para o LAPREV em busca de informações sobre um caso atendido pelo laboratório com o intuito de mobilizar os diversos serviços envolvidos no caso. Três dias depois, a enfermeira ligou novamente para esclarecer uma dúvida sobre um caso de abuso sexual de uma criança de cinco anos. Nota-se naquele exemplo que a equipe havia cumprido o protocolo previsto e o que restava era aguardar ações dos outros serviços. No grupo B foi observado no encontro com o Conselho Tutelar o levantamento de casos possíveis de notificação, após saberem como poderia ser a abordagem, apesar de não haver registro dos casos nos prontuários analisados.

Durante o curso, no grupo A, foi programado um dia de ações de prevenção à saúde feminina para comemorar o Dia Internacional da Mulher, e a pesquisadora foi

convidada pelo grupo A a dar uma palestra sobre violência contra mulher. Em parceria com a residente em Assistência Social, foi realizada uma roda de conversa com mulheres do próprio bairro que foram vítimas de violência e outras que estavam nessa situação. Esse foi um desdobramento importante da pesquisa, pois permitiu aprofundar a discussão sobre a violência contra mulher ligada à violência contra criança e adolescente.

Conclui-se que a capacitação de profissionais de saúde para identificar e comunicar à autoridade competente casos de violência contra crianças e adolescentes, com base em pesquisas consistentes, pode ser eficiente para o objetivo proposto e, seria de suma importância, aplicá-las como Política Pública voltadas à capacitação do Programa Saúde da Família para melhorar o atendimento à população e, principalmente, prevenir a violência.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde.** (2ª ed.) Petrópolis, RJ: Autores ; Agentes ; Associados. 1997.
- ALGERI, S. A violência infantil na perspectiva do enfermeiro: uma questão de saúde e educação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 308-315. 2005.
- ASSIS, S.G.; EISENSTEIN, E. **Pistas para identificação de abusos contra crianças e adolescentes.** In: *Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente.* L. C. A Williams; R.C. Padovani; E.A.C. Araújo; A. C. Stelko-Pereira; G. R. Ormeño ; E. Eisenstein (Orgs). São Carlos: LAPREV. 2009.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.; BEZERRA, R.C. **Atenção primária à saúde e a Estratégia Saúde da Família.** In: Campos, G. W. de S.; Minayo, M.C.de S.; Akerman, M.; Drumond Júnior, M.; Carvalho, Y. M. de. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; p. 783-836. 2006.
- BANNWART, T.H.; BRINO, R.F. As dificuldades enfrentadas na identificação e notificação de casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 2, p. 138-145. 2011.
- BAZON, M.R. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. **Ciência ; Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1110-1127. 2007.
- BRASIL, CONGRESSO. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** São Paulo: Editora Escala. 1990
- BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 91-97. 2000.
- BRINGIOTTI, M. I. **La escuela ante los niños maltratados.** Buenos Aires: Editorial Paidós. 2000.
- BRINO, R.F.; WILLIAMS, L.C.A. Capacitação do educador acerca do abuso sexual infantil. **Interação em Psicologia**, v.7 , n. 2, p. 1-10. 2003.
- BRINO, R. F. **Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil: avaliação de um programa de capacitação.** Tese (Doutorado em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos. 2006.
- BRINO, R.F.; WILLIAMS, L.C.A. Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. **Educação e Realidade**, v. 2, p. 209-230. 2008.

- BRINO, R.F.; WILLIAMS, L.C.A. **A Escola como agente de prevenção do abuso sexual infantil**. 1a. ed. São Carlos: Suprema. 208 p. 2009.
- CEIIAS; IESC; ISPCAN; LAPREV. **Abuso, maus tratos e proteção à criança e ao adolescente** [CD] 2009.
- CEREZO, M. A.; PONS-SALVADOR, G. Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school professionals. **Child Abuse ; Neglect**, v. 28, p. 1153–1169. 2004.
- COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em Ciências do Comportamento**. São Paulo: Atlas. 2003.
- CUNHA, J.M., ASSIS, S.G.; PACHECO, S.T.A. A enfermagem e a atenção à criança vítima de violência familiar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 4, p. 462-465. 2005.
- DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” **Ciência ; Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p. 81-94. 1999.
- DIGIULIO, A.; HUSTON, A. **Marcas do Silêncio** [filme]. PlayArte Home Video Distribuidora. 1996.
- FERREIRA, A.L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, v. 81 (supl. 5), p. 173-180. 2005.
- GALVÃO, V. A. B. M.; DIMENSTEIN, M. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. **Mental**, v. 7, n. 13. 2009.
- GIUSTO, R.O.; BRINO, R. F. Agentes Comunitários de Saúde e suas concepções sobre família e violência: conhecer para capacitar. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) Universidade Federal de São Carlos. 2010.
- GOMES, R.; JUNQUEIRA, M. F. P. S.; SILVA, C. O. ; JUNGER, W. L. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência ; Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 275-283. 2002.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319. 2002.
- HAZZARD, A.; RUPP, G. A note on the knowledge and attitudes of professional groups toward child abuse. **Journal of Community Psychology**, v. 14, p. 219-223. 1986.
- HAERINGEN, A.R.V.; DADDS, M.; ARMSTRONG, K. L. The child abuse lottery: will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. **Child Abuse and Neglect**, v. 22, n. 3, p. 159-169. 1998.

- HIDALGO, N.T.R.; GAWRYSZEWSKI, V.P. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes (Guia para os profissionais de saúde)** - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 1ª ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2004.
- IOSSI, M.A. **O envolvimento dos profissionais de saúde no município de Guarulhos na assistência às crianças vítimas de violência doméstica: um caminho necessário.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2004.
- JOHN, V.; MESSER, L.B.; ARORA, R.; FUNG, S.; HATZIS, E.; NGUYEN, T.; SAN, A.; THOMAS, K. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. **Australian Dental Journal**, v. 44, n. 4, p. 259-267. 1999.
- LANCMAN, S.; GHIRARDI, M.I.G.; CASTRO, E.D.; TUACEK, T.A. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 682-688. 2009.
- LANE, W. G.; DUBOWITZ, H. Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? **Child Abuse ; Neglect**, v. 33, p. 76-83. 2009.
- LEITE, C.N.; OLIVEIRA, R.K.F.; CAMERINI, M.B.; RAMOS, C.; MOSCARDINI, A.C. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 22-26. 2006.
- LIDCHI, V.G. **Fatores de risco e proteção: modelo ecológico do abuso de crianças e adolescentes.** In: Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente. L. C. A Williams; R.C. Padovani; E.A.C. Araújo; A. C. Stelko-Pereira; G. R. Ormeño ; E. Eisenstein (Orgs). São Carlos: LAPREV. 2009
- LUNA, G.L.M.; FERREIRA, R.C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciência ; Saúde Coletiva**, v. 15 , n. 2, p. 481-491. 2010.
- MINAYO, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência ; Saúde Coletiva**, v. 11 (Sup), p. 1250-1267. 2007.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde. 1997.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde. 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). **Relatório mundial sobre saúde e violência.** In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi ; R. Lozano (Eds.) Abuso infantil e negligência por pais e outros cuidadores (pp. 57-81). Genebra. 2002.

- PASCOLAT, G.; SANTOS, C. F.L.; CAMPOS, E. C.R.; VALDEZ, L.C.O.; BUSATO, D.; MARINHO, D.H. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, v. 77, n. 1, p. 35-40. 2001.
- PIRES, A. L.D. ; MIYAZAKI, M. C.O.S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42 – 49. 2005.
- PRADA, C.G.; WILLIAMS, L.C.A. Efeitos de um programa de práticas educativas para monitoras de um abrigo infantil. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 9, n. 1, p. 63-80. 2007
- PROMUNDO ; SAVE THE CHILDREN. *Era uma vez uma família*. [disponível em DVD]. 2007.
- REECE, R.M.; JENNY, C. Medical training in child maltreatment. **American Journal of Preventive Medicine**, v.29 (5S2). 2005.
- ROSSI, D. **Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes: Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas SP**. Tese (Doutorado em Ciências Médicas). Universidade Estadual de Campinas. 2004
- SILVA, J. M. D. **Capacitação de conselheiros tutelares: instruir para aprimorar**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial). Universidade Federal de São Carlos. 2004.
- SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões dentistas de Blumenau – SC. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 5, n. 2, p. 119-126. 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência** (2ª ed.) Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ENSP / CLAVES/ Ministério da Justiça/ Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. 2001.
- SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v.8, n. 3, p. 515-523. 2003.
- THEODORE, A. D.; RUNYAN, D. K. A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. **Child Abuse ; Neglect**, v. 30, p. 1353-1363. 2006.
- WARNER-ROGERS, J.E.; HANSEN, D.J.; SPIETH, L.E. The influence of case and professional variables on identification and reporting of physical abuse: a study with medical students. **Child Abuse ; Neglect**, v.20, n. 9, p. 851-866.1996.

- WILLIAMS, L. C. A.; GALLO, A. E.; MALDONADO, D. A.; BRINO, R. F.; BASSO, A. F. T. Oficina de psicologia para policiais da Delegacia da Mulher. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 2, n. 2, p. 103-119. 2000.
- WILLIAMS, L.C.A. Introdução ao estudo do abuso sexual infantil e análise do fenômeno no Município de São Carlos. Em: L.C.A. WILLIAMS ; E.A.C. ARAÚJO (Orgs). **Prevenção do abuso sexual infantil: Um enfoque interdisciplinar**. (pp.21-40). Curitiba: Juruá Editora.2009.
- WILLIAMS, L. C. A.; PADOVANI, R.C.; ARAÚJO, E.A.C.; STELKO-PEREIRA, A. C.; ORMEÑO, G. R.; EISENSTEIN, E. (Orgs). **Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente**. São Carlos: LAPREV.20099.
- WILLIAMS, L. C. A. ; STELKO-PEREIRA, A. C. ; ARAUJO, E. A. C. ; ORMEÑO, G. R. ; BRANCALHONE, P. G. ; LOPES, N. R. L. ; BRINO, R. DE F. ; DAFFONSECA, S. M. Capacitação de professores para o enfrentamento de situações de maus-tratos contra a criança e o adolescente. In: VII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, 2009, Rio de Janeiro. **Anais do VII Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento**, p. 489-491. 2009.
- YOSHIHAMA, M.; MILLS, L. When is the personal professional in public child welfare practice? The influence of intimate partner and child abuse histories on workers in domestic violence cases. **Child Abuse ; Neglect**, v. 27 n. 3, p. 319–336. 2003.

ANEXO 1 – Questionário sobre casos hipotéticos



Questionário sobre casos hipotéticos¹

Identificação (Nome): _____

Sexo () F () M Idade: _____

Tempo de experiência profissional: _____ Profissão: _____

- Por favor, preencher com letra legível e de forma.
- Essas vinhetas ilustram casos hipotéticos e os nomes são fictícios.

Parte 1

Situação 1

Carlinha, com 2 anos de idade chegou à Unidade de Saúde trazida pela mãe e é recebida por você. A criança chora sem parar e a mãe parece não lhe dar atenção, apenas lhe diz que acha que a filha caiu da escada e pede um médico. Você percebe que Carlinha está muito magrinha e suas roupas estão sujas.

O médico examina a criança que continua chorando e pergunta a mãe o que houve com a filha. A mãe responde que acha que ela caiu da escada, pois o filho mais velho de 6 anos não cuidou dela direito. O médico constata que Carlinha tem uma luxação no ombro e parece desnutrida, por isso deixa a criança em observação.

1) O que você faria diante desta situação?

2) Quais as possíveis dificuldades que você enfrentaria ao tomar providências em relação a situação de Carlinha?

¹ Bannwart, T.H. (2008). As dificuldades enfrentadas na identificação e notificação de casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. Monografia. Universidade Federal de São Carlos. Instrumento adaptado para uso interno e exclusivo do LAPREV – Laboratório de Análise e Prevenção da Violência. UFSCAR

Situação 2

Júnior de 5 anos de idade chega ao acolhimento junto com os pais Luiz e Juliana. Juliana parece muito nervosa e quase chora ao falar com você. Ela relata que o filho está com fortes dores no estômago, não aceita nenhum tipo de alimento e está muito apático. Os pais relatam que Júnior começou a apresentar esses sinais depois que voltou da escola. Você encaminha Júnior para atendimento com a enfermagem e você acompanha o procedimento. Durante o exame é notado que Júnior não consegue se sentar, parece incomodado, mas não reage e nem responde a nenhuma pergunta feita e foi observado também umas feridas na região do ânus da criança.

- 1) O que você faria se estivesse nesta situação?

- 2) Quais as possíveis dificuldades que você enfrentaria ao tomar providências em relação a situação de Júnior?

Parte 2

- 1) Que tipo de dificuldade você encontra no encaminhamento de uma suspeita de maus-tratos aos órgãos competentes para notificação e denúncia de casos de

maus-tratos (por exemplo, Conselho Tutelar, Juizado da Infância e da Juventude, Secretaria Municipal da Saúde)?

2) Qual foi seu contato com esse tema durante a sua formação?

3) Quais as conseqüências que você acha que podem acontecer diante de atitudes que você venha a tomar em casos de suspeita de maus-tratos?

ANEXO 2 - Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra
Crianças e Adolescentes na Atenção Básica



LAPREV
Laboratório de Análise e Prevenção da Violência
Universidade Federal de São Carlos
Departamento de Psicologia
Caixa Postal 676 13.565-905 São Carlos - SP
Fone: (16) 3351-8745 Fax: (16) 3351-8357

Escala sobre Avaliação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes na Atenção Básica ¹

Por favor, preencha de acordo com o seu nível de concordância em relação as seguintes sentenças, fazendo um X na resposta que mais se aproxima da sua opinião.

	Concordo muito	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo muito
1. Eu acho que os profissionais da Atenção Básica deveriam ser capacitados para avaliar aspectos médicos da suspeita de abuso físico.					
2. Eu acho que os profissionais da Atenção Básica deveriam ser capacitados para avaliar aspectos médicos da suspeita de abuso sexual.					
3. Eu acho que os profissionais da Atenção Básica deveriam ser capacitados para avaliar aspectos médicos da suspeita de negligência.					
4. Seria melhor para a criança se os aspectos médicos da suspeita de abuso físico fossem avaliados por um especialista nesse tema.					
5. Seria melhor para a criança se os aspectos médicos da suspeita de abuso sexual fossem avaliados por um especialista nesse tema.					
6. Seria melhor para a criança se os aspectos médicos da suspeita de negligência fossem avaliados por um especialista nesse tema.					
7. Eu me sinto competente em avaliar crianças com suspeita de abuso físico.					
8. Eu me sinto competente em avaliar crianças com suspeita de abuso sexual.					
9. Eu me sinto competente em avaliar crianças com suspeita de negligência.					
10. Eu gostaria de mais capacitação sobre a avaliação de crianças com suspeita de abuso físico.					
11. Eu gostaria de mais capacitação sobre a avaliação de crianças com suspeita de abuso sexual.					

¹Lane, W.G. ; Dubowitz, H. (2009) Primary care pediatricians' experience, comfort and competence in the evaluation and management of child maltreatment: Do we need child abuse experts? *Child Abuse ; Neglect*, ,33 (2), 76-83. Uso autorizado pelos autores. Tradução de Thais H. Bannwart e Lúcia C.A. Williams. Para uso interno do LAPREV. UFSCar.

	Concordo muito	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo muito
12. Eu gostaria de mais capacitação sobre a avaliação de crianças com suspeita de negligência.					
13. Eu não tenho tempo na rotina do meu trabalho para fazer uma avaliação de um caso de suspeita de abuso físico.					
14. Eu não tenho tempo na rotina do meu trabalho para fazer uma avaliação de um caso de suspeita de abuso sexual.					
15. Eu não tenho tempo na rotina do meu trabalho para fazer uma avaliação de um caso de suspeita de negligência.					
16. Eu preferiria encaminhar a maioria dos casos de suspeita de abuso físico para um especialista.					
17. Eu preferiria encaminhar a maioria dos casos de suspeita de abuso sexual para um especialista.					
18. Eu preferiria encaminhar a maioria dos casos de suspeita de negligência para um especialista.					
19. Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre abuso físico.					
20. Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre abuso sexual.					
21. Sinto-me competente em dar uma opinião definitiva sobre negligência.					
22. Sinto-me capaz em prestar depoimento em casos de abuso físico.					
23. Sinto-me capaz em prestar depoimento em casos de abuso sexual.					
24. Sinto-me capaz em prestar depoimento em casos de negligência.					
25. Conheço a lei envolvida na notificação de abuso/negligência contra criança e adolescente.					
26. Eu sei como notificar um caso de criança que esteja sendo maltratada.					
27. Sinto-me confortável em conversar com as famílias sobre maus-tratos de crianças.					
28. Eu normalmente notifico o Conselho Tutelar se suspeito que uma criança foi abusada.					

	Concordo muito	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo muito
29. Eu normalmente notifico o Conselho Tutelar se suspeito que uma criança foi negligenciada.					
30. Eu sou obrigado(a) pela lei notificar toda criança que eu suspeito que esteja sendo maltratada.					
31. Eu somente notifico o Conselho Tutelar quando tenho certeza de que a criança está sendo maltratada.					
32. Notificar suspeita de maus- tratos geralmente beneficia as famílias.					
33. Os usuários irão parar de me procurar se eu notificar casos de maus-tratos ao Conselho Tutelar.					
34. Ajudaria a preservar a minha relação com a família se o possível caso de maus tratos fosse avaliado por um especialista.					
35. Uma equipe interdisciplinar seria o melhor para uma avaliação no caso de suspeita de abuso físico.					
36. Uma equipe interdisciplinar seria o melhor para uma avaliação no caso de suspeita de abuso sexual.					
37. Uma equipe interdisciplinar seria o melhor para uma avaliação no caso de suspeita de negligência.					

ANEXO 3 - Questionário sobre Violência Intrafamiliar contra
Crianças e Adolescentes



QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES¹

I. Violência Física Doméstica

1.1 Entende-se por violência física doméstica, “qualquer ação não acidental por parte dos pais ou cuidadores que provoque dano físico ou enfermidade ou coloque a criança em risco de vida através de golpes: hematomas; queimaduras; fraturas, inclusive de crânio; feridas ou machucados; mordidas humanas; cortes; lesões internas; asfixia ou afogamento” (Bringiotti, 2000). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência física doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 1.6)

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

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

1.3 Notificou algum órgão responsável?

- (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 1.5)

1.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 2.1)

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

1.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 2.1)

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

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

- (1) Conversaria com o chefe imediato
(2) Conversaria com o pai da vítima
(3) Não se envolveria em problemas familiares

- (4) Teria medo de represálias por parte do agressor
- (5) Não saberia identificar com exatidão
- (6) Conversaria com outro parente da vítima, quem? _____
- (7) Não tomaria conhecimento, pois ficaria com medo de prejudicar a criança
- (8) Conversaria com os colegas
- (9) Conversaria com a mãe da vítima

¹Rossi, D. (2004) Notificação da violência doméstica contra crianças e adolescentes - Procedimentos de profissionais de saúde do setor público de Campinas SP. Tese UNICAMP. Instrumento adaptado por Roselaine Giusto e Rachel de Faria Brino.

1.7 Notificaria algum órgão responsável?

- (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 2.1) (2) não (pule para a pergunta 1.8)

1.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?

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

II. Violência Sexual Doméstica

2.1 “Violência Sexual se configura como uma situação em que a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto ou mesmo de um adolescente mais velho, com base em uma relação de poder que pode incluir desde carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência” (ABRAPIA, 2004). Você já teve alguma suspeita da ocorrência de violência sexual doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

- (1) Sim, uma vez (2) Sim, mais de uma vez (3) não, nunca (pule para a pergunta 2.6)

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

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

2.3 Notificou algum órgão responsável?

- (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 2.5)

2.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 3.1)

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

2.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 3.1)

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

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

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

2.7 Notificaria algum órgão responsável?

- (1) sim, qual? _____ (pule para a pergunta 3.1) (2) não (pule para a pergunta 2.8)

2.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?

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

III. Violência Psicológica

3.1 Entende-se por “comportamento de hostilidade verbal crônica, insultos, depreciação, crítica e ameaça de abandono, intimidação, condutas ambivalentes e imprevisíveis, situações ambíguas na comunicação (dupla mensagem), isolamento, proibição de participar em atividades com os pares, desvalorização da criança, bloqueio das iniciativas de iniciação infantil por parte de qualquer membro adulto do grupo familiar (rechaço das iniciativas de apego, exclusão das atividades familiares, negação de autonomia)” (Bringiotti, 2000). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência psicológica doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

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

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

- (1) Conversou com o chefe imediato
- (2) Conversou com o pai da vítima
- (3) Não tomou conhecimento, pois teve medo de prejudicar a criança
- (4) Não teve medo represálias por parte do agressor
- (5) Não soube identificar com exatidão

- (6) Conversou com outro parente da vítima, quem? _____
- (7) Não se envolveu porque no seu trabalho profissional não entra em problemas familiares
- (8) Conversou com colegas
- (9) Conversou com a mãe da vítima
- (10) Teve medo de represálias por parte da família.

3.3 Notificou algum órgão responsável?

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

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

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

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

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

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

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

3.7 Notificaria algum órgão responsável?

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

3.8 Por quê você não notificaria algum órgão responsável?

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

IV. Negligência Doméstica

4.1 Entende-se por negligência doméstica “situações em que as necessidades físicas básicas da criança (alimentação, higiene, vestimenta, proteção e vigilância em situações potencialmente

perigosas, segurança, cuidados médicos) não são atendidas temporal ou permanentemente, por nenhum membro do grupo que a criança convive” (Bringiotti, 2000). Você já teve alguma suspeita ou presenciou a ocorrência de violência psicológica doméstica contra crianças e/ou adolescentes, no seu local de trabalho?

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

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

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

4.3 Notificou algum órgão responsável?

- (1) Sim, qual? _____ (2) não (pule para a pergunta 4.5)

4.4 Você notificou e: (após responder, pule para a pergunta 5.1)

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

4.5 Por quê você não notificou nenhum órgão responsável? (após responder pule para a pergunta 5.1)

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

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

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

Juiz

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

- (1) Foi atendido imediatamente
- (2) Não foi atendido
- (3) O resultado não atendeu as suas expectativas
- (4) Demorou para ser atendido
- (5) O resultado atendeu as suas expectativas

VII. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e Formação Profissional

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

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

VIII.

Idade das Crianças e ou Adolescentes

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

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

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

ANEXO 4 - Questionário de Avaliação do Curso



LAPREV
 Laboratório de Análise e Prevenção da Violência
 Universidade Federal de São Carlos
 Departamento de Psicologia
 Caixa Postal 676 13.565-905 São Carlos - SP
 Fone: (16) 3351-8745 Fax: (16) 3351-8357

Capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Thais Helena Bannwart

- Questionário de Avaliação do Curso-

Afirmção	Concordo totalmente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo Totalmente
Os conceitos trabalhados foram suficientes, claro, atualizados e relevantes					
As idéias principais foram retomadas, resumidas e esclarecidas quando necessário					
Os exemplos utilizados foram ilustrativos e relevantes aos conceitos principais					
A visita do Conselho Tutelar auxiliou a compreensão melhor do fenômeno da violência					
A visita da Equipe Técnica do Judiciário auxiliou a compreensão melhor do fenômeno da violência					
O curso permitiu estabelecer a relação entre os conceitos e o cotidiano profissional, possibilitando aplicá-los					
Houve sequência no desenvolvimento do assunto, facilitando o entendimento.					
Sua expectativa em relação ao curso foi satisfeita					

Caso queira fazer sugestões, comentários, críticas, utilize o espaço abaixo:

ANEXO 5 - Formulários de notificações ao Conselho Tutelar

Conselho Tutelar de São Carlos - SP

Lei Federal n.º 8.069/90

Lei Municipal n.º 13.839/06



DENÚNCIA

Data: ___/___/___ nº _____/____

Criança/Adolescente(s) _____

Data de Nascimento: ___/___/___ ou idade(s): _____

Endereço: (da denúncia): _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro _____

Ponto de referência: _____

Fone: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: (residência): _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro _____

Ponto de referência: _____

Fone: _____

HISTÓRICO

 Rubrica

Educ. Saúde Ass.Social P.M. NAI C.T. _____ Outros _____

Conselho Tutelar de São Carlos - SP



Lei Federal n.º 8.069/90

Lei Municipal n.º 13.839/06

CADASTRO

Data de abertura: ___/___/___

Ficha nº ___/___

Criança/Adolescente _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Pai: _____ RG _____

Mãe: _____ RG _____

Endereço: _____ nº _____

Complemento: _____ Bairro _____

Ponto de referência: _____

Cidade: _____ Est.: ___ CEP _____

Fone: _____

Escola: _____

Série: _____ Período: _____

Irmãos:

Nome	Ficha nº	DN

Obs.: _____

Rubrica

ANEXO 6 – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
 Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
 Fax: (016) 3361.3176
 CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propp@power.ufscar.br - <http://www.propp.ufscar.br/>

CAAE 1358.0.000.135-09

Título do Projeto: curso de capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de saúde: uma avaliação

Classificação: Grupo III

Procedência: Departamento de Psicologia

Pesquisadores (as): Thais Helena Bannwart, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams (orientadora)

Processo nº: _____

Parecer N.º. 269/2009

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

As pendências apontadas no Parecer nº. 243/2009, de 15 de julho, foram satisfatoriamente resolvidas.


O projeto atende as exigências contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Tutelar.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 4 de agosto de 2009.


 Paulo Roberto dos Santos Ferreira
 Coordenador do CEP/UFSCar

ANEXO 7 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Thais Helena Bannwart, aluna de pós-graduação do programa de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos, orientada pela Profa. Dra. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams convido você para participar do meu trabalho de mestrado, intitulado "Avaliação de um curso de capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais do Programa Saúde da Família".

Estudos mostram que ao lidarem com casos de maus-tratos infantis os profissionais de saúde enfrentam dificuldades relacionadas à lacuna desse tema na formação profissional, reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam familiares, descrença na efetividade dos órgãos competentes como Conselhos Tutelares, experiências negativas anteriores e aspectos pessoais. Outros estudos indicam a necessidade de programas de capacitação para esses profissionais e apontam algumas sugestões sobre o que um programa deveria conter, sua forma, abrangência e níveis profissionais envolvidos com esse público. Desse modo, o objetivo deste trabalho será elaborar, propor e avaliar um curso de capacitação para identificar e notificar maus-tratos contra crianças e adolescentes para profissionais de Equipes Saúde da Família.

Você foi selecionado por que o território em que atua tem maior prevalência de casos de maus-tratos conforme dados do Conselho Tutelar, entretanto sua participação não é obrigatória. Sua participação consistirá em responder a um conjunto de instrumentos e comparecer aos encontros da capacitação e lhe será assegurada a liberdade de aceitar ou não participar, podendo interromper a participação a qualquer momento, sob qualquer condição, sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com a pesquisadora, a UFSCar ou qualquer outra instituição envolvida. Qualquer dúvida quanto aos procedimentos de pesquisa podem ser dirigidas a mim ou minha orientadora a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, e serão esclarecidas. Vale ressaltar que não haverá qualquer tipo de gasto financeiro, mas, caso ocorra, haverá restituição.

O risco relacionado com a participação poderá ser o desconforto frente ao delicado assunto, visto que pode trazer lembranças de experiências vividas ou presenciadas. Se necessário, será feito um encaminhamento ao Laboratório de Análise e Prevenção da Violência da UFSCar, que conta com psicólogos e estagiários capacitados para o atendimento psicológico adequado. Contudo, a

elaboração desse trabalho ocorreu de forma a minimizar a ocorrência de tal desconforto, visando que a capacitação seja um instrumento de auxílio no seu trabalho cotidiano.

Os benefícios que podem decorrer da sua participação na pesquisa podem ser o esclarecimento de questões que a literatura científica levanta, como quais seriam as estratégias mais adequadas para capacitar profissionais de saúde sobre maus tratos infantis visando minimizar as dificuldades dos profissionais de saúde vigentes nesse processo. Além disso, sua atuação no trabalho poderá ser beneficiada com as informações que serão trazidas e as discussões que serão levantadas.

Os dados obtidos por meio dessa pesquisa são confidenciais e sua participação será mantida em sigilo. Além disso, a divulgação dos resultados dessa pesquisa será realizada de forma a evitar a identificação dos participantes.

Você receberá uma cópia desse termo com o nome, o telefone e o endereço das pesquisadoras e poderá entrar em contato quando quiser para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Thais Helena Bannwart
Rua Noruega, 19
Jd. Europa Sorocaba - SP
(15) 3222 8131 ou (15) 8129 0545
thais.psico@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante

ANEXO 8 - Carta – proposta



São Carlos, XXXXXXXX

A/C Equipe Saúde da Família XXXXXX

Proposta de capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Este projeto é uma proposta de Thais Helena Bannwart, mestranda do Laboratório de Análise e Prevenção da Violência (LAPREV), coordenado pela Dra. Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams, Professora Titular do Departamento de Psicologia da UFSCar.

Esta proposta foi elaborada pensando na relação entre a violência e a saúde pública que não se restringe ao número crescente de crianças e adolescentes submetidos a maus-tratos atendidos na rede pública de saúde. Essa relação continua em curto, médio e longo prazo devido às consequências dos maus-tratos, pois as lesões e traumas físicos, sexuais e emocionais sofridos, embora nem sempre fatais, deixam seqüelas por toda a vida.

Estudos mostram que ao lidarem com esses casos os profissionais de saúde enfrentam dificuldades relacionadas à lacuna desse tema na formação profissional, reprodução de padrões culturais no não envolvimento em assuntos que seriam familiares, descrença na efetividade dos órgãos competentes como Conselhos Tutelares, experiências negativas anteriores e aspectos pessoais. Dessa forma, essa capacitação auxiliaria na tomada de decisões em casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos.

Carga Horária: 20 horas – 10 encontros semanais ou quinzenais de 2 horas, como parte da reunião de equipe

Previsão de início: XXXXXX – a combinar

Objetivos:

- ▶ Descrever o fenômeno da violência;
- ▶ Identificar os tipos de violência contra crianças e adolescentes
- ▶ Identificar os sinais e sintomas associados;
- ▶ Identificar fatores de risco e proteção;
- ▶ Analisar mitos envolvendo a temática;
- ▶ Analisar a forma de abordar vítimas de maus-tratos;
- ▶ Identificar a rede de proteção na cidade;
- ▶ Identificar e analisar os fatores que promovem resiliência;
- ▶ Estabelecer diálogo entre a equipe e as entidades responsáveis pela infância e juventude
- ▶ Preencher corretamente a ficha de notificação

Atenciosamente
Thais Helena Bannwart
Celular - (15) 81290545
LAPREV – 3351 8745
thais.psico@gmail.com

ANEXO 9 – Material Encontro 2



LAPREV
 Laboratório de Análise e Prevenção da Violência
 Universidade Federal de São Carlos
 Departamento de Psicologia
 Caixa Postal 676 13.565-905 São Carlos - SP
 Fone: (16) 3351-8745 Fax: (16) 3351-8357

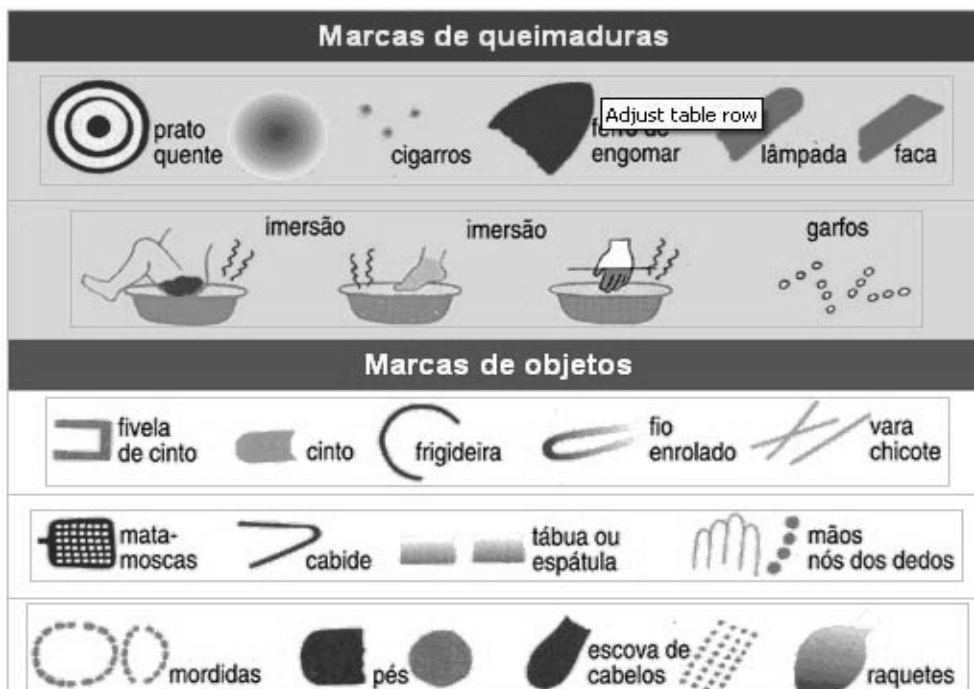
Capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Thais Helena Bannwart

- Encontro 2 -

“O abuso ou os maus-tratos contra crianças engloba toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocional, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, do qual **resulte um dano real ou potencial para a saúde**, a sobrevivência, o desenvolvimento ou a dignidade da criança no contexto de **uma relação de responsabilidade, confiança ou poder**”. Organização Mundial de Saúde (2002)

Físico: são atos violentos com uso da força física de **forma intencional, não acidental**, ou atos de omissão intencionais, não acidentais praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou do adolescente, que tem como objetivo feri-los, lesá-los ou destruí-los **podendo deixar ou não marcas corporais evidentes**. Os estudiosos dessa forma de violência mostram que há vários graus de gravidade, que vão desde tapas e beliscões até lesões e traumas causados pelo uso de objetos e instrumentos para ferir, provocação de queimaduras, sufocação e mutilações. Não é incomum este tipo de violência levar a morte. (ABRAPIA, 1997 ; MS, 2002)



JOHNSON, Charles F. Lesões Infligidas Versus Lesões Acidentais. In: *Abuso da Criança*. adaptado: Clínica Pediátrica da América do Norte. Interlivros, v.4, p.874 e 878, 1990.

Síndrome do Bebê Sacudido: é uma forma de abuso físico que ocorre quando um **adulto sacode um bebê geralmente menor de seis meses**, “*com frequência pela irritação com seu choro, ou por realizar algum ato no qual não tem domínio, que desagrada a quem cuida dele*” (MS, 2002). O resultado é a produção de lesões cerebrais. (MS, 2002 ; OMS, 2002)

• **Psicológico:** composto de toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, chantagem, cobranças exageradas, ameaças e intimidações, exposição ao ridículo, punições humilhantes, condutas ambivalentes e imprevisíveis, situações ambíguas na comunicação (dupla mensagem), isolamento, proibição de participar em atividades com os pares, desvalorização da criança, bloqueio das iniciativas de iniciação infantil por parte de qualquer membro adulto do grupo familiar (rechaço das iniciativas de apego, exclusão das atividades familiares, negação de autonomia) e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas elas causam danos ao desenvolvimento psicológico, físico, sexual e social da criança e do adolescente. Este **ato é sutil e não possui evidências imediatas de maus-tratos, por isso é um dos mais difíceis de serem identificados**, apesar de estar, em muitos casos, embutido nos demais tipos de violência e ser muito comum nos lares. (ABRAPIA, 1997; SBP, 2001 ; MS, 2002)

• **Sexual:** Neste tipo de abuso há a intenção de **estimular a vítima sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual**. Ele é apresentado de maneira imposta à criança ou ao adolescente pela violência física, sedução, ameaças ou indução de sua vontade sobre a forma de práticas eróticas e sexuais o que inclui o voyerismo, exibicionismo, produção de fotos e diferentes ações que incluem **contato sexual com ou sem penetração ou violência**. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros como é o caso da prostituição e da pornografia. (ABRAPIA, 1997; SBP, 2001; MS, 2002 ; Brino, 2006)

• **Síndrome de Munchausen por procuração:** uma situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os **sintomas e sinais que apresenta são inventados ou provocados por seus pais ou por seus responsáveis**. Logo esses adultos vitimam a criança, através de uma patologia relacional, promovendo sofrimentos físicos na realização de exames complementares desnecessários, na ingestão forçada de substâncias, no uso de medicamentos, por exemplo, além de promover danos psicológicos na situação de multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima. (SBP, 2001 ; MS, 2002)

• **Negligência:** **são os atos de omissões** dos pais ou de outros responsáveis (inclusive institucionais) pela criança e pelo adolescente, **em que deixam de prover, ou não provêm, as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social** como, por exemplo, a privação de medicamentos; a falta de atendimento aos cuidados necessários com a saúde e com a higiene; a ausência de proteção contra o frio e o calor; o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola. É importante ressaltar que a **negligência distingue-se das circunstâncias de pobreza**, visto que a primeira pode ocorrer apenas em casos onde recursos razoáveis estejam disponíveis para a família ou o responsável. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (ABRAPIA, 1997; SBP, 2001 ; MS, 2002)

FATORES QUE DETERMINAM O IMPACTO DOS MAUS-TRATOS

- Relação agressor-vítima (grau de parentesco).
- Uso ou não de violência física. Se há, quais as práticas.
- Estágio de desenvolvimento biopsicossocial da criança.
- Apoio e encaminhamento dado à vítima.
- Denúncia e condenação do agressor.

CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS-TRATOS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- Problemas escolares e fracasso na escola
- Condutas inadequadas e anti-sociais
- Isolamento e evitação de contatos com outras crianças
- Agressividade
- Repetição de modelos agressivos
- Conduta delituosa
- Funcionamento intelectual reduzido, afetando a memória, a leitura e habilidades intelectuais em geral
- Ansiedade
- Depressão
- Comportamentos regressivos
- Comportamentos auto-lesivos
- Ideias de suicídio ou suicídio
- Distúrbios no sono / enurese noturna
- Distúrbios de alimentação / desnutrição
- Doenças psicossomáticas / doenças não tratadas
- Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Sinais relacionados aos maus-tratos

- Problemas escolares/ Mudança no rendimento acadêmico
- Retraimento e/ou isolamento
- Transtornos alimentares (anorexia e/ou bulimia)
- Sentimento de vergonha e/ou culpa
- Auto-conceito negativo
- Tentativa e/ou comportamento suicida
- Raiva e/ou hostilidade
- Ansiedade
- Baixa auto-estima
- Medos
- Pesadelos e dificuldades para dormir
- Hipervigilância
- Fuga de casa
- Evitação a determinadas pessoas e lugares
- Comportamento regressivo
- Roupas inadequadas para o clima

Específicos do Abuso Físico

- Marcas e hematomas em partes do corpo que geralmente não são atingidos nas quedas sofridas pelas crianças: olhos, boca, regiões genitais, peito, etc
- Pequenas queimaduras circulares, causadas por cigarro
- Queimaduras no formato de luva ou bota, ou marcas estranhas nas nádegas indicando que a criança foi submersa em líquidos quentes.
- Queimaduras com o formato de ferro elétrico, chapa de fogão, colher, faca, etc
- Fraturas mal explicadas no nariz, rosto, braços, pernas, etc .
- Ferimentos causados por corda, fio ou correntes, usados para amarrar braços, pés, pescoço, etc.

- Queimaduras provocadas por líquidos quentes ou produtos químicos.
- Marcas de dentadas humanas adultas.
- Feridas em diferentes estágios de cicatrização, ocasionadas por espancamentos constantes.
- Envenenamento.
- Marcas e hematomas no corpo provocadas por: fivela de cinto, chicote, barra de ferro, pedaço de pau, etc

Específicos do abuso sexual

- Requisitar estimulação sexual de outras pessoas
- Curiosidade sexual excessiva
- Masturbação excessiva ou pública
- Ansiedade relacionada a temas sexuais
- Agressividade sexual
- Colocar objetos no ânus ou vagina
- Brinquedos e/ou jogos sexualizados
- Conhecimento sexual inapropriado para a idade
- Exposição freqüente dos genitais

Alguns obstáculos à notificação:

- O desconhecimento do ECA, do fluxo de notificação e dos instrumentos necessários para este procedimento;
- A falta de preparo técnico e emocional do profissional para a identificação dos maus tratos, das situações de risco e dos sinais de alerta;
- O medo de represália por parte da família, do agressor e/ou da comunidade;
- A falta de retaguardas adequadas, levando a sensação de que o profissional vai expor a família e a situação da criança ou adolescente não vai ser resolvida;
- O isolamento do profissional na unidade, que se vê com um caso complexo, sem ter com quem conversar, sem saber como proceder e sem ter para onde referir;
- O medo de perder a confiança por parte da família, principalmente nas situações em que há carência de recursos comunitários e o atendimento na Unidade de Saúde, mesmo com todas as limitações, acaba sendo a única possibilidade de acompanhamento;
- A falta de entrosamento prévio entre profissionais de saúde e conselheiros tutelares gerando desconfiança sobre os desdobramentos do caso;
- A inexperiência de alguns conselheiros tutelares, que, muitas vezes, desencadeiam ações consideradas equivocadas pelos profissionais de saúde.
- Apesar das dificuldades, a parceria com os Conselhos Tutelares, estabelecida a partir da notificação pode ajudar na abordagem dos casos.

Possibilidades da notificação

- Permite, através do Conselho Tutelar, o envolvimento de outras instituições que poderão ser mobilizadas para dar o suporte necessário ao caso;
- Favorece a diminuição ou mesmo a interrupção da violência, bem como a identificação de outras crianças e adolescentes que podem estar sendo abusados na mesma família. A notificação se constitui, portanto, num importante estratégia de prevenção;

- Possibilita o acesso a recursos sociais tanto para as crianças quanto para a família, tais como: creche, escola, emprego, grupos de apoio (NA, AA), bolsa de alimentos, projetos de acesso a moradia entre outros;
- Fortalece a criação de uma rede de apoio e vigilância;

Mitos sobre maus-tratos

Mito	Acontece que...
A criança mente e inventa que é maltratada.	Raramente a criança mente. Uma pequena porcentagem dos casos são fictícios e, nestes casos, em geral trata-se de crianças maiores que já objetivam alguma vantagem.
O estranho representa o perigo maior às crianças e adolescentes em relação aos maus-tratos.	Os estranhos são responsáveis por um pequeno percentual dos casos registrados. Na maioria das vezes, as crianças são agredidas por pessoas que já conhecem, como pai/mãe, madrasta/padrasto, namorado da mãe, parentes, vizinhos, amigos da família, colegas de escola, babá, professor (a) ou médico (a).
Pais e professores estão informados sobre os maus-tratos.	A maioria, no Brasil, desconhece a realidade dos maus-tratos. Pais e professores desinformados não podem ajudar uma criança.
Os maus-tratos são situações raras que não merecem uma prioridade por parte dos governos.	Os maus-tratos são extremamente freqüentes em todo mundo. Sua prevenção deve ser prioridade até por questões econômicas.
Os maus-tratos, na maioria dos casos, ocorrem longe da casa da criança ou do adolescente.	Os maus-tratos ocorrem, com freqüência, dentro ou perto da casa da criança ou do agressor. As vítimas e os agressores são, muitas vezes, do mesmo grupo étnico e nível socioeconômico.
A maioria dos casos é denunciada.	Estima-se que poucos casos, na verdade, são denunciados. Quando há o envolvimento de familiares, existem poucas probabilidades de que a vítima faça a denúncia, seja por motivos afetivos ou por medo do agressor; medo de perder os pais; de ser expulso (a); de que outros membros da família não acreditem em sua história; ou de ser o(a) causador(a) da discórdia familiar.
As vítimas dos maus-tratos são oriundas de famílias de nível sócio-econômico baixo.	Níveis de renda familiar e de educação não são indicadores de maus-tratos. Famílias das classes média e alta podem ter condições melhores para encobrir os casos e manter o "muro do silêncio".
Os maus-tratos raramente se repetem, só acontecem uma ou duas vezes.	Em geral os maus-tratos são repetitivos, sendo que a maioria ocorre dentro de casa, facilitando o acesso do agressor à vítima.

A família é uma instituição sempre perfeita e harmoniosa.	A freqüente ocorrência de maus-tratos intrafamiliares demonstra que nem sempre há harmonia, sendo necessárias intervenções para proteger as crianças.
É impossível prevenir os maus-tratos de crianças.	Há diversas maneiras de se proteger as crianças dos maus-tratos.
Os maus-tratos nunca causam conseqüências graves, como morte ou paraplegia.	Muitas vezes os maus-tratos são encobertos com a justificativa de acidentes que levam a criança à morte e/ou danos graves.
O agressor sexual é um psicopata, um tarado que todos reconhecem na rua.	Na maioria das vezes, são pessoas aparentemente normais e que são queridas pelas crianças e pelos adolescentes.
O pedófilo tem características próprias que o identificam.	O pedófilo pode ser qualquer pessoa, não há perfil definido.
O abuso sexual está associado a lesões corporais.	A violência física contra crianças abusadas sexualmente não é o mais comum, mas sim o uso de ameaças e/ou a conquista da confiança e do afeto da criança. As crianças são, em geral, prejudicados pelas conseqüências psicológicas do abuso sexual.
É fácil identificar o abuso sexual em razão das evidências físicas encontradas nas vítimas.	Em apenas 30% dos casos há evidências físicas. As autoridades devem estar treinadas para as diversas técnicas de identificação de abuso sexual.
A divulgação de textos sobre pedofilia e fotos de crianças em posições sedutoras ou praticando sexo com outras crianças, adultos e até animais, não causam malefícios, uma vez que não há contato e tudo ocorre virtualmente na tela do computador.	O malefício é enorme para as crianças fotografadas ou filmadas. O uso dessas imagens e textos estimula a aceitação do sexo de adultos com crianças, situação criminosa e inaceitável. Sabe-se que freqüentemente o contato do pedófilo inicia-se de forma virtual através da Internet, mas logo pode passar para a conquista física, levando inclusive a possibilidade de assassinato de crianças.
O abuso sexual se limita ao estupro	Além do ato sexual com penetração vaginal (estupro) ou anal, outros atos são considerados abuso sexual, como o "voyeurismo", a manipulação de órgãos sexuais, a pornografia e o exibicionismo.

ANEXO 10 – Material Encontro 3



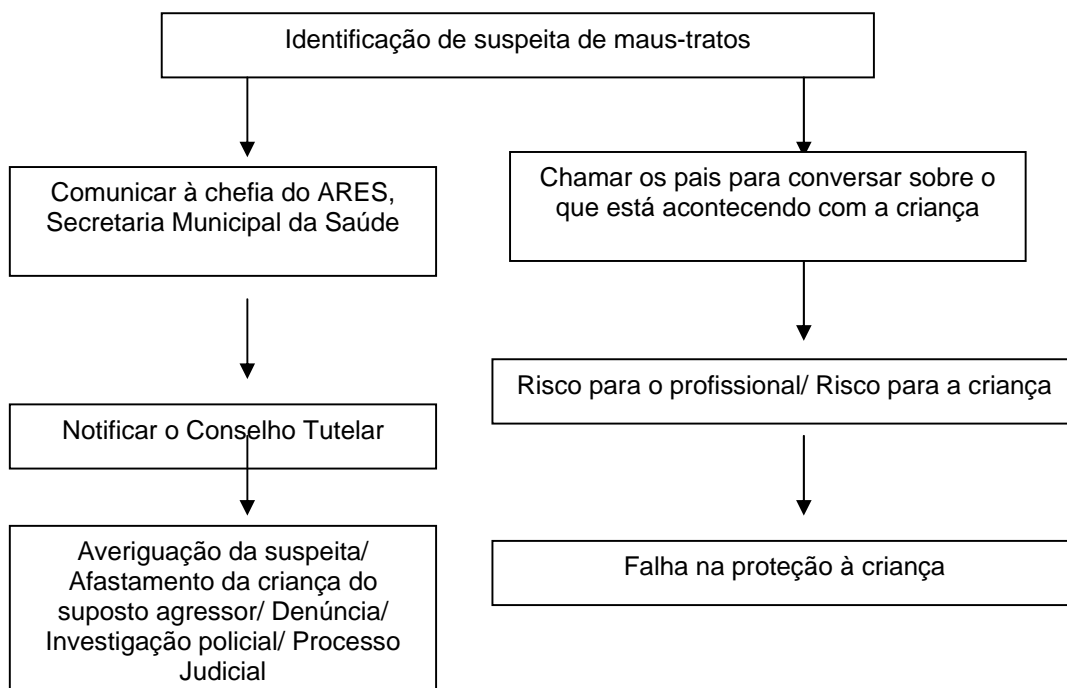
Capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Thais Helena Bannwart

- Encontro 3 -

Papel do profissional de saúde frente a suspeita de maus-tratos

- Segundo o ECA (2004) “Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.
- Uma vez identificada uma situação de **suspeita** de maus-tratos contra crianças, qualquer profissional têm a obrigação, segundo o ECA, em seu artigo 245, de comunicar à autoridade competente. Em casos de omissão o profissional recebe como pena uma multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência (ECA, 2004).
- A denúncia deve ser feita, pelo profissional, a algum órgão competente*. Como é previsto no Estatuto, no artigo 13: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.
 - * Conselho Tutelar, Delegacia de Defesa da Mulher, Vara da Infância e Adolescência, Promotor.
- Em termos legais, toda criança menor de 14 anos que for envolvida em atos sexuais com um adulto, a violência é presumida. Segundo o Art. 224 do Código Penal: presume-se a violência se a vítima a) não é maior de 14 anos; b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância e c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência (Brasil, 1961).
- CONSELHO TUTELAR
 - Endereço: Rua Marechal Deodoro, no. 2477.
 - Telefone: 3372-4295
3371-3930



CUIDADOS BÁSICOS NA ABORDAGEM

- Para falar com a criança sobre o abuso, somente se ela iniciar o assunto, não pressione nem tente convencê-la a falar sobre o ocorrido.
- Se isso ocorrer, ou seja, ela começar a falar, deixe-a a vontade em um ambiente propício (sem interrupções, sem barulho, sem pessoas em volta).
- Ter como pressuposto que a criança é sempre vítima, não criticá-la, não culpá-la pelo abuso.
- Lembrar sempre que quem é responsável por estabelecer os limites do que é permitido em relações afetivas é o adulto e não a criança, reforçando que ela não tem culpa mesmo que tenha cedido ao agressor.
- Utilizar uma linguagem simples, sem utilizar termos complicados que a criança não entenda.
- Respeitar o ritmo da criança, esperando que ela conte sobre o ocorrido o que quiser no momento que quiser, não a apresse revelar detalhes, controle sua ansiedade em querer que a criança fale tudo o que aconteceu.

- Demonstrar interesse, compreensão e não pena.
- Não desconsidere ou minimize os sentimentos da vítima, jamais desconsidere a gravidade da situação.
- Evitar tocar a vítima, espere que ela se dirija a você para abraçar ou tocar.
- Evitar reações e demonstrações exageradas de sentimentos ou valores pessoais.
- A vítima sempre deve ser ouvida antes.
- Encorajar a criança a dizer não e tentar sair da situação abusiva contando para alguém em quem confia sobre o ocorrido.
- Questões pessoais podem interferir na abordagem da criança. Busca de ajuda especializada pode minimizar a interferência.
- Se a criança revela os maus-tratos e solicita segredo, explicar a gravidade da situação e a necessidade de avisar aos órgãos de proteção, garantindo que continuará dando apoio.

Perguntas a evitar

- Perguntas com caráter inquisitório.
- Que coloquem a criança como culpada.
- Que obriguem a precisão de tempo.
- Que permitam somente respostas fechadas (sim ou não).

ANEXO 11 – Caso Cidinha

CASO CIDINHA – Maria da Graça S. Padilha

Menina (Cidinha) – mora com pai, mãe e dois irmãos que são 4 e 6 anos mais velhos.

Cena 1

A menina Cidinha tem 8 meses de idade. É levada ao posto de saúde pela mãe, que está obesa. A enfermeira, responsável pela puericultura, atende a criança, que chora sem parar.

ENFERMEIRA : Sua filha está magrinha...

MÃE : É que não tem comida em casa.

ENFERMEIRA : Mas a senhora parece não ter problemas com alimentação.

MÃE : Acho que a menina está doente, caiu da escada. Não tem médico aqui?

ENFERMEIRA : Tem médico sim e ele já vai conversar com a senhora. (Olhando a criança). Quando foi a última vez que a senhora trocou a roupa dela? Está meio suja e a roupa está apertada também.

MÃE : (Apenas olha para a enfermeira).

ENFERMEIRA : Pode entrar ali para falar com o médico.

Cena 2

O médico examina a menina Cidinha, que chora sem parar.

MÉDICO: Então, mãe, o que aconteceu com a sua filha?

MÃE: Quando a gente aperta o braço esquerdo dela, ela grita. Caiu da escada.

MÉDICO: Como? Caiu da escada?

MÃE: Acho que meu menino de 6 anos não cuidou direito dela.

MÉDICO: Ela tem uma luxação de ombro. Está com a boca seca também. Está desnutrida.

MÃE : (Apenas olha).

MÉDICO: Vou prescrever o tratamento. Tome mais cuidado com a alimentação e para ela não se machucar.

MÃE: (Apenas olha).

Cena 3

A menina Cidinha está com 2 anos. É levada ao posto de saúde pela mãe, ainda mais obesa. A enfermeira dirige-se ao médico, deixando Mãe e a filha fora do consultório.

ENFERMEIRA: Lembra-se daquela mãe que é obesa e de vez em quando aparece aqui com a filha?

MÉDICO: Sei...

ENFERMEIRA: Está aí de novo. Cada vez mais gorda. E a criança me parece cada vez mais desnutrida. Além disso, ainda não anda, quase não fala, só grita, parece muito irritada e assustada.

MÉDICO: Já tentamos orientá-la tantas vezes... Já briguei com ela tantas vezes... O que faremos agora? Este não é nosso campo!!!

ENFERMEIRA: Não sei, realmente não sei o que fazer. E sabe o que mais? Acabei de descobrir que a menina não é filha dela. Parece que uma parente deu para ela criar.

MÉDICO: Mande-a entrar e depois chame alguém que possa fazer alguma coisa.

ENFERMEIRA: É, esse não é nosso campo...

Cena 4

Na creche, a atendente conversa com a outra atendente.

ATENDENTE 1: Você viu que a Cidinha não pára de chorar hoje?

ATENDENTE 2: É sempre assim...

ATENDENTE 1: Mas parece que hoje está pior.

ATENDENTE 2: Sabe o que eu vi? Que ela chora quando faz cocô. Daí eu tirei a fralda dela para trocar e ela tinha umas marcas perto do ânus. Como se chama mesmo?

ATENDENTE 1: Hematomas.

ATENDENTE 2: É isso. E tinha no pescoço e nas pernas também.

ATENDENTE 1: Ela é muito fraquinha. Vive caindo. A mãe dela falou que leva tombo quase todo dia.

ATENDENTE 2: É, e acho que o cocô dela é muito duro. Deve ser por isso que dói.

ATENDENTE 1: Acho melhor não falar nada para ninguém, porque daí vão achar que é a gente que não cuida direito. Além disso, vira e mexe a mãe leva ela no posto. Se tiver alguma coisa, eles vão ver, né?

ATENDENTE 2: É, não é nosso campo...

Cena 5

A menina Cidinha está com 6 anos.

Na escola, a professora chama a mãe da criança em particular para conversar. A professora procura manter-se calma. A mãe aparenta estar nervosa, irritada por ter sido chamada.

PROFESSORA: Sua filha veio para a escola ontem com a roupa suja, parece que tinha feito xixi na calça. As outras crianças ficaram rindo dela. Você viu que isto tinha acontecido?

MÃE: Claro que eu vi. Eu fico dizendo para esta menina que ela tem que fazer as coisas direito, mas ela não me obedece. Fez xixi na calça só porque eu mandei ela calar a boca. Daí eu mandei ela mijada mesmo, só para aprender!

PROFESSORA: Mas desta forma você não está educando. Assim ela vai se sentir humilhada.

MÃE: Ela precisa aprender a me obedecer, que quando eu mando, é prá valer.

PROFESSORA: É importante encontrar outras formas de fazê-la obedecer você.

MÃE: O que você quer que eu faça? Porque eu já fiz de tudo e nada funciona. Só na pancada.

PROFESSORA: Você tem batido nela?

MÃE: Chego em casa cansada de tanto trabalho e encontro esta criança chata, mal educada. Dá vontade de quebrar de pau. Os irmãos dela que não me incomodam. Saem prá rua e nem vejo que horas voltam.

PROFESSORA: Mas você tem batido nela?

MÃE: Eu não! O pai dela que de vez em quando desce o cacete. Isso quando o pai dela vem prá casa.

PROFESSORA: Na semana passada ela veio para a escola chorando e estava com um machucado na perna e outro nas costas. O que aconteceu?

MÃE: Não me lembro. Acho que os irmãos pegaram ela. Bem, eu vou indo, que já está na minha hora.

PROFESSORA: Mas eu gostaria de conversar mais um pouco com você.

MÃE: Agora não posso.

Cena 6

Na escola a professora 1 (demonstrando preocupação) conversa com outra professora 2, que tinha sido professora de Cidinha no ano anterior (parece despreocupada).

PROFESSORA 1: Tenho estado muito preocupada com a Cidinha nos últimos dias. Ontem ela veio mijada para a escola e tenho observado alguns machucados nela com frequência. Além disso, ela está tão magrinha... Chamei a mãe dela hoje, para pedir explicações, mas ela parece lisa como um bagre ensaboadado.

PROFESSORA 2: Ih! Nem se preocupe com isso. No ano passado acontecia igual.

PROFESSORA 1: Mas isto nunca te preocupou?

PROFESSORA 2: Que nada! É só um daqueles casos de criança sem limite. Nada que uma boa bronca não resolva. E sempre foi magrinha. É a constituição dela.

PROFESSORA 1: Mas eu chamei a mãe várias vezes para conversar com ela e só desta vez ela apareceu, depois que eu liguei para o serviço dela e deixei o recado com o patrão.

PROFESSORA 2: Não faça isso. Vai perder teu tempo, pois acho que esta mãe é negligente mesmo.

PROFESSORA 1: Mas se ela é negligente e bate na filha, será que não devemos fazer alguma coisa?

PROFESSORA 2: Isso eu não sei e também não é meu campo. Fale com a orientadora.

Cena 7

Na escola, a professora 1 (demonstrando bastante preocupação, quase desespero) procura a orientadora para expor o caso da menina Cidinha.

PROFESSORA 1: Eu não sei o que fazer com a Cidinha! Ela está lá na sala chorando, com um pano enrolado na mão e não me deixa ver se está machucada. Disse que a mãe colocou a mão dela num formigueiro, de castigo porque ela quebrou um prato quando estava lavando louça! Estou muito preocupada, pois ela tem aparecido com alguns machucados e ontem ela veio mijada para a escola. Chamei a mãe várias vezes, mas só ontem ela apareceu.

ORIENTADORA: Você não devia ter chamado a mãe antes de falar comigo. Eu que devo fazer estas coisas. O que ela vai pensar de mim?

PROFESSORA 1: Mas, e a Cidinha? O que faço com ela?

ORIENTADORA: Vou pedir à zeladora para acompanhá-la ao posto de saúde.

PROFESSORA 1: Você vai conversar com o médico?

ORIENTADORA: Não, não é meu campo. E você também não vai, pois também não é o seu. Além disso, tenho que levar minha filha para ajustar o aparelho dos dentes.

PROFESSORA 1: E se encaminharmos para a psicóloga?

ORIENTADORA: Vou fazer isto amanhã.

Cena 8

No posto de saúde, a zeladora da escola (apática) observa a menina Cidinha ser atendida pelo médico.

MÉDICO: (examinando a criança parcialmente despida) É, minha filha, parece que você tem se machucado bastante ultimamente. Parece ser uma criança muito ativa.

CIDINHA: (fica quieta olhando, ora para o médico, ora para o chão).

MÉDICO: Foi brincar no formigueiro? Você não sabia que picada de formiga dói?

CIDINHA: (começa a chorar).

MÉDICO: (dirigindo-se à zeladora) Onde está o responsável pela criança?

ZELADORA: Sei não senhor.

MÉDICO: Bem, já fiz os curativos e ela tem que trocá-los amanhã. Quem pode trazê-la?

ZELADORA: Sei não senhor.

MÉDICO: Peça para algum responsável trazê-la e conversar com o pediatra, pois este não é meu campo. Agora leve-a para casa.

CIDINHA: (começa a chorar).

Cena 9

Na escola, a psicóloga conversa com a orientadora sobre o caso de Cidinha.

ORIENTADORA: Então, você fez a avaliação da Cidinha?

PSICÓLOGA: Fiz, na medida do possível, pois a mãe não compareceu em nenhuma das vezes que eu chamei. O que você sabe sobre ela?

ORIENTADORA: A professora dela suspeita de maus-tratos. Acho meio exagerado. A mãe é bem complicada, quase não fornece dados sobre a menina.

PSICÓLOGA: Nas observações que fiz da menina, chego à conclusão de que ela tem uma imaginação bem fértil... Típico da idade. Dá até para suspeitar de abuso sexual, em função do que ela refere.

ORIENTADORA: E você acha que pode estar ocorrendo?

PSICÓLOGA: Existe uma estatística que diz que apenas 6% das crianças que falam que sofrem abuso sexual estão mentindo. Acho que a Cidinha se encaixa nestes 6%.

ORIENTADORA: Por quê?

PSICÓLOGA: Devemos ser céticos em relação a material sexual incestuoso... Além do mais, esta criança parece ser estranhamente sedutora.

ORIENTADORA: Isto quer dizer que ela pode provocar? Pode ser culpada?

PSICÓLOGA: Não é bem isto, mas é mais ou menos isto. É muito complexo para ser explicado em poucas palavras. O mundo do inconsciente é muito misterioso. A subjetividade é orientada por tantos meandros...

ORIENTADORA: O que devemos fazer?

PSICÓLOGA: Se não conseguir falar com os familiares, não posso fazer nada.

ORIENTADORA: E se chamarmos o SOS Criança ou o Conselho Tutelar?

PSICÓLOGA: Não sei, não é meu campo.

ORIENTADORA: Pois eu não sei se é o meu...

Cena 10

No pronto socorro, levada pela mãe, chega Cidinha, inconsciente, com um fio de sangue escorrendo pelo nariz. O médico plantonista dirige-se à mãe, após ter atendido Cidinha.

MÉDICO: O que aconteceu com esta criança?

MÃE: Acho que caiu do telhado.

MÉDICO: Mas ela tem machucados mais antigos pelo corpo e um curativo na mão.

MÃE: Fizeram lá na escola.

MÉDICO: Porque ela está com estes outros ferimentos?

MÃE: Ela é uma criança hiperativa, vive brincando de subir em árvore com os irmãos. Vive caindo.

MÉDICO: Ela tem umas marcas nas coxas, entre as pernas...

MÃE: Nunca vi... Só sei que ela vive caindo.

MÉDICO: Só que desta vez os ferimentos são muito sérios. Ela vai ter que ficar internada.

Vou chamar a assistente social para conversar com você.

(Vira-se de costas para a mãe e telefona para chamar a assistente social. Enquanto isto, a mãe sai de cena)

ASSISTENTE SOCIAL: (dirigindo-se para o médico) Onde está a mãe da criança que caiu do telhado?

Médico: (virando-se) Ué! Estava aqui ainda agora. Não vi quando saiu.

ASSISTENTE SOCIAL: (examinando alguns papéis) Que estranho... Aqui diz que Cidinha caiu do telhado de sua casa, mas a família mora num apartamento... O que significaria isto?

MÉDICO: Não sei, e também não é meu campo. Bem, vou trabalhar. Até logo.

Cena 11

Em casa a mãe discute com o pai .

PAI: De onde você vem com tanta pressa?

MÃE: Do hospital. A Cidinha está toda arrebatada, depois que você bateu nela.

PAI: Mas eu só dei uns tapas e joguei ela na parede. Ela não queria me obedecer.. Afinal, a menina serve para quê, se você, mulher, não quer saber de mim?

MÃE: Acho que você exagerou. (Pega uma bolsa)

PAI: Onde você vai?

MÃE: Não quero perder meu emprego. Vou na casa de uma amiga. Acho que você devia sair também. Depois a gente diz prá eles que a Cidinha é adotada mesmo e só dá problema. Eles vão entender porque que você bateu nela.

PAI: Eu não! É você que bate nela...

Cena 12

Na escola, algumas professoras conversam.

PROFESSORA 2: Você soube? As outras professoras estão meio chateadas.

PROFESSORA 3: É, eu soube. Parece que a Cidinha morreu no hospital.

PROFESSORA 2: O que será que fizeram com ela, para ter acontecido isto?

PROFESSORA 3: Ouvei dizer que os pais batiam nela. Parece que o pessoal do hospital foi até a casa, mas não encontrou ninguém. Veio uma avó do interior para enterrar a menina.

PROFESSORA 2: Coitadinha... Sempre tive muita pena daquela criança. Será que vão chamar a polícia?

PROFESSORA 3: Não sei. Não é meu campo...

ANEXO 12 – Material Encontro 4



107

LAPREV
Laboratório de Análise e Prevenção da Violência
Universidade Federal de São Carlos
Departamento de Psicologia
Caixa Postal 676 13.565-905 São Carlos - SP
Fone: (16) 3351-8745 Fax: (16) 3351-8357

Capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Thais Helena Bannwart

- Encontro 4 -

Serviços disponíveis em São Carlos

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS Mental

Descrição:

Atendimento de saúde mental aos usuários que apresentam transtornos mentais severos e persistentes.

Documentos necessários: Encaminhamento do usuário pela rede ou busca espontânea.

Requisitos: Usuários portadores de transtornos mentais severos.

Tempo de resposta: Imediato.

Taxas: Não há.

Local: Rua Floriano Peixoto, 216 – Vila Prado

Fone: 3372-3111 / 33747217

E-mail: caps.saude@saocarlos.sp.gov.br

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS Álcool e Drogas

Descrição: Atendimento aos usuários dependentes de álcool e drogas.

Documentos necessários: Encaminhamento do usuário pela rede ou busca espontânea.

Requisitos: Usuários menores de 18 anos, portadores de dependência química ao álcool e outras drogas.

Taxas: Não há.

Tempo de resposta: Imediato.

Local: Rua Major José Inácio, 2381 – Centro

Fone: (16) 3307-8368

E-mail: capsad.saude@saocarlos.sp.gov.br

CAMPEÕES DO FUTURO/SESI

Descrição: Esse projeto tem como objetivo principal proporcionar o esporte como movimento, promovendo a inclusão e socialização através de atividades esportivas, culturais e eventos conjuntos com pais e familiares.

Documentos necessários: Documento pessoal e ficha de inscrição assinada pelos responsáveis.

Local: Centro Esportivo do Sesi. R. Coronel José Augusto de Oliveira Salles, no.1325, V. Isabel.

Horário de atendimento: De segunda à sexta-feira das 8h00 às 11h00 e das 14h00 às 17h00

População-alvo: Preferencialmente crianças e adolescentes pertencentes a famílias de baixa renda e moradores em bairros periféricos do município. Participam desse projeto cerca de 800 crianças e adolescentes.

Atividades desenvolvidas: Atividades esportivas, recreação, gincanas e festivais esportivos, passeios e acampamento.

CASA ABRIGO “Gravelina Teresinha Lemes”

Descrição: Esse programa, de caráter sigiloso e provisório, acolhe à mulher e seus dependentes menores tendo como objetivos principais proporcionar aos usuários o resgate e a valorização da auto-estima, rompendo o ciclo de violência de que são vítimas e buscando combater preconceitos e discriminações que legitimem a violência contra a mulher. A Casa Abrigo foi fundada em 8 de março de 2001. O objetivo principal é o acolhimento à mulher e seus filhos menores em situação

de risco iminente pelo período necessário a sua proteção e integridade física este atendimento oferece: acolhimento e proteção à mulher e seus filhos; acompanhamento aos atendimentos de saúde, orientação jurídica e psicológica; garantia do convívio escolar dos filhos; rompimento do ciclo de violência de que são vítimas e reconstrução de sua identidade de gênero; promoção do desenvolvimento de uma consciência crítica e fortalecimento da mulher no seu cotidiano.

Local: Sede da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social

População-alvo: Mulheres vítimas de violência doméstica.

Horário de atendimento: 24 horas

Atividades desenvolvidas: Atendimento e acompanhamento social, orientação e acompanhamento jurídico, atendimento e acompanhamento psicológico, atendimento médico e laboratorial, atividades preventivas com a comunidade e orientação familiar.

CENTRO DA JUVENTUDE ELAINE VIVIANI

Descrição: Em linhas gerais, seu objetivo é proporcionar oficinas culturais, artísticas, atividades esportivas e oficinas profissionalizantes para jovens em situação de risco.

Local: Rua Paulo VI, nº 1000, Jardim Monte Carlo.

População-alvo: Adolescentes e jovens entre 15 e 22 anos em situação de risco pessoal e social, residentes na região sul do Município.

Horário de atendimento: De segunda à sexta-feira das 8h00 às 11h00 e das 14h00 às 17h00

Atividades desenvolvidas: Oficinas culturais, esportivas e de geração de trabalho e renda.

CENTROS COMUNITÁRIOS E CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros Comunitários são locais privilegiados de execução direta das ações de proteção social básica da assistência social, cujo objetivo é prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Seus programas, projetos, serviços e benefícios destinam-se à população em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos/relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras).

Centro Comunitário do Cidade Aracy (CRAS Cidade Aracy)

Rua Vinte e Dois, 180-A, Cidade Aracy – 3375-8685

Responsável: Meire

Centro Comunitário Vera Lúcia Pilla (Centro de Referência do Idoso)

Rua Joaquim Inácio de Moraes, 370, Vila Irene – 3368-4808

Responsável: Célia

PROGRAMA DE ATENDIMENTO A MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - Seção de Referência da Mulher

Descrição: A seção de referência da mulher tem por objetivo propor políticas públicas relacionadas à problemática da mulher.

Local: Sede da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social

População-alvo: Mulheres em geral.

Horário de atendimento: 8h00 às 12h00 e das 14h00 às 18h00.

Atividades desenvolvidas: Atendimentos, orientações e encaminhamentos (social, jurídico e psicológico), atividades preventivas com a comunidade e orientação familiar.

PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO AO TRABALHO INFANTIL - PETI

Descrição: Programa em parceria com o Governo Federal que tem por objetivo identificar crianças e adolescentes do município que estejam exercendo atividades consideradas perigosas, insalubres e penosas. Após essa identificação as famílias são incluídas no programa que acompanha a frequência e rendimento escolar dos menores, e proporciona-se também sua inclusão em projetos sociais de complementação escolar, além de garantir um trabalho com pais e

familiares feito através de visitas domiciliares, reuniões sócio-educativas e encaminhamentos à rede de serviços especializados na área de saúde e educação, inserção em programas de complementação da renda familiar, entre outros.

Local: Pólos de jornada ampliada distribuídos em diferentes entidades e projetos sociais.

População-alvo: Crianças e adolescentes entre 07 e 14 anos em situação de trabalho infantil.

Horário de atendimento: Complementar à jornada escolar.

Atividades desenvolvidas: Atividades esportivas e recreativas, atividades pedagógicas e culturais, reuniões sócio-educativas, atendimentos individuais e encaminhamentos.

PROJETO CICA

Descrição: Seu objetivo é proporcionar atividades esportivas e, através delas, identificar possibilidades de atuação com jovens em situação de risco.

Local: Centro Comunitário Bichara Damha (Lions Clube)

População-alvo: Adolescentes e jovens entre 12 e 18 anos em situação de risco pessoal e social.

Horário de atendimento: De segunda à sexta-feira das 8h00 às 11h00, das 14h00 às 17h00 e das 19h00 às 22h00.

Atividades desenvolvidas: Atividades esportivas, educativas e culturais.

PROJETO CAMPEÕES NA RUA

Descrição: Procura resgatar a cultura popular infantil além de buscar estreitar laços na comunidade através da escola e da família.

Local: Campinho do Jardim Gonzaga / Centro da Juventude Elaine Viviane.

População-alvo: Crianças entre 02 e 18 anos, em situação de risco pessoal e sócia, moradoras do Jardim Gonzaga.

Horário de atendimento: De segunda à sexta-feira das 8h00 às 11h00 e das 14h00 às 17h00

Atividades desenvolvidas: Atividades lúdicas, atividades folclóricas, passeios e festas, teatro e oficinas culturais.

CREAS – Serviço de Atendimento a Criança e Adolescentes (16) 3307-8754

Programa Sentinela – Tel. (16) 3307-8754

O Programa Sentinela é desenvolvido em parceria como Governo Federal e busca: atender crianças e adolescentes abusadas e / ou exploradas sexualmente e seus familiares, através de um conjunto de ações de Assistência Social, de natureza especializada; integrar a rede de informações e serviços que possibilite o acesso de crianças e adolescentes vitimados sexualmente e suas respectivas famílias; atender as denúncias de abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes no município; oferecer acompanhamento psicológico e encaminhamentos aos envolvidos na situação de violência.

PAVAS – Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual – Secretaria Municipal de Saúde

Rua Amadeu Amaral, 555.

Fone: (16) 3368-2044

LAPREV – Laboratório de Prevenção à Violência – Depto. Psicologia UFSCar

Rod. Washington Luiz, km 235.

Fone (16) 3351-8745

O Laboratório dispõe de atendimento psicológico para mulheres vítimas de violência e também para o agressor, se o mesmo solicitar ajuda.

Defensoria Pública

Rua Bento Carlos, 9028.

Fone (16) 3368-8181

Local onde a mulher poderá solicitar orientações jurídicas a respeito de seus direitos. Também poderá contar com suporte de advogados gratuitamente.

Central de Atendimento à Mulher – Tel. 180 – Ligação Gratuita

Delegacia da Mulher

Rua São Joaquim, 1348 Centro.

Fone: (16) 3374-1345

Centro de Referência da Mulher

Rua Treze de Maio, 1732.

Fone: (16) 3307-7799

Horário de funcionamento: das 8h às 17h. Segunda a sexta.

Esse órgão realiza: orientações e assistência psicossocial e jurídica; orientação para o mercado de trabalho e encaminhamento; inclusão em programas de complementação de renda; realização de reuniões sócio-educativas que promovam ações de combate ao preconceito; promoção de estratégias de acesso à moradia; divulgação de leis de amparo e proteção à mulher; realização de ações de prevenção à situação de violência.

Importante: sempre entrar em contato com este órgão em caso de mulheres vítimas de violência.

CONSELHO TUTELAR DE SÃO CARLOS

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar, cumprir e fazer cumprir os Direitos da Criança e Adolescente. Sua atuação abrange toda a área urbana e rural de São Carlos. É composto por cinco membros, escolhidos pela comunidade para mandato de três anos, sendo permitida uma recondução.

Atribuições:

- Atendimento a crianças e adolescente e aconselhamento aos pais ou responsáveis;
- Requisição de serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
- Representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações;
- Encaminhar ao MP notícia de fato que constitua infração administrativa ou penal contra os direitos da criança ou adolescente;
- Encaminhar à autoridade judiciária os casos de sua competência;
- Expedir notificações;
- Requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança e adolescente quando necessário;
- Assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e adolescente;
- Representar ao MP para efeito das ações de perda ou suspensão do pátrio poder;
- Atendimento na sede, plantões noturnos; sábados, domingos e feriados com referência na Lei Municipal 10.878/94, art. 28, parágrafo 2º, e ECA Lei nº 8.069/90, art. 131;
- A ocorrência será encaminhada ao Conselho Tutelar através de comunicação:

I - do ofendido, dos pais ou responsáveis, ou qualquer pessoa do povo;

II - anônima;


III - postal, telefônica ou similar;

IV - do próprio conselheiro.

Atendimento e Informações:

CASA DOS CONSELHOS

Rua Marechal Deodoro, 2477, Centro

 (16) 3371-3930 / 3372-4295

ALBERGUE INFANTIL

Descrição: Esse programa (previsto no ECA artigo 98, como medida de proteção) tem por meta atender em regime provisório crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social. Presta atendimento a crianças e adolescentes, ambos os sexos, em regime de abrigo provisório,

durante um período médio de quarenta e cinco dias encaminhados pelo Conselho Tutelar e Juizado da Infância e da Juventude de São Carlos.

Local: Av. Capitão Luiz Brandão no. 454 - Vila Nery.

População-alvo: crianças e adolescentes (entre 0 e 17 anos) necessitando de proteção especial encaminhados pelo Poder Judiciário e Conselho Tutelar.

Horário de atendimento: 24 horas (abrigo).

Atividades desenvolvidas: Abrigamento provisório, atendimentos individuais / encaminhamentos.

NÚCELO DE ATENDIMENTO INTEGRADO – NAI

Descrição: O NAI é a concretização do Art. 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que afirma serem diretrizes da política de atendimento: integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial ao adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional. A integração destes órgãos viabiliza o cumprimento dos artigos 171 a 190 do ECA, no que se refere à apuração de ato infracional atribuído ao adolescente, enquanto oferece acomodações e atendimento básico do momento da apreensão até o cumprimento das medidas de internação provisória e de meio aberto.

Local: Rua Marechal Deodoro no. 2490 – Centro.

População-alvo:

Adolescentes e jovens com prática de ato infracional.

Horário de atendimento: 24 horas

Atividades desenvolvida: Acompanhamento jurídico, social, educativo e psicológico.

ANEXO 13 – Material Encontro 6

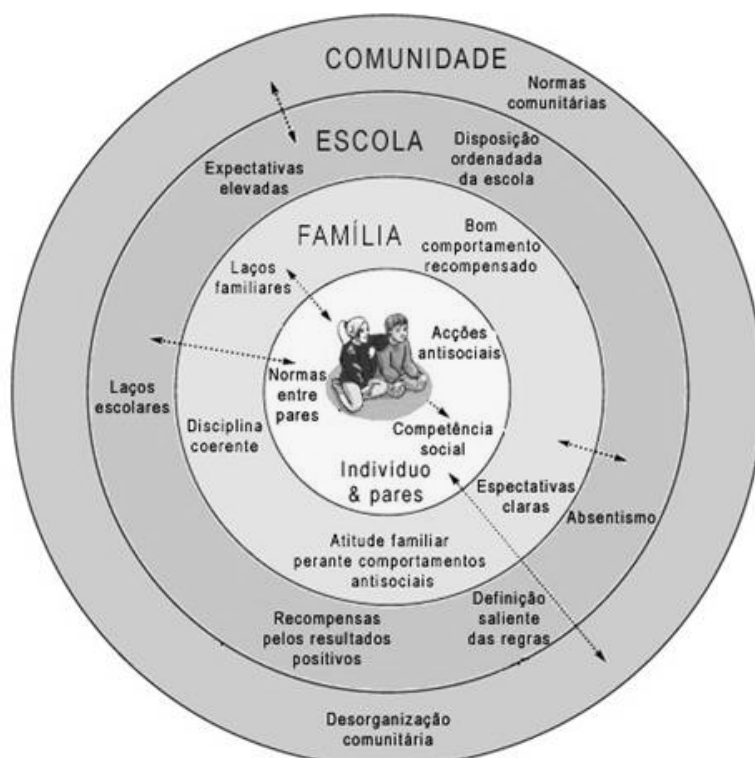


LAPREV
 Laboratório de Análise e Prevenção da Violência
 Universidade Federal de São Carlos
 Departamento de Psicologia
 Caixa Postal 676 13.565-905 São Carlos - SP
 Fone: (16) 3351-8745 Fax: (16) 3351-8357

Capacitação sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes

Thais Helena Bannwart

- Encontro 6 -



1. Fatores da criança e do adolescente
 - a. Ser criança menos de três anos ou pré-escolar, pois não saem muito de casa e tem uma habilidade limitada de se expressar, tem maior possibilidade de sofrer agressões;
 - b. Distúrbios de conduta e problemas na criança ou adolescente, uma vez que interferem no relacionamento entre os pais, familiares, a escola ou os amigos;
 - c. Criança ou adolescentes com transtornos mentais e que estão mais vulneráveis ao abuso;
 - d. Adolescentes com comportamentos aditivos ou dependência de drogas-álcool.

2. Fatores dos pais ou da família
 - a. Pais com problemas mentais incapacitantes ou com transtornos de aprendizado;

- b. Pais adolescentes e sem apoio social;
 - c. Pais com problemas de álcool ou drogas;
 - d. História de agressão na família (como violência entre o casal) ou na pessoa que cuida da casa;
 - e. História de violência doméstica ou problemas de ligação emocional na família que não foram bem solucionados pelas vítimas e/ou que foram distorcidos da realidade, por exemplo, a ausência de bons modelos de “ser pai” ou “ser mãe”;
 - f. Dificuldades do apego (ligação emocional) da pessoa que cuida (mãe, pai ou responsável) com a criança ou adolescente.
3. Fatores relacionados ao histórico do abuso ou maus tratos
- a. A cronicidade e a duração dos maus tratos e abusos, e se estes estão ocorrendo há muito tempo, sem intervenção;
 - b. A natureza das lesões, incluindo sua localização no corpo da criança ou adolescente (por exemplo: a cabeça ou órgãos genitais versus o dorso das pernas);
 - c. Se já existem ocorrências prévias de maus tratos ou negligência;
 - d. Tentativas prévias e sem resultado com o tratamento do sistema familiar;
 - e.
4. Fatores contextuais
- a. Falta de apoio do núcleo familiar ou de outros familiares;
 - b. Falta de apoio de sistemas que oferecem suporte social como entidades religiosas ou comunitárias;
 - c. Pobreza ou condições inadequadas de moradia ou “situações de/na rua” ou abandono social.

Referência:

Lidchi, V.G. (2009) Fatores de risco e proteção: modelo ecológico do abuso de crianças e adolescentes. In: *Fortalecendo a rede de proteção da criança e do adolescente*. L. C. A Williams; R.C. Padovani; E.A.C. Araújo; A. C. Stelko-Pereira; G. R. Ormeño ; E. Eisenstein (Orgs). São Carlos: LAPREV.

ANEXO 14 – Reportagens utilizadas no Encontro 7

Vizinhos narram drama de Pedrinho e pedem justiça

Menino de 5 anos morreu em junho e mãe e padrasto são suspeitos de maus-tratos

EPTV- CAMPINAS 20/07/08 -09:10

Moradores do Residencial Nações Unidas, em Ribeirão Preto, e onde morava o menino Pedro Henrique Marques Rodrigues, 5 anos, morto no dia 12 de junho, pedem justiça no caso e relatam as más condições em que o menino vivia no condomínio. O padrasto Juliano Gunello e a mãe do menino Kátia Marques são suspeitos do crime.

As famílias fazem um pedido unido para se fazer justiça e ao mesmo tempo esclarecer com urgência como realmente ocorreu a morte do garoto. "A gente via o sofrimento dele aqui no condomínio e por isto queremos que o caso seja esclarecido. Ele estava sempre roxo, principalmente na segunda-feira. O dia inteiro jogado no prédio, andando de um lado para o outro e dependendo dos vizinhos para comer. A única companhia dele era a faxineira que sempre estava disposta a dar atenção ao Pedro", disse uma moradora que prefere não se identificar.

Um funcionário do condomínio conta que o pior período de Pedrinho no local foi durante as férias. Ele não tinha permissão para entrar em casa e ficava o dia inteiro perambulando pelos prédios. "A mãe dele dizia que estava fazendo faxina e quando ela terminava dizia que ele poderia sujar a casa e não deixava o menino entrar. Ele era muito inteligente e isso revolta a gente. Tudo ele perguntava, tudo ele queria saber. Sinto a falta dele".

Segundo os vizinhos, Gunello aparentava se preocupar mais com Pedrinho do que a mãe. "Um dia ele passou mal na piscina e avisamos à mãe. Quem foi socorrê-lo foi o Juliano. Mas, em outro dia, quando ele teve o mesmo problema pediu para a gente não chamar ninguém", conta uma moradora.

'Ele era muito desamparado'

Uma moradora do condomínio Residencial das Nações presenciou o dia que Pedro Henrique Marques Rodrigues, o Pedrinho, estava do lado de fora do apartamento ao lado da faxineira que precisava ir embora. Ela conta que a criança começou a chorar porque estava chovendo muito e ele não teria onde ficar. "Escutei quando ela disse para ele ficar perto de um apartamento que a mulher estava mudando e que ela ficaria com dó dele por causa da chuva e o chamaria para entrar. Ele era muito desamparado", conta a mulher.

Segundo ela, em muitas ocasiões Pedrinho também pedia para os vizinhos bolacha porque estava com fome. "Teve dia de uma outra vizinha arrumar uma blusa para ele porque ele estava roxo de frio. Ele usava sempre roupas que pareciam ser de outra pessoa", diz a mulher. eptv.globo.com/.../busca_interna.aspx?...

Vizinhos narram drama de Pedrinho e ...

Ela conta que o menino podia entrar em casa apenas na hora de ir para a escola. "Ele ficava perguntando para todo mundo as horas com medo de perder o horário, porque ela também não chamava. A gente sabia que ele era maltratado, mas nunca pensamos que ele fosse ser vítima de uma tragédia."

Castigo no dia da morte

Juliano Gunello e Kátia Marques, padrasto e mãe de Pedro Henrique Marques Rodrigues, 5 anos, contam, no depoimento à polícia, que na manhã do dia 12 de junho, o garoto fez xixi na cama e Gunello mandou que ele tomasse banho para depois ficar 20 minutos em pé ao lado da parede.

Esse era o castigo usado sempre que o menino urinava na cama. Enquanto o menino tomava banho, ele carregava o carro com material de trabalho.

O casal conta no depoimento que quando Kátia acordou e foi para cozinha arrumar a mesa do café percebeu o vidro de Semorin (tira-manchas) em cima da mesa e também percebeu que o menino passava mal no banheiro. No depoimento, eles dizem que acionaram a ambulância e relataram que desconfiavam que o menino havia ingerido o produto e por isto passava mal.

O menino foi socorrido por uma viatura do Samu e morreu no hospital Santa Lydia. Após 24h do enterro em Araraquara, a delegada Maria Beatriz Moura Campos, da DIG, pediu a exumação do corpo e novos exames do IML (Instituto Médico Legal) alegando indícios de crime. Desde então, o casal passou a ser tratado como suspeito, mas eles negam que o menino era vítima de maus-tratos.



Sábado, 27 de Março de 2010 - 21h02

Especial: Anjos de asas partidas comovem o país

O julgamento do casal Nardoni revive a morte traumática da menina de 5 anos e reacende a questão brutal da violência doméstica

Jucimara de Pauda

Foto: Reprodução

Três casos de mortes de crianças abalaram a região nos últimos dois anos. As vítimas foram Pedro Henrique Marques Rodrigues, o Pedrinho, Gustavo Raphael Rodrigues Paulino Ferreira e Kamilly Cristina Pereira. No país, repercutem ainda a morte de Isabela Nardoni e o dramático julgamento dos acusados do crime.

Em comum, as crianças têm o fato de que todas foram vítimas de maus-tratos, morreram e os suspeitos são pessoas próximas delas: pai, mãe, padrasto e madrasta.

Para o psicólogo Diego Gutierrez, o agressor que maltrata e chega a matar crianças que deveriam ser amadas por eles buscam um bode expiatório para os seus próprios problemas.

"É uma espécie de transferência. Pais frustrados por várias razões, como problemas financeiros, procuram um bode expiatório, e escolhem a criança por ser uma vítima frágil", afirmou.

Para ele, a criança é uma vítima em potencial porque é indefesa, ingênua, desprovida de força e preparo para se proteger contra o

Pedro Henrique - mãe e padrasto são acusados da morte do garoto

agressor.

Segundo ele, os agressores não têm consciência que estão transferindo as suas frustrações para as crianças.

"Se eles tivessem consciência, não usariam o mecanismo. Saberiam que são responsáveis pelas próprias frustrações".

De acordo com Gutierrez, na maioria das vezes, os agressores dão sinais que algum dia poderão cometer atrocidades contra os pequenos. "Eles podem fazer uma coisa bárbara. Começam primeiro judiando da criança psicologicamente e depois passam a responsabilizá-la pela desgraça da família".

O tratamento para estas pessoas é raro. "Ela teria que ter consciência do problema para se tratar, mas a pessoa não reconhece a sua psicose. Ela desconta no outro as frustrações. É uma atitude covarde e imatura".

Pedrinho teve embolia pulmonar

Pedro Henrique Marques Rodrigues, 5 anos, o Pedrinho, morreu no dia 12 de junho de 2008. Inicialmente, Juliano Gunello e Kátia Marques, padrasto e mãe do garoto, afirmaram que ele havia ingerido Semorin (tira-manchas) e passado mal. A ambulância foi chamada e o garoto foi levado ao hospital onde morreu horas depois. Segundo a denúncia da Polícia Civil, o casal é suspeito de maltratar o menino. Laudo do IML (Instituto Médico Legal) apontou que o Pedrinho tinha 65 equimoses pelo corpo, costela quebrada e morreu de embolia pulmonar gordurosa após ter o pulso quebrado.

jornalacidade.com.br/.../especial-anjos-...

1/2

181
denúncia
anônima
180 - Mulher
denúncia
anônima

especial: Anjos de asas partidas comov...
 delegada Maria Beatriz Moura Campos que investigou o caso denunciou o casal por maus-tratos. O promotor José Roberto Marques mudou a tipificação para tortura. O caso está no Fórum de Ribeirão Preto aguardando sentença. Vai a júri popular apenas crimes como homicídio. Gunello e Marques sempre afirmaram que são inocentes. Eles se dizem vítimas de fofocas de vizinhos.

O advogado de defesa do casal, Luiz Carlos Bento, afirma que o menino pode ter tido o pulso quebrado por enfermeiros do Samu (Serviço Móvel de Urgência).

Gustavo, espancado até a morte

Gustavo Raphael Rodrigues Paulino Ferreira, 1 ano e 4 meses, morreu após ser espancado em uma pensão no Centro de Ribeirão Preto em janeiro deste ano.

O principal suspeito do crime é o padrasto, Edilson Roberto Nogueira, 23 anos, que foi preso em flagrante.

De acordo com a denúncia do MP, Vanessa Paulino, mãe de Gustavo, chegou no quarto da pensão e encontrou o menino lesmaiado e cheio de hematomas. Ela questionou o padrasto e ele disse não saber o que havia acontecido.

Vanessa levou a criança para a Unidade Básica Distrital de Saúde da área central, onde os médicos constataram que ele estava com uma fratura no crânio e com sinais de espancamento. Por causa da gravidade dos ferimentos, Gustavo foi transferido para a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, mas morreu uma hora depois.

Polícia Militar foi chamada e Vanessa delatou o companheiro. Os policiais militares foram até a pensão e prenderam o rapaz e negou o crime. Levado à delegacia, ele foi autuado por homicídio qualificado e encaminhado ao Centro de Detenção Provisória.

Kamilyly tinha só um ano e nove meses

Kamilyly Cristina Pereira, 1 ano e nove meses, morreu cinco dias depois de ter dado entrada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas.

O principal suspeito do crime é o padrasto André Fiúza Marçal, 19 anos, acusado de ter espancado e estuprado a enteada. Ele foi preso por tortura e está preso no Centro de Detenção Provisória.

Kamilyly deu entrada no hospital com traumatismo craniano e marcas de queimaduras e mordeduras pelo corpo.


Quando a mãe da criança, Jaqueline Pereira, a menina era vítima das mordidas e dos socos do padrasto.

"Ele me mordava e me espancava. Ele me machucava até machucar. Eu não denunciei porque ele me ameaçava", afirmou em entrevista anterior. Ela também estava machucada e cheia de hematomas.

Isso me surpreendeu os vizinhos da família que na época disseram que Kamilyly tinha um amor especial por André e que o padrasto era o pai dela.

Os vizinhos também afirmaram à polícia que algumas vezes viam a menina com o braço e a perna machucados, mas que a mãe dizia que ela havia caído da cama ou da mesa.

Sábado, 20 de fevereiro de 2010

Tamanho da letra: 

Mãe é acusada de agredir filhos com vassouradas

Uma ocorrência de maus tratos foi registrada na noite desta sexta-feira (18), uma mãe de 29 anos foi acusada de bater e abandonar os quatro filhos embaixo de chuva em uma propriedade rural de São Carlos.

O fato aconteceu por volta das 18hs. A equipe de reportagem do **São Carlos Dia e Noite** esteve no local e apurou que o pai V.M.P. de 50 anos é amasiado e que estava tendo problemas no seu relacionamento devido a traição da sua amasia P.A.T., 29. Segundo consta a mãe já havia ameaçado deixar os filhos com pai para ir embora

Na sexta-feira por motivos a serem apurados a mãe foi acusada de bater com uma vassoura dois dos quatro filhos, um de 10 e outra de 6 anos. Além disso há a informação que a mãe teria abandonado os filhos na chuva.

A PM e o Conselho Tutelar foram acionados e conduziu as partes até o Plantão Policial. O delegado Caio Gobato elaborou boletim de ocorrência de maus tratos.

As crianças ficaram sob a custódia do Conselho Tutelar e foram encaminhadas ao Albergue Infantil. Foi solicitado exame de corpo de delito para a comprovação das agressões feitas contra as crianças. A mulher foi liberada.

O caso agora será acompanhado pela Delegacia de Defesa da Mulher e pela Vara da Infância e Juventude.

FOLHAONLINE

09/10/2009 - 11h28

Mãe acorrenta filho de 9 anos e é presa em São Carlos (SP)

LUCAS REIS
da Folha Ribeirão

sumo carcere privado e maus tratos

Um garoto de 9 anos foi acorrentado ao pé da cama pela própria mãe na manhã de quinta-feira (8), no bairro Vila Isabel, em São Carlos (232 km de São Paulo). A Polícia Militar fez o flagrante após denúncia anônima feita ao Conselho Tutelar. A criança ficou presa por sete horas. Segundo afirmou a mãe, o garoto estava "dando trabalho e não obedecia".

A mãe do menino foi presa em flagrante e autuada por cárcere privado e maus tratos. Ela foi encaminhada à cadeia de Ribeirão Bonito no início da noite de ontem. Na casa, também estavam o pai e uma irmã do garoto, no momento do flagrante.

inco minhamenta

justificativa contestado

"Ela [a mãe] argumentou que a criança estava causando problemas na escola e em casa, e que não obedecia mais. Disse que não teve alternativa e o acorrentou. O Conselho Tutelar recebeu uma denúncia e a polícia constatou o crime no local", disse a delegada Denise Gobbi Szakal, da DDM (Delegacia da Defesa da Mulher) e da DIG (Delegacia de Investigações Gerais).

contestado

Segundo a delegada, a corrente foi comprada anteontem e, antes de sair para o trabalho, a mãe prendeu o filho. "A ideia dela era mantê-lo preso enquanto ela pudesse trabalhar", afirmou. A criança não tinha marcas de agressão. "Pelo que apuramos, foi a primeira vez que ela acorrentou o filho", disse.

Em novembro do ano passado, um adolescente de 17 anos foi encontrado acorrentado pelo pé, no bairro Ipiranga, em Ribeirão Preto.

A mãe confessou que o acorrentou na cama. Ela justificou que o filho tem problemas mentais e estava usando drogas. No entanto, o próprio adolescente chamou a polícia, já que a mãe esqueceu um celular ao alcance dele. A mãe não foi presa em flagrante, mas foi autuada por cárcere privado. À época, ela afirmou à Folha que, se fosse preciso, acorrentaria o garoto novamente.

Endereço da página:

<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u635863.shtml>

Copyright Folha Online. Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução do conteúdo desta página em qualquer meio de comunicação, eletrônico ou impresso, sem autorização escrita da Folha Online.

19/05/2009 às 09:27h | Redação São Carlos Agora

Vigilante de 66 anos é preso acusado de tentar abusar de adolescente

No dia do combate ao abuso, policiais militares de São Carlos prenderam na noite desta segunda-feira (18) um vigilante de 66 que estava prestes a praticar sexo com um adolescente de 14 anos. Gonzaga Rufino Domingos foi surpreendido em sua cama sobre o menor. Ele recebeu voz de prisão e disse que este não seria o primeiro caso e que já havia abusado de outros menores na sua própria casa.

A prisão aconteceu por volta das 19h20 na rua Joaquim Augusto Ribeiro de Souza, 1153 – casa 03, Santa Felícia. Os policiais militares cabo Coelho e soldado Ricardo Augusto foram informados por um vizinho que possivelmente Domingos estaria abusando de menores, já que era comum a entrada e saída de crianças e adolescentes de sua residência e que naquele momento havia acabado de entrar um garoto. Os PMs foram até o local e aguardaram ao lado da janela do quarto do imóvel, que fica nos fundos de um conjunto de kitnets. Por mais de 20 minutos os policiais ouviram palavras com tom sexual desferidas pelo vigilante.

Percebendo que realmente a denúncia se confirmava os policiais resolveram entrar no local. Quando eles ganharam o quarto avistaram a lamentável cena onde o vigilante estava sobre o adolescente. Ambos estavam vestidos, mas o próprio acusado confessou que praticaria sexo anal e oral com o menor. Um dos policiais ainda fez uma foto para servir como prova para incriminar o vigilante.

A equipe de reportagem do São Carlos Agora esteve no local e conversou com Domingos. Ele confessou que frequentemente praticava sexo com adolescentes e normalmente costumava ser passivo. “Eu acho que sou doente. Não tem o viciado em drogas? Eu sou igual, não consigo parar”. O vigilante declarou que desde os 13 anos está nesta vida. Segundo ele, para atrair as vítimas oferecia dinheiro, guaraná e bolachas. Para intimidar suas vítimas ele ameaçava de morte os pais dos adolescentes. Vizinhos da casa disseram que diariamente menores eram vistos entrando e saindo da casa do acusado. “Todo dia era um entra e sai. Pensei em denunciar, mas fiquei com medo. Um dia ele chamou a minha filha de 3 anos para ir até a casa dele, mas desconfiada não deixei”, disse uma das vizinhas que não quis se identificar.

No quarto os policiais encontraram várias camisinhas, porém Domingos disse que não usava preservativos em seus atos sexuais.

O vigilante trabalhava em uma empresa de segurança da cidade e prestava serviços na pista de skate do Santa Felícia, onde na maioria das vezes escolhia as suas vítimas, já que o local é bastante frequentado por adolescentes.

Domingos foi encaminhado ao Plantão Policial onde foi autuado em flagrante por atentado violento ao pudor e recolhido ao centro de triagem. O delegado Gerado Souza Filho classificou o ato do acusado como nojento e irracional e parabenizou os PMs pela prisão. Ele acredita que com a divulgação do caso pela imprensa, novas vítimas deverão aparecer.



Segunda, 08 de Fevereiro de 2010 - 23h32

Mãe de Kamilly é indiciada por omissão

Para a polícia, Jacqueline Cristina Pereira não evitou as agressões do padrasto da menina, que também foi indiciado por tortura

Jucimara de Pauda

Foto: F.L.Piton / A Cidade

Jacqueline Cristina Pereira, 21 anos, mãe de Kamilly Vitória Pereira, de 1 ano e nove meses, vítima de espancamento e estupro, foi indiciada por omissão.

O padrasto da menina André Marçal, de 19 anos, foi indiciado por tortura. Ele é o principal suspeito de ter dado 35 mordidas na criança que, segundo laudo do IML (Instituto Médico Legal) estava com a orelha, barriga, bochecha e os dedos machucados.

De acordo com o laudo, a menina também sofreu abuso sexual e estava sem alguns dentes.

Kamilly deu entrada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas no dia 30 de janeiro, com traumatismo craniano, e morreu cinco dias depois.

OMISSÃO DE SOCORRO A mãe de Kamilly deixou a delegacia nesta segunda-feira, após prestar novo depoimento

"Nós indicamos a mãe por tortura porque ela tinha a obrigação de impedir que o companheiro agredisse a filha e ela não fez isto. Também vou sugerir que o padrasto seja enquadrado em tortura e não homicídio qualificado", afirmou a delegada Maria Beatriz Moura Campos, titular da Delegacia de Defesa da Mulher.

Jacqueline disse na delegacia que não impediu o marido de agredir a filha e nunca contou nada a ninguém porque tinha medo de represálias.

André foi preso em flagrante e está detido no Centro de Detenção Provisória.

BUSCA

Crianças pedem socorro após espancamento

Menino de sete anos tem marcas pelo corpo

28/03/2008 - 20:41
EPTV Campinas

Dois primos, um de sete e outro de dez anos, foram levados ao Conselho Tutelar de Ribeirão Preto pela suspeita de maus tratos, sendo que o principal suspeito é pai do menino mais novo. As marcas da agressão estão espalhadas pelo corpo da criança mais nova, nas pernas, costas e na barriga. Ele contou que o pai batia com mangueira e o queimava com cigarro. Contou ainda que precisava levar R\$ 5 todos os dias para casa, caso contrário era espancado e não podia frequentar a escola.

As crianças pediram ajudar em um posto de gasolina na Via Norte. De acordo com o segurança do local, não foi a primeira vez que eles apareceram por lá. Após passarem pelo Conselho Tutelar, eles foram levados para abrigos. O mais velho não quis ficar e foi entregue a mãe.

O garoto mais novo disse que não quer mais voltar para casa. "Eu só vou sair do conselho depois que eu crescer", disse.

O Centro de Atendimento à Criança e Ao Adolescente Vitimizado (Cacav) vai fazer Um boletim de ocorrência contra os pais do menino de sete anos, por violência física. Ao mesmo tempo, um inquérito vai ser aberto pelo juiz da Infância e Juventude, Paulo César Gentile. Os pais podem até perder a guarda do filho.

ANEXO 15 – Fichas de notificação – Encontro 9

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei n.º 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO				
Data do atendimento: ____/____/____				
Unidade: _____				
Endereço da unidade: _____				
Telefones.: _____				
Profissionais envolvidos no atendimento (Incluir categoria profissional): _____ _____				
II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE				
Nome: _____				
DN: ____/____/____				
Idade: _____	Sexo: _____	Registro na unidade: _____		
Filiação: _____				
Responsável(is) Legal(is): _____				
Acompanhante: _____				
Grau de Relacionamento: _____				
Endereço: _____				
Telefone para contato: _____				
Referência para localização: _____				
III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)				
Maus-tratos identificados/Causador (es) provável dos maus-tratos:				
Abuso Físico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Abuso Sexual	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Abuso Psicológico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Negligência	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Abandono	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros () _____
Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____				
Síndrome não especificada de maus-tratos _____				
Descrição sumária do ocorrido: _____ _____				

<hr/> <hr/> <p>IV • DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>V • CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p>Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em ____/____/____</p>	
<p>ATENÇÃO: assinatura e carimbo da Direção</p>	<p>Ver instrutivo no verso da ficha</p>

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação		
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento		
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	
14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		15 Número do Cartão SUS			
Dados de Residência	16 Nome da mãe		17 UF		
	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares				
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
	34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado Física Visual Transtorno mental Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		Código (IBGE)
	38 Distrito		39 Bairro		
	40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência		
	46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					

Tipologia da violência	51 Tipo de violência	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	52 Meio de agressão	1- Sim 2- Não 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante
	<input type="checkbox"/> Psicológica/Moral	<input type="checkbox"/> Financeira/Econômica	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente
	<input type="checkbox"/> Tortura	<input type="checkbox"/> Negligência/Abandono	<input type="checkbox"/> Obj. contundente	<input type="checkbox"/> Envenenamento

Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral

Consequências da violência	55 Procedimento realizado	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B

Lesão	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST

Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Queimadura
	01 - Contusão	04 - Fratura

Dados do provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)	10 - Órgãos genitais/ânus
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula

Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos	1- Um	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	61 Sexo do provável autor da agressão	1- Masculino	62 Suspeita de uso de álcool	1- Sim
-------------------------------------	-------------------------	-------	---	---------------------------	---------------------------------------	--------------	------------------------------	--------

Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde	1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores	1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Evolução e encaminhamento	65 Violência Relacionada ao Trabalho	<input type="checkbox"/>	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	<input type="checkbox"/>	67 Circunstância da lesão	CID 10 - Cap XX
---------------------------	--------------------------------------	--------------------------	--	--------------------------	---------------------------	-----------------

Evolução e encaminhamento	68 Classificação final	<input type="checkbox"/>	69 Evolução do caso	<input type="checkbox"/>	70 Se óbito por violência, data	71 Data de encerramento
---------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------------------	-------------------------

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
------------------------------	--	--

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

ANEXO 16 – Cartão de agradecimento - Grupo A

"Thais"

"Os sonhos se realizam para aqueles que trabalham enquanto sonham."

Obrigado por nos fazer sonhar com um mundo melhor e menos desigual.

R.S.

No. B 825 "Borboletas do Campo"
Original pintado com a boca por

Adriano

Jung Eun Hwang

Aprendemos
juntos a
cuidar das
pessoas com

amor e carinho.

Sua passagem nos
mostrou isso!
Sucesso...

Thais

Agradecemos muito pelo que nos ensinou. Continue acreditando em fazer sempre o melhor e acreditando em mudanças. Você já fez diferença! Lembrei de vc com muito carinho.

Bjauum



Pinturas com a Boca e os Pés
Rua 1008, 425 - CEP 04141-001 - São Paulo

Thais
Deus te abençoe
Bjauum



Thais,

Obrigada pela competência profissional e pela simpatia pessoal.

Thais, você é uma daquelas poucas pessoas que ao pensarem pelas necessidades, só pensam finanças, mas permanecem no coração, um grande beijo

Thais, muito obrigada pela capacitação, faz muito bem - proveitosa.

Thais, Obrigada pela sua colaboração e dedicação.

Querida Thais, sou que te abraço pelo conhecimento que não passa, espero que haja em sua vida muitas conquistas

Muito obrigado pela capacitação, todo conhecimento adquirido será utilizado em nosso trabalho.

Thais, muito obrigado pela sua colaboração e pela sua contribuição na ampliação do nosso olhar e na melhoria do nosso trabalho!

Thais, parabéns pelo trabalho desenvolvido e por ter fortalecido a equipe em seu saber-fazer.

Thais, obrigada por sua contribuição para engrandecer nosso trabalho como equipe São de da Família.

Thais, agradecemos sua contribuição para o fortalecimento de nossa equipe!

Obrigado pela sua contribuição em nós, pois o conhecimento nunca é demais e pela pessoa que você é.