

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

TESE DE DOUTORADO

MILICA SATAKE NOGUCHI

**O DITO, O NÃO DITO E O MAL-DITO
O FONOAUDIÓLOGO DIANTE DA VIOLÊNCIA FAMILIAR
CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

ORIENTADORA: PROFA. DRA. SIMONE GONÇALVES DE ASSIS

JUNHO DE 2005

À Lia,

*por me lembrar sempre, do melhor que há em mim,
por iluminar minha vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Simone Gonçalves de Assis, pelo incentivo e compreensão nos momentos mais difíceis deste percurso.

A Fiocruz pelo financiamento da bolsa que foi de grande importância.

Ao pessoal do Claves que me ajudou em várias etapas deste trabalho.

Aos meus colegas e professores da ENSP pelos ensinamentos cujas marcas estão presentes nesta tese.

Agradeço ao Ivan por ser meu parceiro na minha maior alegria.

(E agradeço também pelos inúmeros trabalhos de tradução!)

Agradeço aos meus tios Tatsuo e Thereza, exemplos de generosidade, por estarem sempre ao meu lado.

Agradeço também à Batian, à vovó Iara, ao tio Mau e à tia Aziza pelo amor que têm pela Lia.

Agradeço as minhas amigas Gisele, Susan e Jac, companheiras de infindáveis conversas.

Agradeço ao Jayana, Adalberto Aita, Plínio e Regina de Castro que cuidaram da minha alma. À Regina, agradeço também pelo seu incentivo que foi imprescindível na finalização deste trabalho.

E finalmente, agradeço a Existência,
por me permitir encontrar a Morte, que se tornou minha grande Conselheira;
e por me ensinar a abraçar a Vida - que seja minha longa companheira!

RESUMO

Esta tese apresentada no formato de três artigos científicos procurou compreender como os fonoaudiólogos vêm enfrentando o problema da violência familiar contra crianças e adolescentes e como este tema vem sendo abordado na produção científica da área.

O pressuposto central deste trabalho é de que existem especificidades da atuação e da formação fonoaudiológica que propiciam a experiência com os maus-tratos no cotidiano profissional, mas ao mesmo tempo, dificultam o enfrentamento destes casos.

O primeiro artigo teve o objetivo de chamar a atenção do fonoaudiólogo para esse grave problema, discutindo seu papel enquanto profissional integrante da rede de proteção à infância e sua importância na identificação, condução e prevenção dos maus-tratos. Por se tratar de um assunto ainda pouco tematizado na área, este trabalho procurou ser didático nos seus propósitos de orientar os profissionais brasileiros sobre a importância de se capacitarem para um melhor atendimento.

O segundo e o terceiro artigo foram baseados em dados originais de um inquérito realizado com fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro no ano de 2003. Estes trabalhos procuraram compreender as dificuldades enfrentadas por este profissional diante dos casos de maus-tratos buscando outras vias explicativas, além da falta de informação e qualificação. Além disso, os resultados deste inquérito possibilitaram conhecer a ocorrência da violência familiar na população que recebe atendimento fonoaudiológico.

Além do caráter descritivo e exploratório deste estudo inédito no país e na literatura de língua inglesa, a tese como um todo, teve também um caráter bibliográfico já que analisou todos os estudos encontrados sobre Fonoaudiologia, distúrbios da comunicação e violência familiar revelando uma escassez de publicações internacionais e nacionais acerca deste problema.

O isolamento que caracteriza a atuação do fonoaudiólogo, a tradição de uma prática corretivo-normatizadora, uma prática clínica pouco embasada teórica e metodologicamente e ainda, o distanciamento das instituições públicas fizeram com que o problema dos maus-tratos permanecesse à margem da pauta de debates da Fonoaudiologia no Brasil. A compreensão destes fatores é fundamental para que o processo de capacitação e disseminação de informação para esta categoria profissional seja efetivo.

ABSTRACT

This thesis consists of three scientific articles aiming at understanding how speech and hearing pathologists face child abuse and neglect and how this subject has been analyzed in the literature.

The basic assumption of this work is that speech pathologists' practice characteristics, together with their professional background, frequently expose them to abuse cases. Nevertheless, these same characteristics and background also make it difficult to handle these cases.

The first article's goal is to draw speech therapists attention to this serious problem. It discusses their roles as professionals which are part of a child protection network and the importance of their actions to prevent, identify and treat abuse. As this subject is still rarely treated in the speech therapists community, this article is also intended to be a didactical guide for Brazilian professionals who want to become capable of treating abuse.

The second and third articles were based on original data acquired through a survey conducted in 2003 with speech and hearing therapists in the municipality of Rio de Janeiro. These articles try to understand the difficulties faced by these professionals when treating abused patients, by searching causes other than the lack of information and training. Additionally, the results of this survey allowed understanding the occurrence of child abuse and neglect within the subset of the population that undergoes speech and hearing pathologist treatment.

In addition to its exploratory and descriptive aspects, this study also presents a literature review of child and adolescent abuse in the fields of speech pathology, speech and language disorders and domestic violence. This study did not find any similar analysis in Brazil and in the English language literature, evidencing a scarcity of national and international publications about the subject.

The isolation that characterizes speech and hearing pathologists practice, their tradition of intervention focused on the pathology, a weak theoretical and methodological clinical practice, and their absence in public institutions keep child abuse theme marginal in the Brazilian speech and hearing pathology community. Understanding these issues is needed for effectively capacitating and providing information on child abuse to this professional category.

Palavras-chaves:

Maus-tratos infantis; Negligência infantil; Fonoaudiologia; Transtornos de linguagem
Distúrbios da fala

Key-words:

Child abuse; Child neglect; Speech language and hearing science; Language disorders;
Speech disorders

SUMÁRIO

	Páginas
1. INTRODUÇÃO	08
2. REVISÃO DA LITERATURA	13
2.I. Distúrbios da comunicação e maus-tratos	15
2.II. Maus-tratos na população portadora de deficiência e de distúrbios da comunicação	28
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	34
3.I. Violência familiar contra a criança e o adolescente sob a ótica da Saúde Pública: quebrando o ciclo da violência	34
3.II. Linguagem, Fonoaudiologia e maus-tratos	39
3.III. Aspectos metodológicos do estudo quantitativo	43
3.IV. Aspectos éticos e sua repercussão na metodologia	50
4. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS	58
1º. Artigo - Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção	58
2º. Artigo - Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência	79
3º. Artigo – O silêncio dos inocentes: características dos maus-tratos no atendimento fonoaudiológico	91
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
7. ANEXO - QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ARTIGO 2 E 3	116

1. INTRODUÇÃO

O título deste trabalho, que remete a dois livros do eminente lingüista francês Oswald Ducrot, criador da Semântica Argumentativa – *O dizer e o dito* e *Dizer e não-dizer* – reflete, de certa forma, todo o seu conteúdo. Realizou-se uma busca bibliográfica no intuito de analisar o que vem sendo *dito* sobre Fonoaudiologia e violência familiar contra crianças e adolescentes. O que se revelou foi um *não-dito*, isto é, uma escassez de artigos sobre este tema no Brasil e no exterior. Mas qual o sentido desse *não-dizer*, desse silêncio, já que, como afirma Orlandi (1997), há sempre um sentido no silêncio? Procurou-se, com este trabalho, compreender e tornar visível o *não-dito*, o excluído, o interdito, o dito pela metade, o *mal dito* sobre um tema cercado de temores e dúvidas, considerado ainda como “*maldito*”.

O **objeto** deste trabalho é a atuação de fonoaudiólogos que trabalham no município do Rio de Janeiro/RJ frente aos casos de violência familiar contra crianças e adolescentes. Este tema tem interesse para as diversas áreas do conhecimento que lidam com a promoção de saúde e o bem-estar social nessa faixa etária. O principal **objetivo** foi o de captar o conhecimento e as formas de atuação do fonoaudiólogo diante da violência familiar contra a criança e o adolescente. Procurou-se com este trabalho também, compreender os fatores que fizeram com que esta questão fosse negligenciada pela Fonoaudiologia.

Além de introduzir o problema da violência familiar, balizado pela ótica da saúde pública no contexto da atuação fonoaudiológica no Brasil, o presente estudo se propõe a fornecer ferramentas que auxiliem esse profissional no enfrentamento desse grave problema. Esta tese partiu do **pressuposto** central de que existem especificidades da atuação e da formação fonoaudiológica que propiciam a experiência com os maus-tratos no cotidiano profissional, embora na prática se destaque a dificuldade para intervir diante desses casos.

O fenômeno da violência tem se manifestado de forma mais intensa nas últimas décadas, especialmente no que se refere à violência social. Nos anos 60, o setor de saúde tratava a violência apenas a partir da posição de espectador ou reparador de danos (Minayo & Souza, 1999). Esse fenômeno era considerado de competência somente do exército, polícias e aparatos da justiça criminal. No século XXI, esta visão se transformou, reconhecendo-se claramente que a violência permeia a sociedade como um todo e precisa, necessariamente, ser enfrentada em conjunto por todos os setores da sociedade.

A violência é gerada nos processos sociais, levando pessoas, grupos, instituições e sociedades a se agredirem mutuamente, a se dominarem, a tomarem à força a vida, o psiquismo, os bens e/ou o patrimônio alheio (Ministério da Saúde, 1993).

A violência é um fenômeno complexo porque está presente em todas as sociedades. É ambígua, pois é considerada ora como fenômeno positivo, ora como negativo (Minayo & Souza, 1999). Além disso, a soma das verdades individuais não reproduz a verdade social e histórica. Minayo (1994: 7) afirma ainda que “na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais e do plano individual” e que, apesar de a violência não ser um problema específico da área de saúde, “ela afeta a saúde” e está presente nas instituições do setor, assim como em toda a sociedade.

Para os estudiosos da violência provenientes tanto da área da saúde quanto das ciências sociais, esta se apresenta como um fenômeno cuja origem se assenta na interação de fatores sócio-históricos e subjetivos, ao mesmo tempo em que “questiona a postura reducionista que privilegia a causalidade biológica pura e simples assim como a unicausalidade macro e microsocial [...] Busca-se a inteligibilidade desse fenômeno, considerando-o de forma complexa, histórica, empírica e específica” (Minayo, 2003: 24).

A violência não estabelece relação de causalidade com a pobreza e nem se reduz ao problema da criminalidade. Essa visão, que ainda nos dias de hoje é bastante difundida, já se configura como foco de preocupação desde séculos passados, considerando evidentemente os diferentes sentidos que estes termos tiveram ao longo dos tempos. Himmelfarb (1988) discute, em um dos capítulos de *La idea de la pobreza*, como foi construída a associação entre classes trabalhadoras e classes perigosas no início do século XIX na Inglaterra. Atualmente essa visão é bastante criticada, principalmente por simplificar o problema da violência excluindo fatores diversos imprescindíveis para a sua compreensão e por responsabilizar a população pobre pela violência, quando esta é, na verdade, sua principal vítima.

A violência é hoje um grave problema no Brasil. Segundo Minayo & Souza (1999), até a década de 60, a violência situava-se em 4º lugar no perfil de mortalidade geral, passando a 2º lugar nos anos 80 e 90, mantendo-se assim no novo século. A Classificação Internacional de Doenças considera a violência como “causa externa”, abrangendo diferentes eventos tais como: todos os tipos de acidentes (inclusive o de transporte); lesões auto-provocadas voluntariamente; agressões; eventos cuja intenção é indeterminada; intervenções legais e operações de guerra; efeitos tardios provocados por

lesões acidentais ou violentas; e até mesmo complicações de assistência médica e cirúrgica (OMS, 1996). Como analisou Deslandes (1999: 82), considerar a violência como “causa externa” revela o paradoxo que representa esse tema para a área de saúde: “a violência desafia os saberes hegemônicos no campo da saúde [porque] não é uma doença embora cause dor, lesões, sofrimento e morte”. Inserir a violência sob a rubrica de “causas externas” reflete o paradigma biomédico hegemônico que a considera como “variável ambiental”, como algo externo à agenda da saúde (Deslandes, 2002).

Minayo & Souza (1999) afirmam que, no Brasil, a inclusão do tema da violência na área da saúde foi fragmentada e progressiva. Os primeiros a tomarem consciência sobre o tema foram os psiquiatras e os epidemiologistas na década de 70, sendo que o incremento maior da contribuição científica se deu nos anos 80. Nessa década, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e, posteriormente, criaram organizações não-governamentais.

Todavia, a área de saúde tem tradicionalmente centrado sua atuação nos efeitos da violência: na reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações (Minayo, 1994). Mais recentemente tem se preocupado em contemplar os aspectos psicossociais e psicológicos das vítimas, além de ampliar seu foco de atenção para o campo da prevenção. Espera-se atualmente que o setor de saúde possa não só ampliar seu paradigma de atuação, como ser formulador competente no campo das políticas sociais (Minayo & Souza, 1999). Para tanto, outras áreas do campo da saúde pública precisam integrar o escopo das ações de prevenção, atenção e reabilitação.

A relação entre violência social e violência interpessoal pode ser entendida a partir da noção de rede onde cada forma de violência se articula entre si: a violência banalizada dentro da família é potencializadora da violência social em geral, corroborando para a continuidade de uma cultura de violência (Brasil, 2002; Brasil, 2003). Apesar da complexidade do tema, muito pode ser feito pela questão. Como afirma Minayo (2003: 44), “enquanto seres históricos, o presente e o futuro são criações dos homens e das mulheres juntos, com o barro que está a seu alcance”.

Uma das formas mais frequentes de violência é a que ocorre no seio familiar, especialmente os maus-tratos contra crianças e adolescentes, dependentes da dominação adultocêntrica e da noção de pátrio poder. Segundo Minayo (2003: 42), “as diferentes formas de violência se articulam criando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamentos, atitudes e práticas”. Essas formas de agressão

interpessoal culturalmente naturalizadas constituem um ambiente sócio-cultural adverso potencializando a violência social, mas ao mesmo tempo se alimentando dela.

Na década de 60 do século XX, a violência contra a criança começou a chamar atenção do meio médico. Com a descrição da “Síndrome da criança espancada”, a pediatria americana introduziu a área de saúde no enfrentamento da violência. No Brasil, a década de 80 é o marco do momento em que essa forma de violência se torna alvo de ações de saúde. Mas apenas nos anos 90 se constatou um momento mais integrado de sensibilização dos profissionais de saúde, especialmente de pediatras, seguidos pelos enfermeiros e psicólogos. Pouca produção surgiu de áreas como Odontologia, Fisioterapia e Fonoaudiologia (Assis & Constantino, 2003).

Na Fonoaudiologia, são raros os estudos nacionais e escassos os trabalhos internacionais referentes ao fonoaudiólogo e sua experiência com o problema da violência familiar contra crianças e adolescentes. Diante da precariedade de trabalhos sobre este tema, o presente estudo, de caráter descritivo e exploratório, embora inédito no país, está apresentado da seguinte forma:

Inicialmente apresenta uma revisão da literatura de artigos publicados em inglês e português sobre Fonoaudiologia e maus-tratos que indicam os aspectos vulneráveis e os limites que precisam ser superados. Como não foi encontrado nenhum estudo nacional ou internacional sobre como o profissional dessa área vem enfrentando o problema dos maus-tratos, a revisão enfocou a relação entre distúrbios da comunicação e maus-tratos, além de discutir como essa forma de violência atinge a população portadora de deficiência comumente atendida por fonoaudiólogos.

Em seguida, apresenta uma fundamentação teórico-metodológica dos principais aspectos que embasam o estudo do tema: violência familiar contra a criança e o adolescente; modelos lingüísticos, prática fonoaudiológica e violência familiar; aspectos éticos da pesquisa sobre maus-tratos e materiais e métodos empregados na pesquisa empírica.

A seguir, são apresentados três artigos científicos pioneiros no tema com enfoque a partir da Fonoaudiologia, elaborados para a presente tese. Buscam ser didáticos e capazes de orientar os profissionais brasileiros sobre a importância de se capacitarem para um melhor atendimento.

O primeiro artigo foi publicado no periódico brasileiro mais conceituado da área de Fonoaudiologia, *Pró-Fono - Revista de atualização científica*, sob o título **“Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção”**. Teve o objetivo de chamar a atenção do fonoaudiólogo para esse grave

problema, discutindo seu papel enquanto profissional integrante da rede de proteção à infância e sua importância na identificação, condução e prevenção dos maus-tratos.

O segundo artigo, publicado no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*, tem como título **“Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência”**. Visa buscar vias explicativas para esta intrigante “lacuna” de publicações nacionais sobre o fonoaudiólogo diante do problema dos maus-tratos infantis. Baseado em dados originais de um inquérito realizado com fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro no ano de 2003, o artigo discute as dificuldades do profissional da saúde em identificar e conduzir os casos de maus-tratos e procura na história da Fonoaudiologia algumas “pistas” que podem ajudar a compreender essa lacuna.

O terceiro artigo intitulado **“O silêncio dos inocentes: características dos maus-tratos no atendimento fonoaudiológico”**, apresenta dados do mesmo inquérito realizado com fonoaudiólogos do Rio de Janeiro acerca de suas experiências e conhecimentos sobre crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Procura traçar um perfil das vítimas atendidas, de seus agressores e de sua queixa fonoaudiológica, debatendo sobre a importância de saber reconhecer e conduzir o problema.

Finalmente, são tecidas considerações finais que procuram discutir as limitações do trabalho, as áreas em que o tema precisa ser mais debatido no país e os caminhos futuros para os fonoaudiólogos que encamparem o atendimento a crianças e adolescentes vítimas da violência familiar.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O problema da violência familiar contra crianças e adolescentes vem despertando, nas últimas décadas, grande interesse do setor da saúde no Brasil, sendo responsável por um número expressivo de publicações sobre o tema (Assis & Constantino, 2003).

A violência familiar contra crianças e adolescentes, considerada nesta tese como sinônimo de maus-tratos perpetrados por familiares sobre esses seres em desenvolvimento, se “manifesta nas relações interpessoais que ocorrem entre os membros de uma família, através de atitudes, omissões ou ações de caráter físico, sexual, verbal, emocional e moral de uns com os outros, causando prejuízo a um ou mais dos familiares. As crianças e adolescentes costumam ser vítimas privilegiadas, por serem hierarquicamente menos poderosas no equilíbrio familiar e pelo grau de fragilidade e dependência próprias dessas faixas etárias” (Assis & Constantino, 2003: 170).

Em um levantamento bibliográfico realizado pelos autores, os temas abordados nos estudos brasileiros centram-se sobre os fatores associados e as conseqüências dos maus-tratos para a saúde da criança; representações sociais de crianças e mães sobre as agressões; estudos sobre tipos específicos de violência; hospitalização por maus-tratos e implicações para os profissionais envolvidos; serviços de atendimento para casos de maus-tratos; capacitação dos profissionais da saúde e suas relações com outros setores responsáveis, a exemplo dos Conselhos Tutelares. Diversos trabalhos procuram também sensibilizar os profissionais da saúde e muitas áreas além da medicina – em especial a enfermagem, a psicologia e a odontologia – passaram a se debruçar sobre o problema dos maus-tratos infantis. Não há uma tradição de estudos relacionando violência familiar com a área da Fonoaudiologia.

A revisão da literatura aqui apresentada tem o intuito de levantar os artigos que tratam da relação entre distúrbios da comunicação e violência familiar contra crianças e adolescentes na literatura de língua inglesa e portuguesa.

Buscou-se levantar os artigos publicados em periódicos nas seguintes bases de dados: APA, ISI, LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO. O período consultado refere-se ao ano de início de cada base até o ano de 2004; o mais antigo é o PUBMED, de 1950. Foi realizada também uma busca nas referências bibliográficas de diversos trabalhos. Os artigos foram obtidos em bibliotecas ou solicitados pelo COMUT.

As palavras utilizadas para a busca foram: *child abuse*, *neglect* ou *child maltreatment* combinadas com *language*, *speech* ou *communication*. Em inglês, assim

como em português, existe uma diferença conceitual entre os termos *speech* (fala), que se refere aos aspectos fonético-articulatórios envolvidos na produção verbal, *language* (língua), aos aspectos lingüístico-cognitivos intra e interpessoais, e *communication* (comunicação), que é um termo mais amplo utilizado em outras áreas de conhecimento e que esteve filiado inicialmente à teoria da comunicação. Uma discussão mais detalhada está presente no item deste trabalho intitulado Língua, Fonoaudiologia e maus-tratos.

Os distúrbios da comunicação também são tematizados em artigos cuja busca foi baseada em termos como *cognition*, *mental disorders*, *child development* ou *intelligence*, combinadas com *child abuse*, *neglect* ou *child maltreatment*. No entanto, nesses trabalhos tais distúrbios são abordados como um dos processos dentre outros que podem estar comprometidos em crianças e adolescentes vítimas de abuso. Os estudos encontrados neste último tipo de busca não foram incluídos nesta revisão.

Na análise desses artigos são considerados **somente** aqueles que tiveram como foco principal a relação entre violência familiar contra crianças e adolescentes (abuso físico, sexual, psicológico e negligência) e distúrbios da comunicação.

Finalizada a busca, por razões didáticas, os artigos estão organizados em dois temas diferentes: a primeira parte refere-se aos estudos sobre distúrbios da comunicação e maus-tratos, e a segunda, sobre a população portadora de deficiência e maus-tratos.

Esta divisão deve-se ao fato de que foi encontrada uma riqueza e uma diversidade de questões e debates voltados para os problemas específicos que essa população portadora de deficiência enfrenta no que se refere aos maus-tratos e que serão apresentados nesta revisão, dada sua extrema relevância para o fonoaudiólogo.

Nas duas partes da revisão foram incluídos outros artigos de temas afins, com o objetivo de complementar e aprofundar a análise, dialogando com os textos estudados, contrapondo seus resultados, traçando paralelos ou acrescentando um novo olhar.

Os artigos encontrados na busca e analisados nas duas partes da revisão estão destacados nos quadros 1 e 2.

2.1. Distúrbios da comunicação e maus-tratos

Toda vez que procuramos delimitar o objeto de pesquisa (a linguagem), remetê-lo a um complexo objetivo, material, compacto, bem definido e observável, nós perdemos a própria essência do objeto estudado, sua natureza semiótica e ideológica (Bakhtin, 1981).

Foram encontrados somente quinze artigos internacionais cujo foco principal são os distúrbios da comunicação em crianças vítimas de violência familiar (tabela 1), dos quais treze foram localizados (dois não foram possíveis de se obter), representando quase a totalidade de trabalhos existentes sobre o tema nas bases pesquisadas e nas citações de artigos. Somente uma publicação nacional foi encontrada, apesar desta não estar catalogada em nenhuma das bases pesquisadas. A maioria, incluindo o artigo nacional, trata da relação entre maus-tratos e uma queixa específica bastante comum na clínica fonoaudiológica - o atraso no desenvolvimento da linguagem.

É importante ressaltar que esse quadro pode ser decorrente de um comprometimento maior, como no caso de crianças surdas e deficientes mentais, ou pode ser a queixa única ou principal da criança. Os trabalhos analisados nesta parte da revisão da literatura tratam deste último tipo de atraso no desenvolvimento de linguagem.

No que se refere à produção nacional, foi encontrada também uma dissertação de mestrado (Soltosky, 2004) acerca de determinadas habilidades lingüísticas de adolescentes institucionalizados, mas que não será analisada nesta revisão por se tratar de um estudo cujo foco não é a violência familiar.

Seguindo a ordem cronológica de publicação dos quatorze trabalhos (treze internacionais e um nacional) por década, verifica-se na tabela 1 que a maioria é da década de 80. Na década de 70 foi encontrado somente um artigo, oito na década de 80, quatro nos anos 90 e dois a partir de 2000.

quadro 1 - Artigos específicos sobre linguagem e maus-tratos

Autores	Ano	Área do periódico	Tema abordado
Blager, F.B.	1979	Psicologia / Psiquiatria	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos e efeitos da intervenção.
Allen & Oliver	1982	Maus-tratos infantis	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Allen & Wasserman	1985	Maus-tratos infantis	Aspectos verbais da interação mãe e criança
McCauley & Swisher	1987	Fonoaudiologia	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Sparks	1987	Fonoaudiologia	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Fox e cols.	1988	Fonoaudiologia	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Burke e cols.	1989	Psicologia / Psiquiatria	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Hammond e cols.	1989	Medicina (Traumatologia)	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos e a avaliação de linguagem, Intervenção/terapias/tratamentos
Coster e cols.	1989	Psicologia	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos e Aspectos verbais da interação mãe e criança
Law & Conway	1992	Medicina (Neurologia)	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
MacGregor e cols	1994	Medicina (Pediatria)	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
McFadyen & Kitson	1996	Psicologia / Psiquiatria	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Pereira & Homem	2002	Fonoaudiologia	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos
Eigsti & Cicchetti	2004	Desenvolvimento Humano	Problemas de linguagem em crianças vítimas de maus-tratos e Aspectos verbais da interação mãe e criança

Chama a atenção o reduzido número de publicações encontradas sobre o tema. Para explicar essa escassez, cumpre lembrar que neste levantamento apenas foram considerados os trabalhos que investigaram a linguagem independente de outras funções. Essa opção metodológica pode ter restringido o número de trabalhos encontrados, mas tem como mérito destacar a publicação de fonoaudiólogos e profissionais especializados na esfera da comunicação.

É decrescente o número de trabalhos sobre problemas de linguagem e maus-tratos, não somente na área da Fonoaudiologia, mas também em todas as outras áreas, seguindo na “contra-mão” da crescente produção sobre violência familiar contra crianças e adolescentes. Todos os três artigos internacionais publicados em periódicos da área de Fonoaudiologia foram divulgados somente na década de 80. Após essa década, o problema dos maus-tratos parece sair de pauta desses periódicos, e o estudo dos distúrbios da comunicação em crianças vítimas de violência passa a ser divulgado em outros veículos de diferentes áreas de conhecimento.

Os principais aspectos e temáticas abordadas nos quatorze textos estudados estão apresentados a seguir.

INTERAÇÃO PAIS-FILHOS, DINÂMICA DE VIOLÊNCIA E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

Os estudos prévios nas áreas de Psicologia e Lingüística focados principalmente no desenvolvimento sintático e no crescimento de vocabulário consideram que esses aspectos da linguagem mantêm uma forte relação com a fala materna (Eigsti & Cicchetti, 2004). Esses autores citam várias pesquisas cujos resultados apontam para: (1) uma forte correlação entre o número de sentenças produzidas pela mãe e o número de palavras diferentes produzidas pela criança; (2) um QI verbal menor em crianças de mães depressivas que conversam menos com seus filhos do que outras mães; (3) a complexidade sintática da fala da mãe tem uma correlação positiva com o desenvolvimento lingüístico da criança. No artigo desses autores foi encontrada uma forte correlação entre o QI verbal materno e a habilidade verbal da criança.

Apesar da dificuldade de se realizar estudos experimentais acerca de *inputs* lingüísticos mais empobrecidos, como nos casos de maus-tratos, considera-se que estes tenham um importante papel na aquisição de estruturas sintáticas específicas (Eigsti & Cicchetti, 2004). Desde a descrição da Síndrome da criança espancada (Kempe, 1962), pesquisadores começaram a observar que a interação entre pais e filhos nos casos de maus-tratos parecia ser diferente. Considerando a importância da mãe no desenvolvimento da linguagem da criança e o fato de que ela comumente é a principal agressora, pode-se supor que o desenvolvimento da linguagem dessa criança pode ser afetado.

A interação verbal nas díades em que há uma dinâmica de violência difere na quantidade e na qualidade. O estudo de Burgess & Conger (1978) observou em suas próprias casas a interação de famílias (1) onde uma ou mais criança foi vítima de abuso físico, (2) onde a criança foi vítima de negligência e (3) famílias sem registro oficial de maus-tratos, concluindo que mães que cometem maus-tratos são, de um modo geral, menos verbais e falam menos com seus filhos do que as mães do grupo controle. O trabalho de Eigsti & Cicchetti (2004) que, a partir da interação mãe e filho em laboratório, estudou a produção sintática e o vocabulário das crianças vítimas de abuso físico e negligência e comparou com um grupo controle, além de estudar a habilidade verbal de suas respectivas mães, encontrou que aquelas que pertenciam ao grupo de

maus-tratos produziram menos sentenças direcionadas aos seus filhos e menos perguntas do tipo sim/não. Allen & Wasserman (1985) também observaram a díade mãe/filho em laboratório, dividindo em dois grupos – um com história de abuso físico e outro sem história de maus-tratos –concluindo que as mães do primeiro grupo tendiam a ignorar seus filhos, foram menos propensas a usar meios verbais para ensinar os filhos, a nomear objetos, dar explicações e fazer perguntas a seus filhos.

Apesar de os estudos estabelecerem uma forte relação entre a fala da mãe e o nível de linguagem da criança, esses resultados não podem ser usados para inferir relações de causalidade. Ou seja, apesar dos indícios de que a interação com a mãe agressora ocasionaria transtornos no desenvolvimento de linguagem no filho, alguns estudos invertem esta relação de causalidade, como o de Coster et al. (1989).

Nesse trabalho foi comparado o comportamento de crianças e mães com dinâmica de violência com outro grupo em que não há violência, não encontrando diferenças significativas nas medidas referentes ao contingente verbal da mãe nos dois grupos. Esse achado sugere que a quebra nas habilidades verbais das crianças maltratadas é de certa forma independente da estruturação do meio verbal. Essas dificuldades de linguagem, por sua vez, fazem com que seja eliciado, das mães e de outros parceiros conversacionais, um *input* verbal menos complexo, já que este é sempre ajustado ao nível da fala da criança percebida pelo adulto. Os autores alertam, no entanto, que esses resultados podem estar distorcidos, já que foram obtidos na observação da díade em laboratório, onde não há nada que desvie a atenção da mãe e onde se pode obter um uso mais otimizado das habilidades lingüísticas, obscurecendo a real diferença entre elas. Provavelmente em suas casas, em uma situação não artificial, a comparação entre estes dois grupos de mães poderia apresentar mais divergências.

Autores como Allen & Wasserman (1985) propõem um modelo cíclico em que a não estimulação materna contribuiria para um distúrbio da linguagem (que pode ser influenciado em parte por alterações congênitas ou neurológicas) e que essa dificuldade nas habilidades lingüísticas levaria a um contínuo distúrbio na díade mãe/filho, na interação entre pares, na inteligência simbólica, na performance escolar e na auto-estima.

Os modelos correntes de abuso não consideram os efeitos dos maus-tratos como resultado de um ato isolado, mas de uma complexa interação de fatores múltiplos entre a criança e sua família, bem como o meio ambiente físico e social (McFadyen & Kitson, 1996).

Coster e colaboradores (1989), utilizando o MLU (*mean length of utterance*) como medida de maturidade lingüística, encontraram pior performance em um grupo de crianças que sofreram maus-tratos, comparativamente ao grupo controle. A diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos também foi observada nas medidas de vocabulário expressivo e no número total de palavras diferentes utilizadas. O vocabulário receptivo não mostrou diferenças significativas. No que se refere ao uso funcional da linguagem, as crianças maltratadas mostraram mais fala repetitiva, frases menos informativas, poucas frases descritivas, menos pedidos de informação, mais falas descontextualizadas.

No estudo de Eigsti & Cicchetti (2004), as crianças vítimas de maus-tratos apresentaram atrasos sintáticos (evidenciados na análise sintática da produção de verbos auxiliares em contexto obrigatório) produzindo uma linguagem menos complexa e com um conhecimento menor de vocabulário do que as crianças que não vivenciaram a violência.

MacGregor e colaboradores (1994) relataram a forte associação entre violência familiar e a ocorrência de um quadro raro denominado mutismo eletivo (em que a criança não fala em um certo ambiente, geralmente a escola, mas fala em outras situações).

Já Hammond e colaboradores (1989) sugerem que a avaliação de linguagem pode contribuir no diagnóstico de crianças queimadas por abuso ou negligência. Através da avaliação de linguagem em 27 crianças vítimas de abuso ou negligência, 81% indicaram um atraso no desenvolvimento da linguagem. Os autores recomendaram a realização de uma avaliação de linguagem em todas as crianças queimadas com suspeita de abuso ou negligência. Para estes, a avaliação deveria fazer parte do processo de investigação do abuso, além de identificar crianças que possam se beneficiar da intervenção fonoaudiológica.

A suposição de que o tipo de abuso pode ter repercussões diferentes no desenvolvimento da linguagem é apontada por Blager (1979) e Fox et al. (1988). As crianças que foram vítimas de abuso físico apresentaram maior dificuldade em relatar e usar a linguagem para comunicar idéias e sentimentos (Blager, 1979).

O estudo de Fox et al. (1988) investigou a performance de três diferentes grupos de crianças vítimas: (1) de abuso físico; (2) negligência severa e (3) negligência leve, e comparou com um grupo que não sofreu maus tratos, em três testes de compreensão de

linguagem. Os resultados indicaram diferenças significativas entre os grupos para todos os testes. Os que foram severamente negligenciados obtiveram o *score* mais baixo. As crianças que sofreram abuso físico obtiveram um *score* mais baixo que o grupo controle, e as crianças levemente negligenciadas indicaram uma menor diferença em relação ao grupo controle.

Allen & Oliver (1982), comparando grupo de crianças que sofreram abuso físico, negligência, e ambas as formas de violência com um grupo controle, também constataram pior resultado nos testes de linguagem no grupo vítima de negligência.

Os achados destes dois estudos indicaram que a negligência/abandono ocasionam maiores danos ao desenvolvimento da criança do que outras formas de abuso. Porém, não há um consenso de que as diferentes formas de violência se associam a distintos problemas de linguagem. Delimitar as diferentes formas de abuso não é uma tarefa simples, considerando que em muitos casos elas coexistem e se sobrepõem. Além disso, pode-se considerar que o abuso psicológico permeia todas as outras formas de abuso.

Também é importante ressaltar que a intensidade da agressão praticada não é o único fator a ser considerado. Apesar de os casos de violência física brutal serem mais evidentes, as formas de violência mais sutis como a violência psicológica, com agressão verbal e humilhações freqüentes, também são bastante nocivas à criança.

No estudo de Eigsti & Cicchetti (2004) não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo vítima de abuso físico com ou sem negligência e o grupo em que ocorreu somente a negligência, em nenhuma das medidas utilizadas – IPSyn (*Index of Productive Syntax*), PPVT-R (*Peabody Picture Vocabulary Test – Revised*), sentenças produzidas pela mãe, WAIS (*Wechsler Adult Intelligence Scales*). Os autores consideram que todas as crianças vivenciaram uma omissão de atenção a suas necessidades básicas e uma falta de supervisão – o que caracteriza uma situação de negligência – dificultando a diferenciação entre esses grupos. Alegam ainda que as amostras restritas aos subtipos de violência de forma “pura” podem não ser representativas e levam a uma simplificação do fenômeno dos maus-tratos.

Uma das limitações mais óbvias nos trabalhos é a seleção da amostra, usualmente crianças provenientes de programas institucionais que acolhem principalmente os casos mais severos de abuso. Esse viés de seleção possivelmente representa um perfil que não caracteriza as crianças vítimas de maus-tratos como um todo.

Sparks (1989) afirmou a necessidade de os estudos terem um grupo controle pareado de crianças não maltratadas para determinar se um problema de fala ou de linguagem está associado ao mau-trato sofrido ou se é efeito de outra variável como, por exemplo, o nível sócio-econômico. Muitos trabalhos citados pelo autor não tinham grupo controle. Coster et al. (1989) procuraram cuidadosamente parear essa variável em seu artigo, concluindo que o impacto da experiência dos maus-tratos estava acima e além do impacto que o baixo nível sócio-econômico poderia ocasionar.

Augoustinos (1987) ressaltou que, apesar da dificuldade em detectar a violência familiar nos extratos mais privilegiados, os resultados encontrados podem ser generalizados para todas as classes sociais. A autora apontou também para o fato de que a raça e a etnia, raramente consideradas nos estudos, podem ser importantes variáveis a influenciar os resultados.

Na cuidadosa investigação de Eigsti & Cicchetti (2004), os grupos foram pareados por idade, sexo, etnia, nível sócio-econômico e QI materno. A variável etnia/raça foi balanceada nos grupos considerando as diferenças existentes em expressões dialetais, como por exemplo, a tendência em omitir verbos auxiliares observada em pessoas afro-americanas.

A idade dos sujeitos também é uma variável importante a ser considerada, já que em alguns estudos com crianças muito pequenas (menos de 2 anos) as diferenças quanto ao desenvolvimento da linguagem entre os grupos ainda não é tão visível. Além disso, supõe-se que as influências adversas do meio exercem um efeito cumulativo (Coster et al., 1989). O trabalho de Burgess & Conger (1978), por exemplo, não considerou a idade dos sujeitos; no artigo de Allen & Wasserman (1985), as crianças tinham uma média de idade de 14 meses; já Fox et al. (1988) não parearam a idade dos sujeitos entre o grupo que vivenciou a violência e o grupo controle. Esses exemplos indicam a fragilidade metodológica ainda existente na área.

Devido aos efeitos cumulativos dos maus-tratos, é importante que o acompanhamento seja feito longitudinalmente, e não apenas em estudos do tipo seccional, nos quais é considerado um ponto determinado no tempo (Sparks, 1989). Para

esta autora, é necessário ainda que sejam consideradas diversas variáveis nestes estudos longitudinais, tais como presença de problemas congênitos, neurológicos e prematuridade, que colocam as crianças em um grupo de risco para problemas de linguagem, independente dos efeitos de qualquer mau-trato.

O sexo das crianças estudadas é outra variável importante a ser considerada. Meninos de menor idade seriam mais vítimas de maus-tratos e apresentariam mais problemas de linguagem, interferindo na interpretação de dados em pesquisas com crianças vítimas de abuso (Law & Conway, 1992).

Outro problema metodológico apontado por McCauley & Swisher (1987) é que em muitos trabalhos os sujeitos não são pareados pela inteligência não verbal; ou então, a bateria de testes de fala e linguagem pode ser inconsistente e insuficiente, como ocorreu no artigo de Blager (1979).

REFLETINDO SOBRE AS RELAÇÕES DE CAUSALIDADE

De um modo geral, os artigos sobre linguagem e maus-tratos restringiram a discussão tentando estabelecer uma relação de causalidade entre maus-tratos e problemas de linguagem.

Se a tendência é estabelecer um raciocínio intuitivo de que a má qualidade da interação mãe/filho em casos de maus-tratos ocasiona uma alteração de linguagem, os estudos apresentados aqui mostraram que esta relação de causalidade é difícil de ser comprovada.

Allen & Oliver (1982) já apontavam a forte correlação entre atraso de linguagem e negligência, apresentando ao mesmo tempo duas vias explicativas possíveis. Além da explicação mais óbvia de que a negligência repercute no desenvolvimento da linguagem, os autores apresentaram uma outra: de que a criança com atraso de linguagem pode ser menos interessante ao adulto, sendo conseqüentemente negligenciada.

Hammond et al. (1989) também apresentou duas vias explicativas para esta relação entre alterações de linguagem e maus-tratos: (1) a frustração dos responsáveis diante das dificuldades de comunicação das crianças, estabelecendo uma interação mais física do que verbal – o que propiciaria o abuso ou negligência; (2) o abuso/negligência levaria a um empobrecimento do desenvolvimento lingüístico, cognitivo e emocional.

O estudo de Burke et al. (1989) encontrou uma forte associação entre dificuldades de leitura e expressão verbal com agressividade em crianças vítimas de

maus-tratos. Esses resultados podem ser interpretados também de duas formas diferentes. A primeira, que as crianças com problemas de linguagem tendem a se expressar mais motora do que verbalmente sendo mais agressivas. Uma outra explicação possível para esses achados é que o abuso físico precoce pode propiciar lesões cerebrais que ocasionam tanto alterações de linguagem quanto um comportamento agressivo.

A tentativa de buscar comprovações para a relação entre maus-tratos e o desenvolvimento da linguagem restringiu os estudos em torno dessa questão, fazendo com que o debate na área perdesse fôlego, por simplificar o fenômeno estudado e a resposta esperada. Embora essa restrição seja importante enquanto estratégia metodológica, a riqueza desses estudos está exatamente em apontar as inúmeras variáveis existentes e as diversas condições e fatores que estão em jogo nesse complexo processo que é a linguagem.

O único trabalho brasileiro sobre Fonoaudiologia e maus-tratos, de Pereira & Homem (2002), tem o mérito do pioneirismo, apontando o impacto negativo dos maus-tratos no desenvolvimento de linguagem a partir de diversas correntes teóricas que destacam a importância da relação meio-criança no processo de aquisição da fala e linguagem.

O problema principal desse trabalho, no entanto, refere-se ao fato de que as autoras restringem o papel do fonoaudiólogo ao de “recuperador” dos problemas de linguagem apresentados por estas crianças vitimadas, delegando a outros profissionais, em especial os cirurgiões-dentistas, a detecção e identificação dos maus-tratos. O trabalho de Noguchi & Assis (2003) aponta para uma direção oposta, salientando a importância do fonoaudiólogo na identificação, condução, acompanhamento e prevenção dos casos de maus-tratos.

Deve-se ressaltar que não se trata de uma coincidência o fato de que o único trabalho brasileiro na área de Fonoaudiologia tenha sido exatamente sobre maus-tratos e desenvolvimento da linguagem, bem como a maioria dos trabalhos internacionais encontrados. O atraso no desenvolvimento da linguagem é o distúrbio da comunicação que mais “salta aos olhos” do pesquisador, considerando que em todos os modelos teóricos, o meio (físico ou social) desempenha um importante papel, e dessa forma, uma situação de maus-tratos seria uma condição propícia para sua ocorrência.

LIMITAÇÕES PRÓPRIAS DAS SITUAÇÕES DE TESTAGEM

Na análise dos artigos também devem ser considerados os problemas que envolvem uma situação de testagem dos processos lingüísticos. O problema da artificialidade inerente à situação experimental, que é debatido na Psicologia e áreas afins, refere-se à possibilidade de “os comportamentos manifestos em contextos experimentais serem específicos daquela situação, fazendo com que as conclusões geradas a partir de resultados experimentais não possam ser generalizadas a outras situações” (Corrêa, 1996).

Law & Conway (1992) salientam a dificuldade de se utilizar procedimentos de testagem que, apesar de serem necessários nas pesquisas, devem considerar que as crianças vítimas de maus-tratos são mais sensíveis, devido a: dificuldades em atender às instruções, hipervigilância, medo de falhar e comportamento passivo-agressivo. Essas características podem interferir na testagem e nos resultados da avaliação.

Em concordância com essas críticas aos testes de linguagem, McCauley & Swisher (1987) afirmam que os estudos sobre linguagem devem se basear em testes padronizados, mas também em outras fontes de informação, tais como a observação em situação espontânea, a história clínica e a “comunicação dialética” entre a criança e o examinador.

Sobre este último aspecto, muitos estudos provenientes da área de aquisição de linguagem, especialmente de vertente sócio-interacionista, consideram o investigador não como um participante passivo, neutro, um mero observador, mas como um interlocutor imerso na interação, desempenhando um importante papel na construção da significação.

De Lemos, uma das precursoras do sócio-interacionismo da década de 80 no Brasil, coloca algumas perguntas provocadoras a respeito dessa questão na contracapa do livro de Castro (1996) intitulado *O método e o dado no estudo da linguagem*:

Divergências e oscilações marcam, pois, a relação do investigador também com a fala da criança, com o que faz desta fala um dado empírico, com o que é nela dado e com o que é dela eliminado, abstraído, idealizado por conta da teoria e da sua metodologia. Se o que é dado se toma como representando a relação de um sujeito com a língua, qual é o custo de eliminar-se o sujeito para descrever o lingüístico e o de excluir o lingüístico para apreender o sujeito? Ou de apagar o investigador enquanto sujeito às voltas com a fala da criança / sujeito?

Quando se tenta abordar um aspecto da linguagem, criam-se situações específicas de avaliação, o que significa que já não se está mais analisando o mesmo fenómeno – o funcionamento vivo da linguagem e seu uso efetivo. A avaliação quantitativa da linguagem baseada na utilização de testes tem sido muito criticada por avaliar principalmente a metalinguagem (deixando de lado as atividades lingüísticas e epilingüísticas) e propor tarefas descontextualizadas em que não se reproduzem as relações de interlocução (Coudry, 1988). Além disso, “muitos fatos importantes de linguagem – que condicionam a significação – ficam fora dos parâmetros tradicionais de avaliação”, tais como: violação de leis conversacionais ou discursivas, alterações de mecanismos de coerência e coesão, dificuldades de organização tópica dentre outros (Coudry & Morato, 1990).

Os estudos observacionais baseados no sócio-interacionismo:

permitem uma análise detalhada e mais completa do processo do desenvolvimento, em vez de descrever produtos estáticos; permitem também que as categorias, antes de impostas, emergjam dos dados. (...) O objeto de estudo é a língua em atividade e a relação da criança com ela; reconhecendo o desenvolvimento como um processo dinâmico e constante fluxo, tentando dar conta da continuidade, ou seja, das relações entre estágios. Por outro lado, o não controle de variáveis pode permitir uma aproximação maior da naturalidade, reconhecendo que o dado é o que acontece, não o que deveria acontecer, nem o que está faltando (Perroni, 1996: 22).

A CONCEPÇÃO DE LINGUAGEM SUBJACENTE AOS ESTUDOS

O número reduzido de publicações específicas sobre alterações de linguagem e maus-tratos, e ao mesmo tempo um considerável número de trabalhos que descrevem tais alterações dentro de um quadro global de desenvolvimento da criança, remetem a uma discussão mais abrangente: o que é linguagem, um produto da cognição, uma expressão do pensamento, uma função dependente do intelecto, ou a linguagem seria um processo com características próprias? O grande número de trabalhos existentes que citam problemas de linguagem e fala como uma das alterações cognitivas e/ou emocionais pode indicar que existe uma visão dominante de que a linguagem é um processo ou uma função secundária à cognição, ou mesmo à emoção.

Nesse sentido, os problemas de linguagem foram deixados em segundo plano, já que estes são considerados um desdobramento dos problemas emocionais e cognitivos.

Esta talvez seja uma das razões possíveis para o número reduzido de artigos encontrados centrados especificamente nos problemas de linguagem e fala de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Law & Conway (1992) afirmam que, apesar de as habilidades lingüísticas serem uma função do desenvolvimento cognitivo, estas podem ser especialmente afetadas, já que são mais sensíveis às influências ambientais do que os demais processos.

Allen & Oliver (1982) destacam a importância de se incluir a terapia de linguagem nos programas de intervenção a crianças vítimas de abuso, já que geralmente estes programas dão enfoque para os aspectos emocionais, considerando que dessa forma, os problemas de linguagem podem melhorar.

Autores como Coster et al. (1989) e McFadyen & Kitson (1996) discutem os resultados de seus estudos a partir de uma perspectiva de desenvolvimento organizacional segundo a qual as habilidades socioemocionais e cognitivas podem mediar o desenvolvimento comunicativo que, por sua vez, afeta o desenvolvimento cognitivo e socioemocional. Os poucos estudos *follow-up* com crianças mais velhas encontraram problemas com desenvolvimento da linguagem que podem afetar a comunicação tais como auto-estima, auto-conceito, confiança nas pessoas e comportamento social.

Parte-se de um referencial teórico que não considera a linguagem subordinada à cognição. Vygotsky (1989: 108) afirma que “a relação entre pensamento e palavra não é uma coisa, mas um processo, um movimento contínuo de vaivém do pensamento para a palavra, e vice-versa.(...) O pensamento não é simplesmente expresso em palavras; é por meio delas que ele passa a existir”. Uma discussão mais aprofundada acerca deste referencial será realizada no item Linguagem, Fonoaudiologia e Maus-tratos.

De um modo geral, a maioria desses estudos não deixa clara a concepção de linguagem adotada, o que impossibilita uma discussão mais aprofundada entre linguagem e maus-tratos. O trabalho de Eigsti & Cicchetti (2004) se diferencia dos demais, pois os autores procuram ancorar seu estudo em um referencial teórico – no caso, a Gramática Gerativa – analisando seus achados à luz desse modelo. Essa corrente foi responsável pelo uso da experimentação no estudo do desenvolvimento da linguagem, após décadas de behaviorismo na Psicologia (Corrêa, 1996).

Porém, para Perroni (1996: 21), no método experimental o objeto de estudo não é propriamente o desenvolvimento da linguagem, uma vez que se baseia em uma visão estática da língua, caindo na

ilusão da objetividade vista como sinônimo de descrição do fenômeno lingüístico, depurado de toda e qualquer excrescência que, teimosa e indesejavelmente, insiste em caracterizar suas manifestações (...). Na verdade, questiona-se o valor do estudo da língua dissociada do homem, o que caracteriza uma certa lingüística antropofóbica.

Estudos mais bem controlados, como aquele realizado por Eigsti & Cicchetti (2004), restringem-se a aspectos da linguagem – o sintático e o lexical – porque de certa forma são mais fáceis de serem mensurados. Como estudar outros níveis da linguagem, como por exemplo, o semântico e o pragmático ou, ainda, como controlar todas as variáveis envolvidas no processo de desenvolvimento de linguagem?

Nesse sentido, mais do que um olhar “paralisante” diante da complexidade dos fenômenos lingüísticos, o estudo sobre linguagem em crianças vítimas de maus-tratos pode ser um campo produtivo de pesquisa, já que se constitui em uma situação quase experimental, um exemplo extremo de interação negativa entre mãe e filho. Dessa forma, os modelos teóricos acerca do funcionamento da linguagem podem ser reformulados, testados e comprovados pelo estudo dessa díade, que, por sua vez, pode ser mais bem compreendida à luz das teorias existentes – o que possibilitaria elaborar estratégias mais eficazes de intervenção. O estudo da linguagem em díades com dinâmicas de violência constitui-se, portanto, em um objeto privilegiado de estudo, uma vez que possibilita estabelecer um diálogo entre teoria e prática, em um exercício constante de reflexão e coerência.

2.II. Maus-tratos na população portadora de deficiência e de distúrbios da comunicação

A questão do abuso e negligência em crianças e adolescentes portadores de deficiência mereceria por si só um estudo mais aprofundado. A literatura internacional, em especial a norte-americana, tem se debruçado sobre este tema desde a década de 70.

Neste levantamento foram analisados somente os artigos que abordam o tema dos maus-tratos em populações específicas freqüentemente atendidas por fonoaudiólogos como surdos, crianças com paralisia cerebral, deficiência mental, dentre outras (excluem-se, por exemplo, crianças e adolescentes paraplégicos e tetraplégicos que não apresentam qualquer distúrbio da comunicação).

Serão apresentadas as principais questões e debates que estão mais diretamente relacionados com a Fonoaudiologia, já que existe uma quantidade considerável de trabalhos sobre maus-tratos na população portadora de deficiência. O quadro 2 abaixo mostra os dez artigos internacionais que foram analisados nesta revisão. Não foi encontrado nenhum trabalho nacional nas bases consultadas até o ano de 2004.

quadro 2 – Artigos sobre maus-tratos na população portadora de deficiência

Autores	Ano	Área do periódico	Tema
Glaser & Bentovim	1979	Abuso e negligência	Maus-tratos na população portadora de deficiência
Jaudes & Diamond	1985	Abuso e negligência	Maus-tratos na população portadora de deficiência
Sullivan & cols.	1987	Surdez	Abuso sexual em surdos
Ammerman & cols.	1988	Violência familiar	Maus-tratos na população portadora de deficiência
Tharinger & cols.	1990	Abuso e negligência	Abuso sexual em deficientes mentais
Tymchuk & Andron	1990	Abuso e negligência	Maus-tratos e deficiência mental
Sullivan & cols.	1991	Medicina (otorrino)	Maus-tratos na população portadora de deficiência
Benedict & cols.	1992	Abuso e negligência	Maus-tratos e múltiplas deficiências
Heckler	1994	Abuso e negligência	Comunicação alternativa e maus-tratos
Kvam	2004	Abuso e negligência	Abuso sexual em surdos

Este quadro mostra somente os trabalhos que serão analisados nesta revisão e que foram selecionados dentre vários outros, em função da sua relevância para o fonoaudiólogo, diferenciando-se da revisão anterior acerca dos distúrbios da comunicação e maus-tratos, na qual foram analisados **todos** os artigos encontrados. De um modo geral, o que se pode perceber é uma tendência crescente de publicações sobre

este tema especialmente na década de 90, acompanhando a mesma tendência dos estudos sobre maus-tratos em geral.

Outro ponto que nos chama a atenção e que será discutido posteriormente é o problema do abuso sexual nessa população; desde a década de 80 até o ano de 2004 esta forma de violência tem sido tematizada em vários estudos.

O que se pode observar também é que a maioria dos trabalhos foi publicada em periódicos especializados em maus-tratos, deixando de ser divulgados em periódicos de disciplinas específicas.

Sullivan et al. (1991) afirmam que crianças portadoras de deficiência são particularmente vulneráveis a sofrerem abuso e negligência em função dos seus problemas de comunicação, que dificultam o relato dos maus-tratos. Além disso, por aumentar o *stress* dos pais ou cuidadores, aumenta também o risco de sofrerem violência. A quebra da expectativa de uma criança “normal” vivenciada pelos pais pode também estar subjacente ao problema dos maus-tratos infligidos às crianças portadoras de deficiência (Jaude & Diamond, 1985).

No entanto, não há um consenso em relação a este ponto já que, pelo fato de esses pais ou cuidadores terem contatos mais freqüentes com profissionais da saúde e terem um respaldo maior dos serviços de saúde existentes, eles seriam mais orientados, o que poderia diminuir o risco de abuso.

O inquérito realizado por Benedict et al. (1992) sobre a percepção do *stress* em 257 famílias de crianças com deficiências múltiplas, com e sem história de maus-tratos, encontrou que as crianças que foram identificadas como tendo limitações funcionais mais graves pertenciam às famílias onde houve menos identificação dos maus-tratos. Para esses autores, esse achado contra-intuitivo pode estar relacionado com a expectativa dos pais, que podem ter um *stress* e uma frustração maior quando os resultados não estão muito definidos. É provável também que as famílias de crianças com deficiências mais severas tenham um maior suporte de serviços sociais do que aquelas famílias com crianças que apresentam disfunções mais leves, levando estas últimas a um maior grau de *stress*.

O estudo de Glaser & Bentovim (1979) já apontava esta dissociação entre grau de severidade das dificuldades da criança e grau de maus-tratos, afirmando que o fator mais importante era o grau de *stress* emocional/social da família.

A questão da causalidade também é colocada nesta área: estudos relatados por Ammerman et al. (1988) indicaram que os maus-tratos podem ocasionar quadros de

paralisia cerebral e deficiência mental, isto é, estas condições não são sempre anteriores aos maus-tratos, podendo ser uma decorrência destes.

Os trabalhos nesta área partem de amostras de crianças vítimas de violência e consideram que existe uma superrepresentação de crianças deficientes (Ammerman et al., 1988). Outra vertente de estudos parte de uma amostra de crianças com deficiência para analisar a proporção de vítimas de abuso.

O artigo de Sullivan e colaboradores (1991), com 482 crianças portadoras de deficiência e que foram vítimas de abuso (físico, sexual, psicológico e negligência), apresenta resultados que contrastam com os dados referentes às crianças não deficientes, já que na população estudada a mais freqüente forma de abuso foi o sexual, seguido da forma mista (sexual e física), física, emocional, e negligência.

A questão do abuso sexual na população portadora de deficiência é destacada em vários estudos. Nesse tipo de abuso, o agressor freqüentemente escolhe como vítima a criança com baixa auto-estima, com pouca interação entre pares e pequena possibilidade de relatar o evento abusivo – características que são freqüentemente apresentadas por crianças portadoras de deficiência (Kvam, 2004).

A realidade de que crianças, adolescentes e adultos com retardo mental são vítimas freqüentes de exploração e violência sexual por membros da família, por pessoas que cuidam ou mesmo por estranhos, ainda é difícil de ser aceita em função de um mito difundido de que essas pessoas são assexuadas ou indesejadas (Tharinger et al., 1990). Para a população com retardo leve a moderado, o desenvolvimento e o interesse sexual ocorre aproximadamente na mesma idade que na população sem retardo. No entanto, crianças e adolescentes com deficiência têm pouca oportunidade de entender e vivenciar sua sexualidade, explorar sua curiosidade sexual, além do fato de receberem pouca educação sexual, o que os torna alvos fáceis de abuso e exploração sexual (Tharinger et al., 1990).

O estudo de Kvam (2004) sobre a população surda nos países nórdicos indicou que mulheres surdas foram vítimas de abuso sexual com contato físico duas vezes mais freqüentemente do que mulheres ouvintes, e entre os homens surdos foi três vezes mais freqüente. Os resultados desse trabalho estão em concordância com os resultados encontrados na população norte-americana.

Esse artigo indicou ainda que metade das vítimas de abuso sexual que tiveram contato físico com seus agressores relatou que a agressão ocorreu de alguma forma relacionada com a escola de surdos, mesmo para aqueles que moravam com suas

famílias. Quando foi indagado às vítimas para quem elas relataram o episódio, 49% afirmaram manter segredo.

Para Sullivan e colaboradores (1987), o problema dessas escolas é que freqüentemente procuram lidar com o problema do abuso sexual “internamente”, sem realizar a notificação aos órgãos competentes, por medo de atingir a imagem da instituição e dos seus funcionários. Isso porque os casos de abuso sexual são em geral sensacionalizados pela mídia, sendo que a acusação de abuso sexual contra um indivíduo é comumente vista como um ataque à escola como um todo. Ainda segundo esses autores, a situação é agravada pelo fato de que os agressores continuam seu trabalho na mesma instituição ou em outra, abusando sexualmente de mais crianças e adolescentes surdos. A experiência dos pesquisadores nessas instituições de surdos mostrou que aqueles que denunciam o abuso sexual são marginalizados na própria instituição, que procura negar os fatos. Para esses, os riscos são maiores em instituições residenciais que ficam geograficamente isoladas, onde as visitas dos pais não são freqüentes.

Os autores sugerem que se façam periodicamente entrevistas sigilosas, para que os alunos tenham a possibilidade de revelar um episódio de abuso cometido por algum funcionário, outros alunos ou membros da família.

Outros temas abordados nesses trabalhos discutem os aspectos legais e os impasses que as pessoas portadoras de deficiência mental vivem nos Estados Unidos, diante do problema do abuso sexual. No estudo de Tharinger e colaboradores (1990) é colocado o impasse da legislação atual, que tenta preservar o direito dessas pessoas de se casarem, constituírem família, manterem relações sexuais como adultos dentro de uma comunidade, além de alertar para o problema da esterilização sem consentimento. Ao mesmo tempo, o sistema legal deve proteger essa população em função de suas dificuldades intelectuais e da capacidade limitada de protegerem a si mesmos.

Outro tema presente nos artigos dessa área refere-se à confiabilidade da Comunicação Suplementar e/ou Alternativa¹ nas denúncias de maus-tratos, principalmente nos casos onde a vítima é autista. O artigo de Heckler (1994) relata o caso de uma menina de 7 anos que, utilizando-se da Comunicação Alternativa, gerou suspeitas de ter sido abusada sexualmente pelo pai biológico. O caso foi levado à Corte para julgamento nos Estados Unidos e gerou uma série de polêmicas. As questões

¹ Sistema de comunicação multimodal que se destina a compensar as alterações ou incapacidades de comunicação expressiva a partir da utilização de pranchas de comunicação contendo símbolos gráficos, figuras, fotos, símbolos pictográficos, objetos, ortografia tradicional, Braille, dentre outros, somados com formas gestuais de comunicação, como a língua de sinais da comunidade de surdos, alfabeto manual, gestos de uso comum e outros (Moreira & Chun, 1997).

centrais referem-se à autonomia de expressão da criança (se pode ser independente do facilitador) e se essa forma de comunicação pode ser legalmente considerada.

Os inúmeros artigos internacionais sobre os maus-tratos na população portadora de deficiência refletem as conquistas sociais e a visibilidade dessa população, especialmente nos Estados Unidos, onde a maioria dos estudos são realizados. As preocupações, os debates e as questões levantadas por esses estudos internacionais ainda não fazem parte da realidade brasileira.

O estudo de Tymchuk & Andron (1990) sobre mães com retardo mental que abusaram ou não de seus filhos (o artigo concluiu que metade das mães não tinha uma história de abuso ou negligência dos filhos) dificilmente poderia ser realizado no Brasil, visto que estas mulheres raramente se tornam mães.

Os estudos internacionais com a população portadora de deficiência acompanham o movimento social de que essa população precisa ter suas necessidades atendidas e usufruir dos mesmos direitos que a população em geral.

No Brasil, além do fato de que essa população tem pouca visibilidade diante das políticas públicas, o setor da Educação, especialmente o da Educação Especial, ainda não tem acompanhado o debate que vem sendo travado pelo setor da saúde no que se refere aos maus-tratos infantis.

Em resumo, nesta revisão da literatura observou-se que o problema dos maus-tratos infligidos à população portadora de deficiência, especialmente aquela que apresenta dificuldades de comunicação, tem características próprias. O abuso pode ser cometido não apenas por familiares, mas também por outras pessoas que mantêm um contato estreito com a vítima, já que esta permanece por um longo período de tempo em instituições especializadas. Outra peculiaridade que chamou a atenção foi a ênfase dada ao abuso sexual, diferenciando-se da revisão anterior onde essa forma de abuso era freqüentemente excluída em muitos estudos.

Os artigos analisados indicaram que os distúrbios da comunicação *per se* não foram objetos de estudo dessa área, considerando que os principais debates giraram em torno de *como* essas dificuldades podem favorecer uma situação de maus-tratos. Outros aspectos relevantes abordados nesses estudos referem-se à vulnerabilidade e à condição de isolamento em que se encontram essas crianças e adolescentes, favorecendo a situação de maus-tratos.

A discussão em torno da relação de causalidade que marcou as pesquisas sobre atraso no desenvolvimento de linguagem e maus-tratos não teve muita ênfase nos estudos sobre a população portadora de deficiência. Poucos trabalhos questionaram se a

condição de deficiência é anterior ou não aos maus-tratos. O que se observou foi uma proliferação de inúmeros outros temas de pesquisa, voltados a responder diretamente às dificuldades e dilemas vivenciados no dia-a-dia por essa população.

Deve-se destacar a relevância do tema para o fonoaudiólogo que atende essa população, considerando que trabalha diretamente com a comunicação das crianças, o que faz com que sejam interlocutores privilegiados de uma situação de maus-tratos. Para tanto, é necessário que o fonoaudiólogo seja capaz de reconhecer e conduzir uma situação de maus-tratos criando possibilidades lingüísticas para que este relato seja possível.

A revisão da literatura apresentada nesta tese, portanto, teve como principal objetivo apresentar um panorama de todos os artigos que tratam especificamente da relação entre maus-tratos e Fonoaudiologia encontrados (em inglês e português) nas bases de dados consultadas. Os trabalhos aqui analisados reforçam ainda mais a necessidade de se realizarem maiores estudos nesta área e ressaltam a fragilidade teórica subjacente a esses trabalhos. Procurou-se, dessa forma, embasar teórica e metodologicamente o estudo desenvolvido nesta tese, apresentando a fundamentação a seguir.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A presente tese se assenta no cruzamento entre dois temas complexos: violência familiar contra a criança e linguagem. Esses dois temas serão desenvolvidos a partir de abordagens específicas, porém o que apresentam em comum é que não se trata de fenômenos naturais ou puramente biológicos, mas são em sua essência sócio-históricos. Por isso podem ser construídos na interação assimétrica entre um adulto e uma criança, e ao mesmo tempo, são passíveis de intervenção. A partir desse ponto de partida comum, serão desenvolvidos os dois temas a seguir.

3.1. Violência familiar contra a criança e o adolescente sob a ótica da Saúde Pública: quebrando o ciclo da violência

Apesar de os termos “violência doméstica”, “violência intrafamiliar” ou “violência familiar” remeterem a um mesmo campo semântico, não há consenso na literatura especializada sobre a especificidade de cada um. Alguns autores defendem o uso de um ou de outro termo, em função da maior abrangência ou pertinência em relação aos demais.

Essas expressões também podem ser utilizadas para designar formas específicas de violência, como a “violência conjugal” ou “violência contra crianças e adolescentes” ou ainda, “maus-tratos” (Deslandes & Assis, 2003).

“Maus-tratos”, termo bastante difundido, engloba diferentes formas de violência cometida contra crianças e adolescentes no âmbito familiar, institucional ou pela sociedade (Brasil, 2002).

Essa diversidade de termos presentes na literatura reflete, de certa forma, a complexidade do tema, já que subjacentes a essa discussão terminológica estão os diferentes conceitos de “família” e de “espaço privado”.

Este estudo trata da violência de caráter interpessoal que tem na família seu *locus* principal e que se dirige às crianças e adolescentes. Adotam-se os termos “violência familiar” e “maus-tratos” praticados pelos pais/responsáveis para designar o fenômeno a ser abordado neste estudo.

Tal forma de violência contra crianças e adolescentes é uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma

negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança. Pelo fato de a vida em família pertencer à esfera do privado, a violência que nela acontece acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo (Azevedo, *apud* Brasil, 1993).

A violência que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada nos seguintes tipos (Ministério da Saúde, 1993; Assis & Souza, 1995):

- violência física: uso de força física pelos pais ou responsáveis, sendo que essa relação de força se baseia no poder disciplinador do adulto e na desigualdade adulto-criança. A Síndrome da criança espancada, a Síndrome do bebê sacudido e a Síndrome de Munchausen por procuração fazem parte desta forma de violência;
- violência sexual: ato ou jogo sexual que envolve relação hetero ou homossexual, entre adulto(s) e uma criança, com o objetivo de estimular sexualmente a criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual para o adulto. O agressor pode se impor pela força, ameaça ou indução da vontade da vítima;
- violência psicológica: interferência negativa do adulto sobre a criança através de um comportamento destrutivo. Costuma estar associada a outras formas de violência. Caracteriza-se por isolar, ignorar, ameaçar, aterrorizar, rejeitar, depreciar ou mesmo criar expectativas irreais para a criança/adolescente, causando danos na sua estruturação psíquica;
- negligência e abandono: quando a família se omite de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, sendo que essa omissão não é decorrente de carência de recursos sócio-econômicos. O abandono (parcial ou total) refere-se à ausência física do responsável pela criança /adolescente.

A violência familiar mostra ser um problema muito freqüente no país, seguindo tendência mundialmente observada. Num inquérito realizado por Assis (1995) com adolescentes escolares de Duque de Caxias no início da década de 90, cerca de 33% dos entrevistados relataram a ocorrência de atos violentos dos pais contra os filhos.

No trabalho de Gomes (1998) baseado nos dados do Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Fiocruz) levantados nos registros da Polícia Civil do Rio de Janeiro para o ano de 1990, a agressão física é o segundo evento violento mórbido mais freqüente contra crianças de zero a nove anos de idade, seguindo os acidentes de trânsito. O domicílio da vítima ou os locais próximos são os de maior freqüência para as agressões físicas. Esse trabalho indica que os principais agressores são parentes ou conhecidos das crianças vitimadas, sendo na sua maioria os próprios responsáveis pela criança.

Segundo o estudo de Deslandes (1994) sobre o perfil dos sujeitos sociais envolvidos na prática de maus-tratos a partir da atuação dos CRAMIs (Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância, existentes em vários municípios de São Paulo), o tipo mais freqüente de maus-tratos praticados foi o abuso físico seguido de negligência/abandono, abuso psicológico e abuso sexual. A autora alerta para a dificuldade de uma análise mais precisa nos caso de negligência, já que essa forma de violência está numa situação limítrofe entre a pobreza e os maus-tratos, isto é, entre a impossibilidade de prover a atenção e a prática abusiva. Esse estudo indica a faixa de 0-6 anos de idade como vítimas mais freqüentes da violência doméstica e a mãe como agressor principal.

Os resultados de Reichenheim et al. (1999) também confirmam que 80% das agressões físicas contra crianças foram perpetradas por parentes ou conhecidos da vítima. As estatísticas da polícia civil do Rio de Janeiro indicam que 70% dos homicídios de crianças de 0 a 11 anos foram perpetrados pela própria família.

Também entre estudantes do município de São Gonçalo/RJ observa-se a elevada freqüência de violência física nas famílias: 27,7% dos 1600 adolescentes estudados são vítimas de abuso físico severo da mãe e 16,7% do pai. Essas agressões incluem atos como chutar, dar murros ou mordidas, bater com objetos, espancar, queimar, ameaçar ou efetivamente usar armas contra o adolescente. A agressão física menos severa, mais naturalizada na cultura brasileira, é comum para 53,9% dos alunos quando praticada pela mãe; e por 34,5% quando provocada pelo pai. Entre esses mesmos adolescentes, 11,8% vivenciaram alguma forma de violência sexual na família, e 48% se dizem vítimas de violência psicológica (Assis & Avanci, 2004).

Com a crescente visibilidade do problema dos maus-tratos especialmente na área da saúde e com o compromisso ético e legal que o Estatuto da Criança e do Adolescente (Ministério da Saúde, 1990) colocou aos profissionais dessa área, a questão da notificação dos maus-tratos tornou-se um tema de grande importância.

Muitos pesquisadores procuraram em seus trabalhos compreender as dificuldades que o profissional da saúde enfrenta para notificar um caso de maus-tratos. Os trabalhos de Silva (2001a), Deslandes (1999) e Almeida (1998) tratam desse problema e apresentam como principais fatores a falta de preparo para identificar e conduzir esses casos; medo de ter problemas com a Justiça ou com a família envolvida, tradição de uma prática que se restringe ao atendimento das patologias, dentre outros.

Estas dificuldades vêm sendo enfrentadas com o investimento na formação do profissional da saúde e na criação de rotinas institucionais para a identificação e condução dos casos de maus-tratos (Deslandes, 1999).

O artigo nº 2 (“Entre quatro paredes”) apresentado nesta tese aponta também para outras dificuldades, como por exemplo, os sentimentos que a experiência com maus-tratos mobiliza nos profissionais da saúde. O artigo também encontra, na história e na configuração do atendimento fonoaudiológico, peculiaridades que podem dificultar o enfrentamento dos maus-tratos por este profissional.

Não apenas a identificação dos maus-tratos vem sendo foco de interesse do setor da saúde, mas também a intervenção necessária a essas vítimas e suas famílias.

O trabalho de Ferreira e colaboradores (1999) analisa a atuação do Ambulatório de Atendimento à Família do IPPMG-UFRJ. A proposta desse ambulatório é realizar assistência à família das crianças vítimas de violência, tendo por base “o entendimento de que a abordagem da dinâmica das relações familiares é essencial para interferir no processo de violência instalado contra a criança, uma vez que permite entender de forma mais global as causas e as conseqüências do abuso” (Ferreira et al., 1999). O atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar com o objetivo de identificar, acompanhar e prevenir recorrências em casos de violência contra a criança e o adolescente (prevenção a nível terciário).

Esse ambulatório adota uma abordagem empática com a família, entendendo que o ato violento é o resultado de elementos associados à dinâmica das relações intra e extra familiares. Para esses autores, a violência contra a criança não se constitui em um problema pontual, mas é vista “como um sintoma e pedido de socorro que a família como um todo envia à sociedade. (...) A criança identificada como vítima de violência é o caso-índice a partir do qual são trabalhados os conflitos familiares” (Ferreira et al., 1999: 125).

Os pesquisadores alertam para o fato de que a pessoa que revela a violência não garante proteção ou acompanhamento da criança, e ainda, quando esta pertence ao núcleo familiar, freqüentemente está implicada na dinâmica que gera a violência. É importante que outros membros da família participem, pois esse elemento protetor não é o único veículo de mudança e reversão do problema. Os autores afirmam ainda que, nos casos em que

a criança é trazida por alguém que não faz parte da família, essa pessoa geralmente não está implicada na dinâmica familiar, mas por outro lado,

pode não ter condições de interferir nessa dinâmica, o que limita suas possibilidades de proteção à criança. (Ferreira et al., 1999: 126).

Conforme os autores (Ferreira et al., 1999), quando a criança é encaminhada por outros profissionais que suspeitam ou verificam o abuso, o tema nem sempre é tratado diretamente nas primeiras consultas. Em alguns casos a família tende a acreditar que os agravos físicos são os únicos que merecem acompanhamento, não reconhecendo as implicações no bem-estar da criança a longo e médio prazo.

A associação ao alcoolismo, uso de drogas e dificuldades financeiras são fatores ressaltados pelos autores que dificultam a manutenção do atendimento às famílias de crianças vítimas de violência familiar.

Já os Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMIs) prestam um atendimento de caráter emergencial realizando de uma a cinco sessões por caso. O trabalho de Deslandes (1994) analisa os resultados do trabalho desenvolvido pelos CRAMIs através de uma entrevista realizada com as famílias atendidas. Os resultados indicam a positividade desse tipo de ação, que é centrada em conversas e orientações dadas ao agente agressor. Segundo os entrevistados,

falava-se sobre assuntos que desconheciam, como características do crescimento da criança, necessidade de afeto nas relações entre pais e filhos, conseqüências presentes e futuras dos maus-tratos, levando-os a repensar visões de convivência familiar consolidadas e criando um clima de apoio (Deslandes, 1994: 184).

Nessas duas propostas de intervenção, prioriza-se uma atenção integral à família, não restringindo a ação à criança ou adolescente vitimado. A família é tratada como alvo de atenção, evitando sua criminalização. Na maioria dos casos, procura-se manter a criança junto à sua família original, desde que devidamente atendida e acompanhada.

Além do trabalho de atenção e recuperação das vítimas de violência, é necessário investir na prevenção – tema presente em muitos trabalhos realizados por pesquisadores brasileiros.

Para Gomes e colaboradores (1999), as pesquisas e as propostas de prevenção tendem a tratar de realidades cada vez mais específicas, revelando que o conhecimento acerca da violência tem peculiaridades a serem tratadas tanto do ponto de vista do indivíduo quanto das condições sócio-econômicas e geográficas em que as crianças e os adolescentes estão envolvidos.

Reichenheim et al. (1999) propõem também ações voltadas ao profissional, tais como conscientização das atitudes e comportamentos destes frente aos conflitos familiares, divulgação de informações sobre os locais de atendimento às vítimas e sobre a importância da notificação. Os autores afirmam também a necessidade de se identificar os atores envolvidos em cada etapa, suas atribuições e tarefas, apontando o conhecimento necessário para que estes atores decidam e executem melhor suas ações.

O artigo no.1 “Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças”, apresentado mais adiante, procura trazer para a prática desse profissional a questão da identificação, condução e prevenção dos casos de maus-tratos, além de fornecer um panorama do debate que vem sendo travado na área da saúde.

3.II. Linguagem, Fonoaudiologia e maus-tratos

As diferentes concepções sobre a aquisição e desenvolvimento da linguagem, que ora privilegiam aspectos inatos e de maturação biológica, ora a ação do sujeito sobre o mundo físico, ou ainda a total subordinação do sujeito ao meio ambiente, repercutem na atuação terapêutica do fonoaudiólogo.

A compreensão da violência como fenômeno cuja origem se assenta na interação de fatores sócio-históricos e subjetivos está afinada com uma abordagem sócio-histórica da linguagem. Um dos principais fundadores desta vertente, L. S. Vygotsky (1988), afirma que a linguagem, bem como as demais funções mentais superiores, são construídas nas relações interpessoais para depois serem internalizadas.

A maturação biológica, enquanto processo passivo, não é um fator isolado determinante no desenvolvimento das formas mais complexas do comportamento humano. O desenvolvimento destas é fruto da contínua interação entre a criança – um organismo ativo – e um ambiente que é histórico e, em sua essência, social. A estrutura humana, portanto, é produto do desenvolvimento entre história individual e história social.

Esses pressupostos estão em sintonia com o modelo sócio-interacionista de aquisição e desenvolvimento da linguagem (Lemos, 1986). Nesse modelo, o adulto, como representante da espécie que já desenvolveu um sistema de significação, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento lingüístico-cognitivo da criança. É através da atividade dialógica entre a criança e o adulto que a linguagem e a cognição serão construídas. Isso significa que o desenvolvimento humano não depende somente

de fatores orgânicos, mas principalmente da interação da criança com o mundo físico mediada pelo mundo social.

Essa perspectiva teórica considera ainda que a linguagem está presente desde o primeiro ano de vida através das ações da criança sobre os outros e sobre o mundo, antes mesmo do surgimento das estruturas lingüísticas. A comunicação intencional do bebê, que é precursora da linguagem oral, já aparece por volta dos 8-9 meses de idade.

O adulto, por sua vez, tem fundamental importância na medida em que interpreta, dá forma, significado e intenção às vocalizações da criança, mesmo que ininteligíveis e aleatórias. O estudo de Rubino (1989), que analisa a interação mãe/bebê desde o nascimento, concluiu que desde os 4 meses de idade a produção vocal do bebê é interpretada pela mãe. Isso indica que o bebê já é representado como interlocutor e que já existe um sistema de comunicação em construção. O desenvolvimento sensorial e motor do bebê, de uma forma geral, é interpretado como comunicativo pelo adulto, e essa atitude possibilita que a criança passe a ter comportamentos direcionados.

Segundo Lier (1983), a estrutura comunicativa se estabelece primeiro a nível motor (por volta dos 9 meses), quando a criança participa de jogos de dar e receber um objeto, havendo na interação contato de olho e atividade de permuta. É nessa “brincadeira de permuta” que se encontra o precursor da linguagem, emergindo no momento em que o objeto a ser permutado é o som da fala.

No desenvolvimento normal da linguagem, por volta dos 18 meses, as crianças vão substituindo gestos e vocalizações aleatórias por palavras. Se a criança insiste em usar gestos e tais vocalizações (ou se há um predomínio de um destes) em uma criança acima de dois anos, pode sugerir uma desordem no desenvolvimento da linguagem (Hage, 1997).

Nessa concepção sócio-interacionista, portanto, o surgimento da linguagem oral nasce da interação adulto/criança e vai sendo construído desde os primeiros meses de idade.

Outro aspecto a respeito de que vale tecer algumas considerações se refere à terminologia utilizada para se referir às alterações fonoaudiológicas que podem ser encontradas em crianças.

Com a discussão promovida pelos Conselhos de Fonoaudiologia sobre as áreas de especialização, foram estabelecidas quatro áreas: Linguagem, Motricidade Oral, Voz e Audiologia. Dessa forma, o termo *linguagem* ficou restrito às questões relativas à função simbólica da linguagem; a *motricidade oral* ou *fala*, à face articulatória e aos problemas de deglutição; e a *voz* refere-se aos processos normais e patológicos da voz.

As alterações de *linguagem* em crianças referem-se aos atrasos no desenvolvimento da linguagem e aos problemas na aquisição da leitura e escrita. O atraso no desenvolvimento da linguagem pode ser uma alteração específica na linguagem ou pode fazer parte de um quadro maior – como por exemplo, nos casos de crianças surdas, autistas, com deficiência mental, com paralisia cerebral.

A *linguagem*, segundo essa classificação, seria um dos aspectos a ser investigado e tratado pelo fonoaudiólogo. Outros aspectos da *comunicação* humana de interesse do fonoaudiólogo são: os problemas de *fluência* (ex. gagueira, taquifemia), os problemas de *voz* (disfonias funcionais e orgânicas) e os problemas relacionados a *motricidade oral* ou *fala* (trocas, omissões, distorções no sistema fonético-fonológico).

Sabe-se que não existe um termo que possa contemplar a diversidade da atuação do fonoaudiólogo, que se estende por diferentes áreas e transcende a dimensão patológica. Sabe-se também da falta de consenso que existe com relação a essa terminologia e que muitas vezes reflete posições teóricas diferentes.

Neste estudo, adota-se a terminologia *distúrbios da comunicação* para designar as alterações fonoaudiológicas mais frequentes em crianças englobando as esferas da linguagem, motricidade oral, voz, audição e fluência. Essa opção foi baseada no uso freqüente desse termo na área, apesar da discussão conceitual a que os termos “distúrbios” e “comunicação” remetem.

A clínica fonoaudiológica, de um modo geral, constitui-se em um espaço propício para a identificação e o manejo de distúrbios de comunicação em pacientes vítimas de violência, pelas peculiaridades que caracterizam a relação entre este profissional, o cliente e sua família: o contato freqüente, o tempo de permanência somente com a criança ou o adolescente (sem a presença dos pais ou responsáveis), a regularidade dos encontros, o conhecimento do cotidiano da criança e uma estreita relação com a família. O artigo nº 1, “Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças”, apresenta uma discussão mais aprofundada dessa questão.

Uma prática fonoaudiológica calcada na perspectiva teórica aqui apresentada deve estar ainda mais comprometida com o problema dos maus-tratos. Isso porque nessa perspectiva privilegia-se a interação terapeuta X paciente, sendo que o primeiro se constitui em um interlocutor efetivo diante das dificuldades lingüísticas do segundo. Nesse sentido, o processo de construção da linguagem ocorre nessa interlocução, onde não há neutralidade do terapeuta e nem passividade do paciente.

Como afirma Bakhtin (1981:123), “A verdadeira substância da língua não é constituída por um sistema abstrato de formas lingüísticas (...) mas pelo fenômeno social da interação verbal, realizada através da enunciação (...)”.

As terapias fonoaudiológicas baseadas nesses princípios tematizam freqüentemente a rotina do paciente, o fim-de-semana, os amigos, seus gostos e preferências, construindo dessa forma, um conhecimento mútuo que facilita a interação e propicia o exercício vivo da linguagem. A relação que o fonoaudiólogo estabelece com a criança caracteriza-se por uma grande proximidade e cumplicidade, pela qual ela é incentivada a ocupar o seu lugar de falante e sua autonomia discursiva é estimulada.

Os freqüentes contatos que o fonoaudiólogo estabelece com a família no decorrer de todo o processo de intervenção são uma oportunidade de compreender a dinâmica familiar em que a questão da violência pode estar presente.

Um exemplo desse contato com a família é o momento inicial em que se realiza a anamnese ou entrevista, que quase sempre é realizada com os responsáveis pela criança. Outro exemplo é o processo de avaliação, no qual a presença dos responsáveis é de fundamental importância, já que alguns profissionais consideram a análise da interação mãe-criança um dos principais focos de investigação.

Vários outros contatos com a família podem ocorrer durante a terapia fonoaudiológica nas chamadas “orientações à família” – prática freqüente que procura informar, discutir e apontar a melhor forma de a família lidar com os distúrbios da comunicação, contribuindo para uma superação mais eficaz do quadro.

Apesar desses inúmeros encontros com a família e das várias possibilidades de se deparar com a violência, esse problema vem sendo negligenciado na clínica fonoaudiológica.

Com a necessidade do fonoaudiólogo de compreender a totalidade do sujeito, procurando integrar os aspectos lingüísticos ao cultural, social, orgânico e psicológico, pode-se dizer que seria impossível deixar de lado o problema da violência, especialmente pelo impacto que causa nas suas vítimas.

Uma prática fonoaudiológica coerente com os princípios teóricos aqui apresentados não pode fugir à responsabilidade de lidar com o problema dos maus-tratos que atinge parte de sua clientela. A responsabilidade desse profissional não deve se restringir à superação ou melhora das queixas apresentadas; em outras palavras, não se deve dissociar a patologia de linguagem do sujeito que a traz.

Pode-se em parte atribuir as muitas décadas de silêncio sobre este grave problema à tradição corretivo-normatizadora que norteou o início da prática

fonoaudiológica e ainda se faz presente nos dias de hoje na atuação de muitos profissionais (uma discussão mais aprofundada sobre o percurso histórico das práticas fonoaudiológicas no Brasil está presente no artigo nº 2, “Entre quatro paredes”). Nessa tradição não há possibilidade de identificação da violência porque nem sequer há um sujeito.

O que se quer ressaltar é que a clínica fonoaudiológica deve ser construída a partir de uma base teórica, ou seja, é fundamental que essa prática seja ancorada de forma coerente em um modelo teórico que possibilite compreender o distúrbio da comunicação e principalmente um Sujeito, para assim identificar uma possível violência que lhe é infligida.

Nesta tese, a prática fonoaudiológica foi apresentada sob o ponto de vista do sócio-interacionismo, porém salienta-se que mais importante do que defender um ou outro modelo é fundamentar teoricamente essa prática, superando uma tradição “tecnicista”.

3.III. Aspectos metodológicos do estudo quantitativo

A metodologia adotada no inquérito epidemiológico realizado com fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro foi descrita de forma resumida nos artigos 2 (“Entre quatro paredes”) e 3 (“O silêncio dos inocentes”). Considerando que essa descrição foi feita nos moldes de um artigo científico, neste item se apresenta com maior detalhamento as várias etapas desta pesquisa, procurando sempre que possível evitar repetições.

Foi realizado um inquérito anônimo utilizando-se a forma mais comum: o envio de questionários auto-administrados por correio (Babbie, 1999). Adotou-se o método básico para coleta de dados em que o questionário enviado é acompanhado de uma carta de explicação e do envelope de retorno. O entrevistado preencheu o questionário e devolveu ao pesquisador pelo correio, utilizando o envelope fornecido.

A opção pelo questionário auto-administrado por correio foi principalmente pelo fato de serem abordados temas delicados com o entrevistado e pelas implicações éticas, a seguir discutidas.

Esta abordagem também é indicada nos casos em que as questões exigem uma elaboração maior na resposta, e não uma resposta imediata como ocorre nas entrevistas. No caso deste estudo, muitas questões exigiam um esforço de memória e um relato mais

cuidadoso do entrevistado, como por exemplo, “quantos casos de maus-tratos você atendeu em toda sua vida profissional?”; “o que fez você suspeitar?”, “qual sua conduta?”; “qual o desfecho destes casos?” Dada a existência desse tipo de pergunta, foi interessante que o entrevistador tivesse mais tempo e uma liberdade maior para respondê-las no momento em que achasse conveniente.

O questionário contém questões de múltipla escolha e questões dicotômicas do tipo “sim” e “não”, além de algumas perguntas abertas.

Neste estudo transversal procurou-se observar a existência de associações entre diferentes atributos, buscando possíveis vias explicativas para esses achados. Em momento algum se pode falar em causas e efeitos, face ao tipo de metodologia escolhida.

Este estudo recebeu o apoio do Conselho Regional de Fonoaudiologia – 1ª região – que nos cedeu gratuitamente sua mala direta, contendo etiquetas auto-colantes com o nome e endereço de todos os fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro. As etiquetas foram numeradas à mão de forma seqüencial. Foi realizado um sorteio para definir os participantes deste estudo. As etiquetas correspondentes aos números sorteados foram colocadas no envelope de envio. O questionário enviado tinha a mesma numeração da etiqueta que corresponde ao número sorteado. Dessa forma, foi possível enviar somente para os participantes sorteados (em função da numeração da etiqueta), e no recebimento do questionário identificava-se o número do participante (em função da numeração do questionário).

O fonoaudiólogo sorteado recebeu na sua casa:

- 1- um envelope contendo uma carta das pesquisadoras explicitando os objetivos e a importância deste estudo;
- 2 - o questionário numerado (anexo 2);
- 3 - um envelope de retorno selado e com etiqueta do destinatário (Claves/Fiocruz).

As pesquisadoras mantiveram somente uma listagem dos números sorteados e identificaram os questionários recebidos pelo número existente, não havendo possibilidade de identificação nominal dos participantes.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A obtenção de uma boa amostra depende basicamente do número de observações amostradas e do método com que essas observações são selecionadas. Uma amostra é representativa da população quando, para uma certa característica, a distribuição da amostra e a de sua respectiva população forem iguais; caso contrário diz-se que a amostra é não representativa, e estudos nela baseados podem induzir a erros.

A forma segura de se obter uma amostra representativa da população, que produza resultados precisos e confiáveis, e em que se tenha o total controle dos erros amostrais, é através do processo aleatório de seleção dos elementos da amostra. Porém, as dificuldades práticas de campo, muitas vezes, obrigam os pesquisadores a lançarem mão de soluções o mais próximo possível do ideal. Nesses casos, não há o total controle dos erros, e a maneira de reduzi-los é realizando um ótimo planejamento amostral.

A seleção dos indivíduos amostrados pode ser feita de duas formas: através da amostragem probabilística e pela amostragem não probabilística. Neste estudo se utiliza a amostragem probabilística, que é a que usa mecanismos aleatórios na seleção dos elementos da amostra, atribuindo a cada um deles uma probabilidade, conhecida *a priori*, de pertencer à amostra. No nosso caso, todos os elementos têm probabilidades iguais de serem sorteados.

Dessa maneira pode-se tirar conclusões precisas sobre a população de estudo a partir dos resultados da amostra e também conhecer e controlar os erros amostrais. A maneira estatisticamente correta de se escolher os indivíduos da população é através da amostragem probabilística (Driusso et al., 2003). Embora haja outros tipos de amostragem probabilística, utilizou-se neste estudo a Amostragem Aleatória Simples, pois dispôs-se de um cadastro da nossa Unidade Amostral (Fonoaudiólogo) que possibilitou o acesso a cada unidade sorteada da população.

Quando uma amostra é elaborada cientificamente, com seu tamanho calculado através dos métodos estatísticos, ela é suficiente para proporcionar resultados precisos sobre essa população. Nessa amostra, é possível conhecer e controlar os erros causados pela utilização de uma amostra (erro amostral) e reduzir os erros não amostrais, causados por motivos como: modo de coletar os dados, influência dos pesquisadores, entre outros.

Ao contrário do senso comum, o tamanho da amostra independe do tamanho da população. O tamanho amostral *per se* não determina a sua qualidade, pois o mais importante em uma amostra é o seu grau de similaridade com a população.

Para calcular o tamanho de uma amostra, deve-se levar em consideração os seguintes fatores:

- o nível de confiança da pesquisa;
- o erro amostral aceitável para os resultados obtidos na pesquisa;
- a variabilidade dos dados, ou seja, o quanto os dados estão dispersos em relação à característica mais importante da pesquisa.

O tamanho ideal da amostra deve levar em conta esses fatores, encontrando um equilíbrio entre o custo da pesquisa e a precisão. Pode-se dizer que o tamanho da amostra em uma amostragem aleatória simples é diretamente proporcional a uma estimativa da variância dos dados e uma constante *Z*, determinada pelo nível de confiança especificado e inversamente proporcional ao erro amostral (precisão). No caso de nosso estudo, considerando-se uma população finita de 3113 fonoaudiólogos do Rio de Janeiro, Cochran (1965) define o tamanho amostral pela fórmula:

$$n = \frac{\frac{z^2 PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{z^2 PQ}{d^2} - 1 \right)}$$

z = 1,96, é a abscissa da curva normal
P = 0,5 = prevalência de sucessos
Q = 1 - *P*
d = 0,04 = precisão da estimativa
N = total populacional

Na maioria das vezes, quando se faz uma pesquisa de campo, utiliza-se uma grande quantidade de variáveis para estudar os elementos da população de interesse. O cálculo do tamanho da amostra ideal leva em conta apenas uma variável estudada; portanto, deve-se escolher que variável será levada em conta para realizar esse cálculo. Um critério para fazer essa escolha é utilizar a variável de maior importância no estudo, ou seja, a variável que mais contribui para explicar o que se está estudando, ou utilizar a variável que tiver a maior variabilidade, ou ainda, não tendo qualquer dos conhecimentos citados, considerar que todas as variáveis possuem a condição mais desfavorável possível de variabilidade (*p* = 50%). Usando essa fórmula, obtém-se um tamanho de 500 indivíduos.

O questionário utilizado neste estudo foi elaborado pelas pesquisadoras e é composto de duas partes: a primeira contém perguntas que procuram caracterizar a atuação do fonoaudiólogo, devendo ser preenchida por todos os respondentes, e a segunda é direcionada somente àqueles que tiveram alguma experiência com bebês, crianças ou adolescentes vítimas de violência familiar. Na primeira parte todas as perguntas são do tipo sim/não, e na segunda parte, além destas, existem também perguntas abertas com um espaço delimitado para as respostas. A íntegra desse questionário, com uma cópia da carta de apresentação, encontra-se nos Anexos.

Buscando avaliar a pertinência do instrumento elaborado pelas pesquisadoras, a primeira versão do questionário foi aplicada em seis fonoaudiólogos residentes nas cidades de Campinas e Piracicaba, que atuam em diferentes locais de trabalho, em diferentes áreas da Fonoaudiologia e com tempo de formado variando de 3 a 18 anos. O objetivo dessa testagem prévia foi principalmente o de avaliar a pertinência e a clareza das perguntas, o tempo levado para responder o questionário e as dificuldades encontradas no preenchimento, já que foi elaborado um instrumento específico para este estudo (não existem escalas padronizadas para este fim).

O questionário foi respondido por estes fonoaudiólogos e, após o recebimento, o pesquisador conversou diretamente com cada participante. É importante ressaltar que todos os participantes deste piloto conheciam pessoalmente o pesquisador e puderam, assim, estabelecer um diálogo mais aberto e franco. Algumas modificações foram feitas até se chegar a uma versão final.

ETAPAS DA COLETA DE DADOS EM 2002

Em junho foi solicitada a autorização e recebimento da mala direta dos fonoaudiólogos inscritos no CRFa-1, foi realizado o sorteio dos participantes e o envio de 510 questionários. Até o final de agosto retornaram 145 questionários (taxa de retorno de 28,4%) e se realizou o processamento dos dados (145 questionários). Em setembro foi enviada uma segunda leva de questionários aos mesmos participantes sorteados, com outra carta anexada agradecendo os que já participaram e encorajando os demais a fazê-lo. No mês de outubro chegaram mais 79 questionários e se procedeu à

digitação dos mesmos. Em novembro tentou-se realizar a aplicação de uma versão resumida do questionário por telefone.

CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ENTREVISTAS POR TELEFONE

As entrevistas por telefone foram realizadas da seguinte forma: a secretária do Conselho entrou em contato com seus filiados sorteados (a partir da numeração das etiquetas) explicando que havia uma pesquisa sobre violência e se a pessoa poderia responder ao questionário, o que não deveria durar mais do que 10 minutos. Esse contato inicial foi realizado sem a presença da pesquisadora para que se mantivessem em sigilo as informações cadastrais.

As dificuldades operacionais em se realizar essas entrevistas por telefone foram inúmeras: o cadastro muitas vezes não estava atualizado, ou número estava correto mas o fonoaudiólogo não se encontrava naquele momento, ou ainda, quando localizado, o fonoaudiólogo não dispunha de tempo para realizar a entrevista.

Quando o fonoaudiólogo aceitava responder ao questionário, a secretária anotava seu telefone e passava ao entrevistador, ou quando este se encontrava no local passava a ligação naquele momento para que se iniciasse a entrevista.

Alguns entrevistados que responderam às perguntas mostraram-se pouco à vontade em responder, aceitando participar da pesquisa provavelmente em função da intermediação do Conselho. Algumas perguntas e comentários desses entrevistados mostram algumas de suas preocupações:

- se estas informações seriam repassadas ao Conselho, pergunta feita por um profissional que já tinha atendido a um caso de violência;
- alguns disseram que nunca tinham atendido a um caso de violência, porque só foi um caso que acompanhou, ou que se tratava de uma suspeita e por isso não podia dizer se já tinha atendido ou não;
- outro apresentou uma posição por vezes contraditória dizendo ter acompanhado o caso, mas que se tratava de pessoas sem esclarecimento e por isso não pôde fazer muita coisa.

A maioria desses entrevistados mostrou uma postura defensiva, procurando justificar suas atitudes e se preocupando muito com um possível julgamento que a entrevistadora faria sobre eles. Talvez por essa razão as entrevistas foram difíceis de ser

realizadas. Dadas as dificuldades encontradas e principalmente pelo fato de utilizar a infra-estrutura do CRFa, mobilizando o tempo integral de um de seus funcionários e uma linha telefônica, foi possível realizar somente oito entrevistas.

Dos oito entrevistados, sete já haviam tido alguma experiência com os maus-tratos e somente 1 (um) que trabalhava com avaliação audiológica, relatou nunca ter se deparado com este tipo de caso. Estas entrevistas não foram inseridas no banco de dados e não foram computadas nos Resultados, em função do reduzido número de entrevistados.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise quantitativa a partir das questões de múltipla escolha e das questões dicotômicas, foi utilizado o Software EPI INFO 6, sendo que as variáveis de interesse foram analisadas em termos de frequência absoluta e relativa ou foram calculadas as médias. Foram também realizados os cruzamentos de algumas variáveis com a aplicação de testes estatísticos de significância, tais como a estatística do qui-quadrado e o teste t.

As questões abertas que exigiam respostas mais objetivas foram inicialmente agrupadas para depois serem analisadas de forma quantitativa.

Alguns fonoaudiólogos não se limitaram a responder o questionário, relatando suas experiências e escrevendo depoimentos tão ricos e comoventes que se procurou transcrevê-los na íntegra. Alguns deles estão presentes nos artigos 2 e 3. Muitos entrevistados parabenizaram as pesquisadoras, se dispuseram a dar mais informações, propuseram outros contatos e fizeram questão de se identificar.

3.IV. Aspectos éticos e sua repercussão na metodologia

Evidenciou-se nestas últimas décadas um crescente número de pesquisas abordando o problema dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, especialmente aqueles que ocorrem dentro da família.

O já referido estudo sobre a produção bibliográfica na década de 90 e início deste século realizado por Assis & Constantino (2003) indicou que foi produzida mais de uma centena de trabalhos sobre o tema nesse período no Brasil. No entanto, este estudo encontrou somente um artigo, de Ferreira & Schramm (2000), que aborda as questões éticas no atendimento de crianças vítimas de maus-tratos.

Apesar de o problema dos maus-tratos ser um tema que gera inúmeras controvérsias, que evoca a interdisciplinaridade, que dialoga com as prescrições jurídicas e que mobiliza intensos sentimentos, é de se estranhar que os aspectos éticos sejam tão pouco abordados nas pesquisas sobre o tema. De certa forma, essa constatação reafirma o descompasso entre o progresso intelectual e o progresso moral (Garrafa, 1995).

Neste item são analisadas as implicações éticas do pesquisador que investiga a formação do profissional da saúde em relação à violência familiar, como é o caso desta pesquisa e de outros trabalhos realizados com diferentes categorias profissionais (Gomes et al., 2002; Silva, 2001b; Almeida, 1998; Marmo et al., 1995).

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: DISPOSITIVOS LEGAIS E DILEMAS ÉTICOS

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o profissional da saúde passa a ter algumas incumbências específicas no que se refere ao problema da violência familiar contra a criança e o adolescente: tem o dever de notificar os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos ao Conselho Tutelar. Essa notificação é obrigatória por lei federal (Ministério da Saúde, 1990; artigo 13).

No Artigo 245 do ECA consta que “deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes. Pena: multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”.

O artigo 98 prevê que “as medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
- III – em razão de sua conduta”.

Como se pode constatar, a legislação é clara quanto aos casos de omissão de profissionais que tiveram contato direto com a criança ou adolescente vítima de abuso.

A primeira questão ética que se coloca é se se deve dar à omissão o mesmo peso que se dá à ação. Do ponto de vista da intencionalidade do agente, a omissão difere da ação, já que, no primeiro caso, não houve a intenção de provocar o ato violento. Porém, do ponto de vista das conseqüências, o resultado da ação e da omissão pode ser o mesmo, já que a criança ou adolescente permanece sendo vítima de uma situação de violência. É preciso ainda considerar, além da moralidade do agente e das conseqüências de suas ações, os diferentes contextos, já que a obrigatoriedade da notificação pelo profissional da saúde depende da legislação de cada país, e ainda de cada Estado, como ocorre nos Estados Unidos.

Mas a omissão diante de casos de maus-tratos é moralmente reprovável? Existem relatos de profissionais da saúde que diagnosticam um caso de mau-trato, mas que não realizam nenhuma intervenção por temerem colocar sua própria vida em risco, quando se trata de famílias envolvidas com o tráfico de drogas, por exemplo. O manual do Ministério da Saúde sobre maus-tratos aponta a dificuldade dos Conselhos Tutelares em realizar as visitas aos domicílios localizados em áreas dominadas pelo tráfico de drogas, como ocorre no Rio de Janeiro (Brasil, 2002). Nesse caso, a omissão é bastante aceita, apesar de poder causar danos a uma pessoa (no caso, a criança ou adolescente que permanecerá numa situação de violência).

Outro dilema deparado no andamento da pesquisa pode ser resumido nas seguintes perguntas: do ponto de vista ético, o que o pesquisador deve fazer com a informação dada pelo sujeito (o fonoaudiólogo) sobre sua omissão frente a um caso de maus-tratos? Pode ser considerada também como omissão a posição do investigador?

Para iniciar esta reflexão, é relevante fazer uma distinção moralmente importante entre a omissão do profissional que atendeu um caso de maus-tratos e não fez qualquer intervenção e a omissão do pesquisador que ouviu este relato e também não realizou uma intervenção. No primeiro caso, o profissional da saúde tem uma responsabilidade direta com seu paciente, sendo moralmente aceitável que se faça a intervenção provendo proteção básica a indivíduos em situação de vulnerabilidade maior (Ferreira &

Schramm, 2000). No segundo, a responsabilidade é com seu sujeito de pesquisa e indiretamente com os casos relatados, que evidentemente se supõe serem verdadeiros, já que toda a informação parte do entrevistado.

Como a Legislação não faz referência a um terceiro (no caso, o pesquisador) que toma ciência desta situação de forma indireta (pelo relato de seu sujeito de pesquisa), a autora desta tese buscou esclarecimentos junto à assessoria jurídica da Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) e junto ao Conselho Tutelar-1 (RJ-Centro).

Na reunião realizada com a assessora jurídica da ABRAPIA, a orientação dada à pesquisadora diante de tal situação foi:

- 1º. orientar o profissional da importância da notificação e da necessidade de fazê-la;
- 2º. persuadir o profissional a realizar a notificação informando-o da obrigatoriedade desta; e caso não tenha sucesso,
- 3º. comunicar ao profissional que o próprio investigador, diante da informação prestada, realizará a denúncia de sua omissão.

Segundo esta assessora, apesar de constar no Estatuto da Criança e do Adolescente que as sanções aplicadas são de caráter administrativo (de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência), dependendo da gravidade do caso e se caracterizar a negligência do profissional, este pode sofrer sanção criminal.

Em resumo, do *ponto de vista legal*, o pesquisador que, no decorrer de seu trabalho de coleta de dados, se deparar com algum depoimento segundo o qual o profissional tenha se omitido em fazer a denúncia de um possível caso de maus-tratos, estando ainda a criança em uma situação de abuso ou de risco, o próprio investigador, como todo cidadão, de posse dessas informações, não pode deixar de realizar a denúncia, sob pena de também estar sendo omissor. O investigador, como não possui a informação sobre o paciente, deve denunciar o sujeito de sua pesquisa por omissão. O Conselho Tutelar receberia a denúncia e encaminharia ao Tribunal de Justiça do Estado.

É importante ressaltar que a denúncia de um profissional por omissão, na prática, está longe de ser um fato corriqueiro. A própria conselheira do Conselho Tutelar –1 (RJ-Centro) confessou não ter muita clareza da conduta, já que nunca atendeu um caso de denúncia por omissão de algum profissional. Segundo essa conselheira, a denúncia também poderia ser encaminhada à Secretaria de Saúde ou mesmo às entidades de classe.

Em consulta aos arquivos de jurisprudência do Tribunal de Justiça Federal e do Estado do Rio de Janeiro (www.tj.rj.gov.br), não foi encontrado nenhum processo por omissão da notificação compulsória dos maus-tratos por profissionais da saúde. A maioria dos processos encontrados refere-se a perda de pátrio poder ou disputa de guarda.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS DA PESQUISA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE FRENTE AOS MAUS-TRATOS

Quando se procura saber o conhecimento que um profissional da saúde possui em relação ao problema dos maus-tratos, utiliza-se como metodologia entrevistas ou questionários. Nestas duas abordagens é possível garantir o sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados pessoais envolvidos na pesquisa, como consta nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Ministério da Saúde, 1996). Isso significa que não pode ser divulgada qualquer informação referente a identificação do sujeito, mas por razões operacionais, na aplicação de questionários e principalmente nas entrevistas, o pesquisador na maioria das vezes possui a identificação dos sujeitos de sua pesquisa.

As perguntas abordadas nesse tipo de pesquisa, de modo geral, referem-se à dificuldade de identificação dos casos de maus-tratos pelo profissional, às condutas adotadas e à realização ou não da notificação. Porém, a informação dada pelo sujeito referente à realização ou não da notificação dos casos de maus-tratos tem implicações legais (artigo 13 do ECA).

Como atingir os objetivos da pesquisa sem entrar em conflito com as prescrições legais? Vale ressaltar que não está sendo questionada a importância da pesquisa, mas a situação em que se encontram os pesquisadores neste contexto.

Um método para coleta de dados compatível com estes propósitos é a aplicação de questionários auto-administrados por correio – método este adotado nesta pesquisa.

Segundo Moser (1972), algumas pessoas tendem a responder mais precisamente quando não estão face a face com o entrevistador, especialmente quando se trata de temas delicados ou questões de natureza pessoal ou “embaraçosas”. Existem evidências de que os respondentes fazem comentários críticos e dão menos respostas socialmente aceitáveis com esse tipo de questionário. No caso de estudos que abordam o conhecimento e a conduta de uma certa categoria profissional e que pode incluir condutas ilícitas, este aspecto é particularmente importante.

Como o profissional da saúde ou educação deve comunicar os casos de maus-tratos contra a criança ou adolescente, sob pena de serem aplicadas sanções, o fonoaudiólogo entrevistado, por temer tais sanções, pode omitir ou distorcer suas respostas no caso de não ter realizado a notificação.

O investigador, por sua vez, pode se deparar com algum caso em que o profissional não tenha tomado a atitude adequada, e conseqüentemente a criança pode

ainda se encontrar numa situação de abuso ou de risco. O investigador, como todo cidadão, de posse dessas informações, não pode deixar de realizar a denúncia sob pena de também estar sendo omissos e, dessa forma, também estar descumprindo a lei.

O objetivo do investigador não é o de julgar e nem o de denunciar os profissionais entrevistados, reproduzindo a lógica “culpabilizante” que se faz com o agressor e com o profissional não denunciante. O objetivo desta tese foi o de procurar compreender as possíveis dificuldades e impasses desses profissionais diante de um caso de maus-tratos e, dessa forma, contribuir para a superação desses. Porém, diante de relatos de omissão dos profissionais entrevistados, o pesquisador se vê, ele próprio, diante da possibilidade de denunciar um caso de omissão.

Dessa forma, procurando atingir o objetivo principal deste trabalho, decidiu-se manter o anonimato absoluto das entrevistas para preservar o entrevistado e o entrevistador, possibilitando o aparecimento de respostas mais espontâneas e próximas da realidade do primeiro e possibilitando um exercício de reflexão mais aprofundado pelo segundo.

Não se quer, no entanto, eximir a responsabilidade social do cientista, mas ao contrário, procura-se incorporar nos procedimentos metodológicos desta pesquisa aspectos éticos e legais.

O PRINCÍPIO DA AUTONOMIA E O PARADOXO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Com a Resolução 196/96 96 instituindo o CONEP e a criação dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) nas entidades de ensino e pesquisa brasileiras, o compromisso do pesquisador com o sujeito a ser pesquisado tornou-se visível. O princípio do Consentimento Livre e Esclarecido, princípio mor da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, tornou-se praticamente obrigatório.

Esse consentimento é moralmente aceitável quando está fundamentado em quatro elementos: informação, competência, entendimento e voluntariedade (Muñoz & Fortes, 1998).

Isso quer dizer, dentre outras coisas, que o pesquisador deveria esclarecer os sujeitos dos riscos e conseqüências da sua participação na pesquisa, o que significa, neste caso, informá-lo de que poderá ser denunciado de omissão, caso tenha atendido a um caso de maus-tratos e não tenha realizado a notificação.

Evidentemente a pesquisa se tornaria inviável, já que dificilmente o entrevistado se colocaria na posição de “réu confesso”.

Dessa forma, a existência do Termo de Consentimento leva a um paradoxo: ao invés de ser um instrumento de proteção dos sujeitos da pesquisa, a possibilidade de identificação pode trazer conseqüências negativas a estes.

Para preservar o anonimato e considerando que não houve obrigatoriedade do entrevistado em participar da pesquisa, não foi pertinente para este estudo a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A adesão do participante que se dispôs a responder ao questionário e levar ao correio pode ser considerada como um consentimento.

No entanto, apesar desse paradoxo, a preocupação ética mais importante presente nos estudos realizados com profissionais da saúde a respeito da violência familiar se traduz pela presença do Termo de Consentimento em todas as pesquisas realizadas após 1996, ano da elaboração da Resolução 196.

Não há dúvida quanto à relevância científica dessas pesquisas e da legitimidade moral das suas conseqüências: seus resultados beneficiarão diretamente uma categoria profissional como um todo, já que se pretende desencadear um processo de sensibilização, conscientização e capacitação destes no que se refere aos maus-tratos contra a criança e o adolescente. De forma indireta, esta pesquisa beneficiará também as próprias vítimas de violência e suas famílias, na medida em que uma melhor qualificação do profissional proporcionará um melhor manejo desses casos.

Contudo, ainda que esses benefícios sejam indiscutíveis para a categoria profissional e para os usuários, não se pode deixar de lado os interesses individuais – seja da criança e da família envolvida com a violência, seja do sujeito da pesquisa – sob pena de estar adotando uma postura utilitarista frente a esse problema.

Portanto, a questão do absoluto anonimato em todas as etapas da pesquisa sobre violência familiar envolvendo profissionais da saúde, como afirmado anteriormente, pode ser particularmente importante, já que significa uma proteção para o entrevistado (que legalmente é obrigado a notificar) e para o entrevistador (que sabe da omissão do profissional e também é obrigado a notificar). A proteção aqui é entendida não no sentido de reforçar ou incentivar uma conduta ilegal, mas como uma forma de possibilitar que um certo problema venha à tona, para assim elaborar estratégias para o seu enfrentamento.

O pesquisador é antes de tudo um cidadão, com direitos e deveres, e o fato de realizar uma pesquisa não o coloca acima disso. Como se discutiu no decorrer deste

trabalho, a pesquisa científica pode suscitar conflitos entre os direitos e deveres de todos os atores envolvidos que devem ser analisados à luz de princípios éticos.

Não se pretende colocar uma “camisa de força” no pesquisador inviabilizando seu trabalho, mas ao contrário, vislumbrar possibilidades para que ele possa realizá-lo em consonância à sua responsabilidade social.

Procurou-se nesta discussão destacar que a pesquisa sobre um tema tão complexo como a violência, que envolve diversos atores e instituições, não pode se basear somente nos dispositivos legais e nos objetivos de seu estudo. A relevância destes só se justifica se acompanhada de uma reflexão ética – reflexão esta que permeia toda a pesquisa, podendo delinear inclusive a metodologia adotada, como no caso desta tese.

Finalizada a Introdução, a Revisão da Literatura e a fundamentação teórico-metodológica, passa-se agora para a apresentação dos artigos que foram fruto da pesquisa realizada.

4. APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

1º. ARTIGO

NOGUCHI, M.S. & ASSIS, S.G. **Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção.** *Pró-Fono - Revista de Atualização Científica*, 2003, vol. 15, nº 2, mai-ago, pp. 199-206.

Autores:

Milica Satake Noguchi – fonoaudióloga, Mestre em Ciências Médicas na área de Neurologia (Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP), doutoranda na Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

CPF: 125917658-47

RG: 17180402 SSP/SP

Endereço: Rua Barão de Lucena, 140 apto.1202 – Botafogo –Rio de Janeiro -RJ

CEP 22260-020

Telefone: (21) 2535-0787 ou (21)92235084

e-mail: milica@attglobal.net

Simone Gonçalves de Assis - médica, doutorado em ciências - FIOCRUZ. pesquisadora associada do CLAVES/ENSP/FIOCRUZ.

CPF 69107726791

RG427420 SSP-ES

Endereço: Av. Brasil 4036, sala 700 – Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ

CEP:21040-361

Tel: (21) 22904893

simone@claves.fiocruz.br

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

Título: FONOAUDIOLOGIA E VIOLÊNCIA INTRAFAMILAR CONTRA CRIANÇAS: IDENTIFICAÇÃO DE CASOS E PREVENÇÃO – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / FIOCRUZ

Resumo: *Tema:* Este trabalho aborda o papel do fonoaudiólogo na questão da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. *Objetivo:* apresentar uma proposta de intervenção fonoaudiológica que contribua para a identificação e condução dos casos e para a prevenção desta forma de violência. *Conclusão:* apesar da magnitude e da gravidade do problema, a violência doméstica é passível de intervenção e prevenção pelo setor da saúde. As peculiaridades da relação entre o fonoaudiólogo, a criança e sua família fazem com que este profissional desempenhe um importante papel na abordagem do problema.

The Speech-Language Therapy and Child Abuse: identifying cases and preventing

Abstract: *Background:* This work approaches the role of speech-language therapists when dealing with child and adolescent abuse. *Aim:* to present a proposal of speech-language intervention that contributes for the identification and conduction of child abuse cases, aiming to prevent this form of violence. *Conclusion:* in spite of the magnitude and the severity of this matter, domestic violence is liable to intervention and prevention by the health sector. The peculiarities of the relationship between the speech-language therapist, the child and its family makes this professional have an important role when addressing the problem.

Unitermos: Violência Doméstica, Maus-tratos Infantis, Fonoterapia

Key Words: Domestic Violence, Child Abuse, Speech Therapy, Language Therapy

INTRODUÇÃO

O problema da violência doméstica ou intrafamiliar contra a criança e o adolescente traz inúmeros agravos à saúde e se diferencia de outras formas de violência, já que atinge as várias camadas sociais e diferentes raças. Este problema vem tendo uma visibilidade cada vez maior na mídia, chamando a atenção de diversos segmentos da sociedade e especialmente, dos profissionais da área da saúde.

Um grande número destes profissionais provenientes de diferentes áreas – médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, por exemplo - vem buscando uma maior conscientização de seu papel diante desta complexa questão. O fonoaudiólogo que também se depara com este problema no seu cotidiano profissional, deve estar preparado para identificar e conduzir os casos de violência que fazem parte de sua clientela.

Neste trabalho, estaremos expondo a classificação e as características da violência doméstica contra crianças e adolescentes, apresentando dados atuais sobre este grave problema. A seguir, estaremos realizando um breve histórico sobre o papel que os profissionais da saúde vem desempenhando no processo de notificação, assistência e prevenção desta forma de violência.

Em função da magnitude e da gravidade do problema dos maus-tratos e considerando as características e especificidades do atendimento fonoaudiológico, procuramos com este trabalho apontar a importância que este profissional pode ter na abordagem do problema da violência.

Diante da escassez de publicações relacionando Fonoaudiologia e violência doméstica contra crianças e adolescentes, procuramos com este trabalho auxiliar este profissional no reconhecimento, na notificação e na condução dos casos de violência, além de apresentar estratégias que possam contribuir na prevenção da reincidência ou de casos novos. Esperamos dessa forma, contribuir para o processo de sensibilização e

conscientização do papel do fonoaudiólogo, trazendo este tema para a pauta de debates da Fonoaudiologia..

O problema da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente

Até a década de 60, o setor de saúde tratava o fenômeno da violência apenas como espectador ou reparador de danos centrando sua atuação nos efeitos da violência: na reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médicos-legais e nos registros de informações (Minayo, 1994). Este fenômeno era considerado de competência somente do exército, polícias e aparatos da justiça criminal.

Com a descrição da ‘Síndrome do bebê espancado’ na década de 60, a pediatria americana chamou a atenção da área de saúde para a questão da violência, em especial, da violência intrafamiliar contra a criança.

Atualmente, esta forma de violência vem despertando um grande interesse na Saúde Pública em função do grande número de casos e da possibilidade de prevenção pelo setor da saúde.

Entende-se por violência doméstica ou intrafamiliar os eventos violentos ocorridos no domicílio da vítima ou aqueles, independente do local de ocorrência, praticados por parentes próximos da vítima (Gomes, 1998).

Esta forma de violência contra crianças e adolescentes apresenta as seguintes características, segundo Azevedo (apud Ministério da Saúde, 1993):

1. É uma violência interpessoal e intersubjetiva.
2. É um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais ou responsáveis.
3. É um processo que pode se prolongar por meses e até anos.
4. É um processo de completa objetualização da vítima, reduzindo-a à condição de objeto de maus-tratos.

5. É uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança.

6. Tem na família sua ecologia privilegiada. Como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba se revestindo da tradicional característica de sigilo.

Não podemos falar de causas mas de fatores desencadeantes: alcoolismo e abuso de drogas de um dos membros da família, pais que também foram vítimas de maus-tratos, stress, desemprego, filhos não desejados, falta de condições de sobrevivência e fatores educacionais dentre outros.

A violência que atinge crianças e adolescentes pode ser classificada nos seguintes tipos (Brasil, 1993; Assis e Souza, 1995):

- **violência física:** uso de força física pelos pais ou responsáveis, sendo que esta relação de força se baseia no poder disciplinador do adulto e na desigualdade adulto-criança. A Síndrome da Criança Espancada faz parte desta forma de violência;
- **violência sexual:** ato ou jogo sexual que envolve relação hetero ou homossexual, entre adulto(s) e uma criança, com o objetivo de estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual para o adulto. O agressor pode se impor pela força, ameaça ou indução da vontade da vítima;
- **violência psicológica:** interferência negativa do adulto sobre a criança através de um comportamento destrutivo. Costuma estar associada a outras formas de violência. Caracteriza-se por isolar, ignorar, ameaçar, aterrorizar, rejeitar, depreciar ou mesmo criar expectativas irreais para a criança/adolescente causando danos na sua estruturação psíquica;
- **negligência e abandono:** quando a família se omite de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente, sendo que esta omissão não é decorrente de carência de recursos sócio-econômicos. O abandono (parcial ou total) refere-se à

ausência física do responsável pela criança /adolescente. É importante ressaltar a dificuldade de uma análise mais precisa nos casos de negligência, já que esta forma de violência está numa situação limítrofe entre a pobreza e os maus-tratos, isto é, entre a impossibilidade de prover a atenção e a prática abusiva;

- **Síndrome de Munchausen por procuração:** situação na qual a criança é levada para cuidados médicos em função de sintomas inventados ou provocados por seus responsáveis. As conseqüências podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações).

Estudos recentes realizados no Rio de Janeiro (Silva, 2001) indicam que, dos casos confirmados de violência familiar pelo Conselho Tutelar, as faixas etárias mais atingidas são de 1-4 anos e de 10-14 anos, sendo que o tipo de mau-trato mais freqüente é a negligência/abandono seguido do abuso físico e sexual. Estes estudos confirmam as estatísticas nacionais que apontam a mãe como principal agressor.

A violência doméstica atinge diferentes culturas e classes sociais. Porém nas classes populares sua visibilidade é maior já que precisam recorrer aos serviços públicos onde são identificados. As classes favorecidas utilizam serviços privados “pagando” pela discrição e sigilo (Deslandes, 1994).

Breve Histórico do Papel dos Profissionais da Saúde diante do Problema da Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente

É crescente a preocupação na formação do profissional da saúde no que se refere a sua sensibilização e ao desenvolvimento de uma filosofia, métodos, técnicas e habilidade de atendimento (Minayo, 1994) nos casos de violência contra a criança e o adolescente.

Com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Ministério da Saúde, 1990), o profissional da saúde passa a ter um compromisso não apenas ético, mas também legal com a questão da violência. No artigo 13 consta que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. Consta ainda, que o profissional da saúde ou educação deve comunicar à autoridade competente os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra a criança ou adolescente, sob pena de ser aplicada sanções de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. Dessa forma, os profissionais da saúde devem estar atentos aos casos de violência para que sejam identificados, notificados, encaminhados e tratados.

No estudo de Silva (2001) as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação a notificação foram:

1. Falta de preparo do profissional para identificar e lidar com os casos de maus-tratos.
2. Medo do profissional em fazer a notificação e sofrer retaliações por parte da família e do agressor.
3. Fragilidade dos Conselhos Tutelares no atendimento aos casos notificados, o desconhecimento de suas atribuições e a falta de retorno em relação aos desdobramentos dos casos notificados.
4. Falta de suporte necessário para que o profissional possa fazer o seu trabalho com qualidade aliada a enorme demanda. Outro fator que também contribui para o baixo número de casos identificados pelos profissionais da saúde é a tradição de uma prática que se restringe ao atendimento das patologias, sem questionar as causas contribuindo para o ocultamento e repetição dos casos.

A inércia dos profissionais da saúde também pode ser explicada pela noção de violência como 'fatalidade' e 'inevitabilidade' e portanto, não há nada a ser feito. Uma

outra visão de violência como ‘problema social’ também pode paralisar o profissional deslocando a questão para as ‘mudanças estruturais’ -“não há como atuar para prevenir ou diminuir a violência até que haja mudanças na ordem política, econômica e social” (Deslandes, 1999). Evidentemente que a violência articula-se com os aspectos estruturais, mas muito pode ser feito pelos profissionais da saúde.

Segundo esta autora, este quadro só será mudado se houver:

1. a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos, já que por um lado é de responsabilidade do profissional tal notificação, por outro, é a instituição que deve garantir esta conduta profissional, protegendo o indivíduo de “arcar” com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso.
2. Criação de uma rotina institucional para a notificação, identificando-se etapas e atribuições dos diferentes atores.
3. Quando notificação não significar denúncia, no sentido policialesco e repressivo do termo, mas sim, uma garantia de que a criança ou adolescente e sua família terão apoio de instituições e profissionais competentes.

É importante ressaltar que a notificação é uma ação essencial para desencadear medidas de proteção à criança e de suporte à família. Não deve ser compreendida apenas como comunicação dos casos confirmados ou suspeitos de maus-tratos ao Conselho Tutelar, mas como processo em que se faz necessário o cumprimento de determinadas etapas que vão desde a abordagem da vítima e de sua família até o acompanhamento do caso (Silva 2001).

Alguns Estados e municípios já têm uma ficha padronizada para realizar a notificação. Nas localidades onde não tenha esta ficha, o profissional pode fazer um relatório detalhado e encaminhar ao Conselho Tutelar. Quando não houver um Conselho Tutelar, as notificações devem ser encaminhadas as autoridades judiciárias existentes tais como o Juizado da Infância e da Juventude, à Vara da Família ou ao Ministério Público. O

Conselho Tutelar primeiramente vai apurar a veracidade da situação através de entrevistas com a família e visitas domiciliares – por isso, o profissional pode fazer a notificação mesmo em casos de suspeita. Depois de realizar um diagnóstico, o Conselho Tutelar poderá acionar os serviços da comunidade existentes para auxiliar nos problemas específicos de cada família.

Mesmo diante dos problemas de comunicação interinstitucional, os Conselhos Tutelares são uma fonte de apoio para o profissional da saúde na condução dos casos, podendo ser um importante parceiro para compartilhar o atendimento e dividir responsabilidades.

Na proposta de prevenção e assistência às vítimas de violência intrafamiliar elaborada por diferentes instituições brasileiras e promovida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde (Brasil, 1993), foram levantados os seguintes procedimentos a serem adotados pelos profissionais da saúde:

1. encorajar os pais a fornecerem as informações do fato, procurando mostrar que o interesse é de ajudar a criança e a família como um todo.
2. Tomar a família como alvo da atenção, considerando que tanto a criança vitimada como seu agressor devem ser beneficiados nas condutas terapêuticas e de assistência.
3. A criança só será afastada de seu lar em quadros muito severos ou risco de vida.
4. A culpabilização da família não deve ser a principal conduta do profissional. A família merece uma chance de ser ajudada antes de ser considerada inapta a cuidar de seus filhos.
5. Notificar obrigatoriamente os casos ao Conselho Tutelar
6. Contatar os serviços especializados de assistência.
7. Envolver toda a equipe de saúde na assistência à família.
8. Mobilizar recursos existentes na vizinhança da família atendida (creches, escolas, postos de saúde) a fim de se promover uma rede de vigilância, apoio e prevenção de reincidências.

Considerando que a maioria dos casos de violência poderá reincidir se não houver alguma intervenção que interrompa sua dinâmica, algumas ações vem sendo desenvolvidas e relatadas na literatura nacional. O Ambulatório de Atendimento à Família do Instituto de Pediatria e Puericultura da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG-UFRJ) e os Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMIS), uma organização não governamental existente em vários municípios de São Paulo, são alguns exemplos de intervenção, onde prioriza-se uma atenção integral à família, não restringindo a ação à criança ou adolescente vitimado. A família é tratada como alvo de atenção, evitando sua criminalização. Na maioria dos casos, procura-se manter a criança junto à sua família original, desde que devidamente atendida e acompanhada.

Para Cavalcanti (1999) é preciso ter consciência de que os resultados só serão percebidos a longo prazo e desde que a família aceite e queira assistência. Este autor relata também que a abordagem com a família é muito difícil, pois a criança é sempre culpabilizada, tida como merecedora do tratamento que recebe. Ressalta ainda a importância do fortalecimento dos laços entre os profissionais da saúde e a população atendida, pois se constitui em uma estratégia importante na prevenção, identificação e intervenção nos casos de violência intrafamiliar.

Além do trabalho de atenção e recuperação das vítimas de violência, é necessário investir na prevenção - tema presente em muitos trabalhos realizados por pesquisadores brasileiros.

Deslandes (1994) e Ferreira et al. (1999) apresentam diferentes propostas de atuação dos profissionais da saúde na prevenção primária dos maus-tratos. O tema da violência pode ser abordado e discutido no pré-natal, nos momentos em torno do parto, no atendimento pediátrico e ginecológico, nas atividades dos agentes de saúde e nos grupos comunitários de saúde. Nestas propostas é possível identificar, acompanhar e intervir diante de mães consideradas de “alto risco” para a prática de maus-tratos: aquelas que

desejam doar seu filho quando nascem e depois mudam de idéia, sua gravidez foi indesejada, foi recentemente abandonada pelo companheiro, demonstra grande apatia diante da gravidez/nascimento da criança, já abusou de outro filho, já espancou o feto na barriga ou tentou abortar sem sucesso.

De uma forma geral, o trabalho preventivo destes profissionais juntamente com outros setores e com a comunidade local, tem obtido bons resultados principalmente na quebra do ciclo repetitivo que alimenta a questão da violência.

Procuramos expor de forma resumida as dificuldades e os avanços obtidos pelos profissionais da saúde no processo de notificação, atendimento e prevenção da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. No item a seguir, discutiremos o papel que o fonoaudiólogo pode desempenhar diante deste grave problema, contribuindo dessa forma, para o processo de conscientização e sensibilização deste profissional.

O papel do Fonoaudiólogo nos Casos de Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente - Proposta de Atuação na Identificação dos casos e na Prevenção

Identificando possíveis vítimas

A conscientização do fonoaudiólogo diante da questão da violência contra a criança e o adolescente é de fundamental importância, especialmente porque trabalha com uma população considerada de “alto risco” para sofrerem maus-tratos – aquela portadora de alguma deficiência, de má-formação e anomalias congênitas ou genéticas (Sullivan et al., 1991; Deslandes, 1994). Os estudos de Hammond et al. (1989) e Sullivan et al. (1991) indicam que as crianças e adolescentes com dificuldades de comunicação têm uma suscetibilidade maior de serem vítimas de abuso e/ou negligência em função das barreiras comunicativas, da frustração das pessoas que cuidam destas e da interação que tende a ser mais física do que verbal. Os primeiros autores também consideram que o abuso e/ou

negligência pode privar a criança da estimulação vital necessária para o desenvolvimento da linguagem, resultando em atrasos no seu desenvolvimento.

É importante ressaltar que o abuso/negligência pode ocorrer na própria residência da vítima, mas também em instituições especializadas, no caso de crianças portadoras de alguma deficiência que residem ou permanecem por longos períodos nestes locais.

Esta conscientização torna-se ainda mais importante se considerarmos as peculiaridades que caracterizam a relação entre este profissional e seus clientes: o contato freqüente, o tempo de permanência somente com a criança ou o adolescente (sem a presença dos pais ou responsáveis), a regularidade dos encontros, o conhecimento do cotidiano da criança e uma estreita relação com a família.

Estas características fazem com que o vínculo entre o fonoaudiólogo, o paciente e sua família se diferencie daquele estabelecido por outros profissionais da saúde como os médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas e mesmo psicólogos fazendo com que a clínica fonoaudiológica seja um espaço propício para a identificação e o manejo dos casos de violência.

Observando a Criança

O fonoaudiólogo pode contribuir na identificação dos casos estando atento a presença e a freqüência de lesões na pele (escoriações, hematomas, cortes, queimaduras) ou no sistema ósteo-articular (luxações, fraturas), as deficiências nutricionais, hábitos higiênicos inadequados, a ocorrência e a freqüência de “acidentes domésticos” (quedas, envenenamentos, queimaduras, atropelamento), já que estes podem estar encobrindo uma situação de violência física ou ainda, podem caracterizar a negligência dos responsáveis nos cuidados básicos com a criança. No decorrer do acompanhamento, freqüentemente a criança/adolescente permanece no espaço terapêutico sozinha com o fonoaudiólogo o que facilita esta observação. Além disso, tematizar sobre “acidentes domésticos” muitas vezes

faz parte do atendimento fonoaudiológico já que a rotina do paciente, o fim de semana, os amigos, seus gostos e preferências são freqüentemente abordados.

É importante que o fonoaudiólogo também esteja atento as explicações dadas pelos responsáveis a respeito destes eventos mórbidos. Relatos discordantes quando o responsável é entrevistado por mais de um profissional, relatos discordantes quando se entrevistam os responsáveis separadamente ou relatos discordantes quando se entrevista a vítima e o responsável separadamente devem ser um sinal de alerta para o profissional. É preciso que o fonoaudiólogo também esteja atento quando a história relatada pelos responsáveis é incompatível com as lesões existentes ou quando os supostos acidentes ocorrem com uma freqüência acima do esperado, geralmente atribuindo estes eventos a uma suposta hiperatividade, desobediência ou má índole da criança (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001).

O trabalho de Vieira et al. (1998) apontou a importância do dentista no diagnóstico de crianças vítimas de abuso, já que muitas destas, apresentaram lesões no complexo orofacial. Estas lesões, que podem ser indicadores de crianças vítimas de abuso, caracterizam-se por contusões na face, pescoço, estruturas periorais, palato, lábios e assoalho da boca; lacerações na face, nas mucosas e nos freios labial e lingual; queimaduras na face ou nas mucosas como consequência de uso de instrumentos, substâncias químicas tóxicas e líquidos ferventes; traumas nos olhos e orelhas; perfurações da membrana timpânica, fratura nos ossos da face e injúrias dentárias com avulsão de dentes e escurecimento da coroa dentária.

Davis et al. (apud Vieira et al.1998) descreveram alguns locais do corpo tais como lobo de orelha (queimaduras por ponta de cigarro), lábio superior, freio lingual e pescoço (marcas de estrangulamento) como sendo típicos de lesões por maus-tratos.

Os resultados deste estudo de Viera et al.(1998) mostraram que 50,2% das lesões existentes em crianças que sofreram abuso, localizavam-se na região da cabeça, face e

pescoço. Os autores ressaltaram que este índice poderia ser maior já que não foram identificadas as lesões intraorais.

Assim como o dentista, o fonoaudiólogo também deve estar atento as lesões existentes no complexo orofacial, já que em muitos casos este profissional intervém diretamente nos órgãos fonoarticulatórios trabalhando a mobilidade, tonus e realizando uma avaliação morfológica destas estruturas, além da avaliação funcional.

É importante que o fonoaudiólogo também esteja atento aos sintomas psicológicos - tais como depressão ou apatia, comportamento destrutivo ou autodestrutivo, extrema agressividade, timidez excessiva e isolamento social, baixo conceito de si, comportamento sexual inadequado para sua idade, regressão, tendências suicidas – já que estas características também podem estar associadas aos casos de violência familiar, sendo um sinalizador importante para o profissional.

Observando a Família

Os freqüentes contatos que o fonoaudiólogo estabelece com a família no decorrer de todo o processo de intervenção, podem ajudar na identificação dos casos e ser uma oportunidade de compreender a dinâmica familiar onde a questão da violência pode estar presente. Este estreito convívio do fonoaudiólogo com a família, proporciona muitas vezes um espaço de escuta onde questões relativas a dinâmica familiar são expostas. Com muita freqüência, por acompanhar ativamente a vida de seus pacientes, este profissional torna-se uma importante referência de apoio e confiança da família.

Seja na anamnese, entrevista ou no decorrer do processo de avaliação e terapia, a questão da violência deve ser mais um aspecto a ser observado na interação entre a criança/adolescente e seus responsáveis. Em alguns casos, é fundamental considerar a questão da violência para compreender a dinâmica familiar e a manifestação dos sintomas fonoaudiológicos.

O fonoaudiólogo deve estar atento não somente aos casos de violência intrafamiliar onde a vítima é a criança, mas também aos casos onde a mulher é o principal alvo da violência. Na revisão bibliográfica realizada por Reichenheim et al. (1999), foram analisados estudos que afirmam que a violência entre membros do casal pode vir acompanhada da violência específica contra a criança. Os autores também discutem a capacidade destas mães que sofrem violência, de educar e criar as crianças de forma adequada, considerando a importância do estado de saúde físico e mental materno no desenvolvimento infantil. Apesar da violência vitimar diretamente um membro da família, seus efeitos são observados em todos os integrantes da família.

É importante ressaltar que abordar o problema da violência intrafamiliar na perspectiva da saúde significa garantir ajuda a vítima e sua família, abandonando a forte tendência de incriminar e marginalizar ainda mais estas famílias.

Não basta que o profissional identifique os casos, mas saiba como conduzi-los procurando apoio nos órgãos de atendimento existentes, compartilhando a responsabilidade com a equipe interdisciplinar e com a gerência de sua unidade.

Prevenção da Violência

Com o crescente interesse da Fonoaudiologia pelo trabalho de prevenção primária e secundária e a frequente inserção do fonoaudiólogo em equipes interdisciplinares que atuam em trabalhos comunitários de saúde, este profissional pode ampliar ainda mais os horizontes de sua atuação. O fonoaudiólogo pode atuar na prevenção primária da violência contra a criança incluindo este tema na sua atuação junto às Maternidades e Hospitais, postos, centros ou outras unidades públicas de saúde, creches e escolas enfatizando principalmente as implicações da violência no desenvolvimento e bem estar do bebê, da criança e do adolescente.

Em função de seu vínculo com os familiares, este profissional pode contribuir ainda na identificação das “famílias de risco” (por exemplo, adolescentes grávidas, famílias onde haja abuso de álcool e drogas ilícitas, pais que consideram que a agressão física desempenha um papel central na educação dos seus filhos) aproveitando os inúmeros encontros que realizam para abordar o tema e orientá-las.

Os cursos de Fonoaudiologia podem contribuir para o processo de sensibilização e conscientização destes profissionais proporcionando na sua formação o conhecimento e a discussão sobre a questão da violência infantil. Na Medicina, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social por exemplo, é crescente a preocupação em inserir a questão da violência no currículo destes alunos. O trabalho de Marmo et al. (1995) com pediatras de um hospital-escola indica que os conhecimentos, as formas de abordagem, o encaminhamento dos casos e os compromissos éticos estavam bem sedimentados. Isso não ocorre na maioria dos cursos de graduação de Fonoaudiologia que ainda não inseriram o tema da violência nas disciplinas teóricas e práticas.

Procuramos dessa forma, apontar algumas possibilidades de atuação do fonoaudiólogo em relação às crianças vítimas de violência intrafamiliar, dentre muitas outras intervenções possíveis.

CONCLUSÃO

O fonoaudiólogo independente do local ou da sua área de atuação deve estar atento aos casos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes que podem estar presentes no seu cotidiano profissional. O estreito convívio que por vezes estabelece com a criança ou o adolescente, além do fato de permanecerem em um espaço de grande privacidade (sem a presença dos responsáveis), faz com que este acompanhamento seja propício para a identificação de possíveis vítimas.

Os freqüentes contatos com a família podem por um lado, ajudar na identificação, e por outro lado, ser um momento importante de prevenção e intervenção podendo quebrar o ciclo da violência que se repete no seio de muitas famílias.

Retomando nosso objetivo, podemos concluir que mesmo diante da magnitude e da gravidade do problema dos maus-tratos na infância e na adolescência, muito pode ser feito pelos profissionais da saúde e especialmente pelo fonoaudiólogo, no que se refere a detecção, intervenção e prevenção da violência.

Em função da complexidade do fenômeno da violência é fundamental que este profissional conheça as redes sociais de apoio disponíveis, concretizando uma prática interdisciplinar e interinstitucional na abordagem deste grave problema.

O fonoaudiólogo que tanto valoriza a comunicação humana não pode perpetuar entre as paredes de seu consultório, o silêncio de crianças e adolescentes vitimados entre as paredes de sua própria casa.

IV- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, S.G. ; SOUZA, E.R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, vol 71, no. 6, 303-312. 1995.

- AZEVEDO, M.A. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de São Paulo*. Projeto de Pesquisa (mimeo). São Paulo. 1990. Apud. BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência contra a Criança e o Adolescente – Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília. 1993.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Imprensa Nacional, Brasília, DF, 1990.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente* – proposta preliminar de prevenção à violência doméstica. Brasília, DF, 1993.

- CAVALCANTI, M.L.T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.4, no.1., 193-201. 1999.

- DAVIS, G.; DOMOTO,P.K. & LEVY, R.L. The dentist's role in child abuse and neglect. Issues, identification and management. *J. Dent. Child*, v.46, n.3, 17-24, may/jun. 1979. Apud. VIEIRA, A.R.; MODESTO, A. & ABREU, V.I. Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua relação com o cirurgião-dentista. *Pediatria Atual*. V.11, n1/2, 21-32, jan-fev. 1998.

- DESLANDES, S.F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.4, no.1., 81-94. 1999.

- DESLANDES, S.F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Públ.*, 10 (supl.1): 177-187. 1994.

- FERREIRA, A.L.; GONÇALVES, H.S., MARQUES,M.J.V & MORAES, S.R.S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidade de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva* 4 (1):123-129. 1999.

- GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cad. Saúde Públ.*, 14 (2): 301-311. 1998.

- HAMMOND, J.; NEBEL-GOULD, A.; BROOKS, J. The value of speech-language assessment in the diagnosis of child abuse. *J Trauma*. Sep;29(9):1258-60. 1989.

- MARMO, D.B.; DAVOLI, A. & OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. *Jornal de Pediatria* vol 71, no. 6, 313-316. 1995.

- MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ.* 10 (supl. 1): 07-18. 1994.

- REICHENHEIN, M.E.; HASSELMANN, M.H. & MORAES, C.L. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.4, no.1., 109-122. 1999.

- SILVA, K.H. *A Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: em busca de uma parceria*. 2001. Dissertação de Mestrado pelo IFF-FIOCRUZ - Rio de Janeiro

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de Atuação frente aos Maus-tratos na Infância e na Adolescência*. Rio de Janeiro, março de 2001.

- SULLIVAN, P.M.; BROOKHOUSER, P.E.; SCANLAN, J.M.; KNUTSON, J.F., SCHULTE, L.E. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* . Mar;100(3), 188-194. 1991.

- VIEIRA, A.R.; MODESTO, A. & ABREU, V.I. Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua relação com o cirurgião-dentista. *Pediatria Atual*. V.11, n1/2, 21-32, jan-fev. 1998.

2º. ARTIGO

NOGUCHI, M.S., ASSIS, S.G. & SANTOS, N.C. **Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, vol. 9, nº 4, out.dez., pp. 963-973.

Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência

Between four walls: speech-language therapy for abused and neglected children and adolescents

Milica Satake Noguchi ¹
Simone Gonçalves de Assis ¹
Nilton Cesar Dos Santos ¹

Abstract *The objective of this work was to appraise the knowledge and experience of Rio de Janeiro's speech-language pathologist and audiologist about child abuse and neglect. We sent a survey form by mail to a sample of professionals registered at the Speech-Language Pathologist and Audiologist Local Council. The forms were sent twice to each professional. Five hundred forms were sent and 224 professionals responded, of which 71% worked in private clinics. Among these professionals, 25.8% had had child clients who suffered some type of abuse. Only 12.9% of interviewees worked in public health services and almost half of them (43.8%) had cared of clients who suffered abuse and/or neglect. Even though 88.9% of respondents who had treated abused children claimed that they would report abuse cases to the Conselho Tutelar, the Brazilian child protective service agency, but only four actually reported. These results suggest that, on the top of the lack of information about the subject, the fact that most speech-language pathologists usually work in private clinics make it difficult for them to report abuses cases to the authorities, as they do not have institutional support.*

Key words *Speech-language pathology, Child abuse, Children, Adolescents*

Resumo *Buscou-se levantar o conhecimento e a experiência de fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro sobre o problema da violência familiar contra a criança e o adolescente. Foi efetuado um survey via correio, com duplo envio de questionários, a uma amostra de profissionais registrados no Conselho Regional de Fonoaudiologia. Foram enviados 500 questionários sendo obtidas 224 respostas. Os resultados indicam que, dos 71% dos entrevistados que trabalham em consultório ou clínica particular, 25,8% já tiveram clientes infante-juvenis que sofreram violência familiar. Apesar de somente 12,9% dos fonoaudiólogos trabalharem em centro/posto de saúde, quase a metade desses profissionais já atendeu vítimas de violência familiar (48,3%). Dos fonoaudiólogos que atenderam pelo menos um caso de violência, 88,9% indicaram o Conselho Tutelar para encaminhamento dos casos, mas somente quatro fonoaudiólogos afirmaram ter efetuado a notificação. Os resultados sugerem que, além da falta de informação sobre o tema, a configuração do trabalho deste profissional, em que predomina a atuação em consultórios particulares, dificulta a realização da notificação, já que não contam com um apoio institucional no enfrentamento deste grave problema.*

Palavras-chave *Fonoaudiologia, Violência familiar, Crianças, Adolescentes*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública e Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Claves/Fiocruz. Av. Brasil 4.036/700, Manguinhos, 21040-361, Rio de Janeiro RJ. milica@attglobal.net

Introdução

A partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990; artigo 13), o profissional da saúde passou a ter o dever de notificar ao Conselho Tutelar os casos de violência familiar contra a criança e o adolescente, suspeitos ou confirmados.

Segundo o último manual do Ministério da Saúde sobre maus-tratos dirigido aos profissionais da saúde (Brasil, 2002), notificar significa iniciar um processo cujo objetivo principal é o de interromper a violência no âmbito da família. Esta notificação, no entanto, não é e nem vale como denúncia policial. Ela indica que o profissional da saúde está dizendo ao Conselho Tutelar: *esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda!* Este manual ressalta o dever do profissional em prover assistência e realizar a notificação, já que esta *não é um favor, nem um ato de caridade que o profissional poderá ou não prestar, a seu bel-prazer (...) é um direito que a criança e o adolescente têm.*

A notificação não deve ser vista como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. É necessário que o profissional da saúde acompanhe o trabalho do Conselho Tutelar construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos.

Apesar das exigências éticas e legais que este problema apresenta ao profissional da saúde, o número de notificações dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes é ainda muito pequeno.

Segundo dados da Assessoria de Prevenção de Acidentes e Violência/APAV da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ, 2004), no período de julho de 1999 a julho de 2002 foram realizadas 3.628 notificações, sendo que os profissionais que mais notificaram foram: médico (1.441), assistente social (1.415), enfermeiro (64), psicólogo (63), multiprofissional (570) e outros (75). No cadastro deste órgão consta somente uma notificação realizada por fonoaudiólogo.

Acredita-se haver uma subnotificação significativa dos casos de maus-tratos no Brasil. Nos Estados Unidos, somente no ano de 2002, 896 mil crianças foram consideradas vítimas de abuso ou negligência, segundo dados do *National Child Abuse and Neglect Data System* (National Clearing on Child Abuse and Neglect Information, 2004). No total, 56,5% dos casos registrados foram encaminhados por profissio-

nais, especialmente da área da educação (16,1%), representantes da lei (15,7%) e serviço social (12,6%). Outros 43,5% foram realizados por não-profissionais, tais como parentes, vizinhos e amigos. Como se pode observar, diferentemente do que ocorre no Brasil, os profissionais da área da educação parecem estar mais sensibilizados quanto ao problema dos maus-tratos do que os da área da saúde. Segundo este banco de dados, nos últimos cinco anos observou-se uma tendência de aumento de casos provenientes de profissionais e uma diminuição dos não-profissionais.

Autores como Silva (2001a), Deslandes (1999) e Almeida (1998) levantaram as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em relação à notificação. Segundo estes autores, os principais fatores são: 1) falta de preparo do profissional para identificar e lidar com os casos de maus-tratos; 2) medo do profissional em fazer a notificação e ter problemas com a justiça ou sofrer retaliações por parte do agressor; 3) falta de suporte para realizar um atendimento mais aprofundado em função da enorme demanda; 4) tradição de uma prática que se restringe ao atendimento das patologias, sem questionar as causas; 5) descrença no poder público e na real possibilidade de intervenção nestes casos; 6) visão de que se trata de um “problema de família”, não sendo de responsabilidade de uma “instituição de saúde”; 7) temor de estar enganado e notificar uma “suspeita infundada”.

Estas dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde vêm sendo enfrentadas com investimento no seu preparo, com a disseminação de manuais, folhetos e cursos voltados principalmente para profissionais da rede pública. Esta capacitação envolve a compreensão do significado, das manifestações e das consequências dos maus-tratos para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes, além do treinamento para o diagnóstico, a notificação e os encaminhamentos dos problemas (Brasil, 2002). Enfatiza-se não apenas a informação e o conhecimento sobre a temática, mas também a importância de se desenvolver uma consciência social.

O trabalho de Deslandes (1999) aponta para uma outra direção no que se refere ao enfrentamento da dificuldade de notificação pelos profissionais da saúde: a importância de se criar uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se, por um lado, tal notificação é de responsabilidade

do profissional, por outro, é a instituição que deve garantir esta conduta profissional, protegendo o indivíduo de “arcar” com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso. A autora afirma ainda que é preciso criar uma rotina institucional para a notificação, identificando-se etapas e atribuições dos diferentes atores.

Se existem avanços significativos no setor da saúde como um todo, na fonoaudiologia este tema tem sido pouco debatido. A relevância deste problema para o fonoaudiólogo deve-se principalmente ao fato de ele trabalhar com uma população considerada de “alto risco” para sofrer maus-tratos – aquela portadora de alguma deficiência, de má-formação e anomalias congênitas ou genéticas (Sullivan *et al.*, 1991; Deslandes, 1994). Os estudos de Hammond *et al.* (1989) e Sullivan *et al.* (1991) indicam que as crianças e adolescentes com dificuldades de comunicação têm uma suscetibilidade maior de serem vítimas de abuso e/ou negligência em função das barreiras comunicativas, da frustração das pessoas que cuidam destas e da interação que tende a ser mais física do que verbal. Os primeiros autores também consideram que o abuso e/ou negligência pode privar a criança da estimulação vital necessária para o desenvolvimento da linguagem, resultando em atrasos no seu desenvolvimento.

É importante ressaltar que o abuso/negligência pode ocorrer na própria residência da vítima, mas também em instituições especializadas, no caso de crianças portadoras de alguma deficiência que residem ou permanecem por longos períodos nestes locais.

Segundo Noguchi & Assis (2003), a conscientização deste profissional no que se refere aos maus-tratos infantis torna-se ainda mais importante se considerarmos as peculiaridades que caracterizam a relação entre este profissional e seus clientes: 1) o contato freqüente e regular com a criança; 2) um período longo de permanência somente com a criança ou o adolescente (sem a presença dos pais ou responsáveis); 3) o conhecimento do cotidiano da criança; 4) a observação e manuseio corporal em certos casos; 5) uma estreita relação com a família.

Os freqüentes contatos que o fonoaudiólogo estabelece com a família no decorrer de todo o processo de intervenção podem ajudar na identificação dos casos e ser uma oportunidade de compreender a dinâmica familiar em que a questão da violência pode estar presente. Este estreito convívio do fonoaudiólogo com a fa-

mília proporciona, muitas vezes, um espaço de escuta onde questões relativas à dinâmica familiar são expostas. Com muita freqüência, por acompanhar ativamente a vida de seus pacientes, este profissional torna-se uma importante referência de apoio e confiança da família (Noguchi & Assis, 2003).

Em função dessas características, as autoras afirmam que a relação entre o fonoaudiólogo, o paciente e sua família se amplia mais do que a de outros profissionais da saúde (como médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas e mesmo psicólogos), fazendo com que a clínica fonoaudiológica seja um espaço propício para a identificação e o manejo dos casos de violência.

No entanto, apesar destas especificidades, o problema da violência contra a criança e o adolescente tem sido pouco debatido na área com raríssimas publicações. Este estudo portanto, procura trazer à luz o problema da violência na fonoaudiologia abordando o conhecimento, as experiências, as condutas e as dificuldades deste profissional e procurando encontrar vias explicativas para que estas últimas possam ser superadas.

Métodos

Foi realizado um *survey* anônimo através do envio de questionários auto-administráveis por correio (Babbie, 1999), acompanhados por uma carta de explicação e um envelope de retorno já selado. O Conselho Regional de Fonoaudiologia – 1ª Região ofereceu sua mala direta com o nome e endereço de todos os fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro.

O planejamento amostral considerou a população de 3.113 fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro cadastrados no CRFa-1ª Região. A amostragem foi definida admitindo-se um erro de estimativa de 4% e um risco associado a este erro de 5%, totalizando um tamanho amostral de 500 indivíduos (Cochran, 1965). Esse total de questionários foi enviado e 145 retornaram no prazo de dois meses. Foi efetuado um segundo envio, recebendo mais 79 questionários nos dois meses seguintes. No total, retornaram 224 questionários respondidos, constatando-se uma perda de 55,2%. Tentando conhecer o perfil dos fonoaudiólogos que não haviam respondido aos questionários, procurou-se localizar uma amostra via telefone. Para tanto, a pesquisadora permaneceu vários dias no CRFa-1ª Região, que disponibi-

lizou um funcionário para fazer as ligações telefônicas e solicitar autorização do fonoaudiólogo, visando à não-identificação dos profissionais na pesquisa. Apenas oito entrevistas com fonoaudiólogos que não devolveram o questionário (selecionados aleatoriamente na amostra) foram realizadas por telefone e os resultados estão comentados na discussão dos resultados.

O questionário está composto com as seguintes variáveis: tempo de formado; local de trabalho; conhecimento acerca dos órgãos de notificação; atendimento ou não a crianças e adolescentes vítimas de violência familiar; conduta tomada nesses casos; acompanhamento e desfecho do caso. Algumas poucas questões ficaram em aberto, permitindo ao fonoaudiólogo redigir suas opiniões e condutas.

Foram realizadas análises bivariadas para as variáveis quantitativas. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para aferir significâncias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

Resultados

Dos 224 fonoaudiólogos que responderam aos questionários, 24,1% dos entrevistados (54) atenderam pelo menos um caso em que a criança ou adolescente foi vítima de maus-tratos. A maioria informou nunca ter atendido esses casos (75,9%).

A **tabela 1** indica o local de trabalho dos fonoaudiólogos que responderam à pesquisa, assim como o percentual dos que já atenderam a crianças e adolescentes vítimas de violência, segundo o tipo de vínculo profissional que possuem. Observou-se que a maioria dos entrevistados trabalha em consultório ou clínica particular (71%). Desses profissionais com emprego privado, 25,8% já tiveram clientes infante-juvenis que sofreram violência familiar.

A inserção profissional em escolas foi a segunda forma mais freqüente, seguida pelo trabalho em hospital/maternidade e empresas/indústrias. Deve-se destacar que, embora apenas 12,9% dos fonoaudiólogos informaram trabalhar em centro/posto de saúde, quase a metade desses profissionais já atendeu vítimas de violência familiar, diferenciando-se de todos os demais tipos de inserção profissional pela maior proximidade com pacientes em situação de maus-tratos (48,3%; $p < 0,01$).

Não foi constatada nenhuma diferença quanto a atender ou não crianças e adolescentes vítimas de violência familiar em relação ao tempo de formação. Verificou-se que 25,5% dos fonoaudiólogos que responderam ao questionário tinham até 5 anos de formados, 22,7% entre 6 e 10 anos e 51,8% mais de 10 anos de formatura. Vale apontar que 17,9% dos profissionais com até 5 anos de formados já haviam atendido casos de violência familiar, percentual que se eleva para 32% entre os formados entre 6 e 10 anos e decai novamente para 23,7% entre os com mais de 10 anos de vida profissional.

Sobre as instâncias que deveriam ser procuradas no caso de maus-tratos, 90,2% dos fonoaudiólogos reconheceram a Vara da Infância e Juventude como a principal instituição a ser acionada em casos de violência familiar. Em segundo lugar, 73% informaram que procurariam o Conselho Tutelar. Dentre os respondentes que afirmaram ter atendido pelo menos um caso de violência familiar, a porcentagem daqueles que procurariam o Conselho Tutelar sobe para 88,9% (**Tabela 2**), sinalizando possuírem melhor conhecimento do órgão mais indicado para apoiar esses casos.

Cabe ressaltar que 51,8% reconheceram a polícia como órgão a ser buscado em caso de violência familiar. Por outro lado, poucos lembraram dos Conselhos Municipais de Defesa e Ministério Público, órgãos mais implicados na defesa dos direitos da criança e do adolescente.

A conduta mais citada pelos fonoaudiólogos que atenderam algum caso de violência familiar foi o contato com a família, mencionado por 34 fonoaudiólogos. Este contato consistiu em “conversas com a família” (que pode ser com a mãe, os pais, os responsáveis ou o agressor), questionamento com relação ao episódio da violência, ameaças para que o episódio não se repita, conversas procurando confirmar ou não a veracidade dos fatos e orientações à família. Apenas quatro fonoaudiólogos afirmaram ter procurado o Conselho Tutelar; dois, o Juizado e quatro informaram ter encaminhado para “órgãos públicos” sem especificar quais.

Quanto ao acompanhamento e desfecho dos casos relatados nos questionários, a maioria dos fonoaudiólogos informou continuar atendendo os casos de crianças/adolescentes vítimas de violência (59%). Este resultado deve ser visto com cautela, considerando que, destes que afirmaram continuar acompanhando, 26% citaram outros casos nos quais ocorreu o aban-

Tabela 1

Atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência familiar segundo o local de trabalho do profissional.

Local de trabalho	Total com vínculo de trabalho (N=244)		Atendimento à vítimas de violência (N=54)	
	N	%	N	%
Consultório/clínica particular	159	71,0	41	25,8
Escolas/creches	46	20,5	15	32,6
Hospital/maternidade	38	17,0	12	31,6
Empresas/indústrias	31	13,8	10	32,3
Faculdades/universidade	31	13,8	7	22,6
Centro/posto de saúde ¹	29	12,9	14	48,3
Rádio/televisão/teatro	5	2,2	1	20,0

¹ p<0,01

Tabela 2

Órgãos que ajudariam/deveriam ser informados no caso de suspeita ou confirmação de violência familiar contra criança/adolescente.

Órgão mencionado em caso de violência familiar	Atendimento a vítima de violência familiar					
	Sim = 54		Não = 170		Total = 224	
	N	%	N	%	N	%
Vara da Infância e da Juventude	51	94,4	151	88,8	116	90,2
Conselho Tutelar ¹	48	88,9	116	68,2	164	73,2
Polícia	26	48,1	90	52,9	46	51,8
Conselhos Municipais de Defesa	18	33,3	39	22,9	202	25,4
Ministério Público	14	25,9	32	18,8	57	20,5

¹ p<0,01

dono do tratamento fonoaudiológico e 19% entraram em contradição, relatando o abandono do tratamento em outras situações.

Discussão dos resultados

Duas questões merecem ser destacadas diante dos resultados apresentados. A primeira delas refere-se ao encaminhamento dos casos de violência familiar aos órgãos públicos: a Vara da Infância e da Juventude (VIJ) foi mais lembrada pelos entrevistados do que o Conselho Tutelar (CT).

A atribuição destes órgãos é bastante distinta: os CT basicamente acolhem e averiguam as denúncias. Quando constatada sua veracidade, procuram imediatamente cessar a situação de violência para então aplicar outras medidas que possam restaurar os direitos da criança e do adolescente. É o próprio CT que deveria en-

caminhar à VIJ e ao Ministério Público os casos mais complexos em que, por exemplo, é necessária a destituição do pátrio poder. Isto porque o CT é não-jurisdicional, não tendo autoridade para julgar conflitos, o que compete a um juiz. Somente em cidades onde não existe um CT, a VIJ seria a primeira unidade a ser acionada – o que não ocorre na cidade do Rio de Janeiro, onde foi realizada a pesquisa.

Nesse sentido, a indicação das VIJ como órgão mais citado pelos entrevistados pode sugerir, ao invés da proteção, uma visão predominante da culpabilização na abordagem do problema dos maus-tratos. Esta visão se encontra na “contramão” dos esforços que o setor da saúde vem tendo, procurando redefinir seu papel diante destes casos.

A segunda questão refere-se ao fato de que embora alta porcentagem de profissionais saiba que um caso de maus-tratos deva ser encaminhado ao Conselho Tutelar, um número

irrisório de notificações foram de fato realizadas. Isso parece indicar que a baixa notificação não se deve somente à falta de informação do fonoaudiólogo, já que a maioria sabe para onde encaminhar. A discussão apresentada nos próximos itens visa encontrar vias explicativas que possam ajudar na compreensão deste aparente paradoxo.

É importante salientar que alguns entrevistados que já tinham atendido um caso de violência familiar, preencheram inicialmente o questionário afirmando não terem atendido nenhum caso e depois, geralmente nos comentários, relatavam algum caso. Tal fato sugere que os números apresentados neste trabalho podem estar subestimados. Esta postura também foi observada no grupo onde foi realizada a entrevista por telefone. Apesar das respostas deste último grupo não terem sido contempladas nos resultados anteriormente apresentados, vale tecer alguns comentários.

Dos oito entrevistados por telefone, sete já haviam atendido a um caso de violência familiar contra criança/adolescente. Alguns se mostraram pouco à vontade em participar do estudo, temendo que as informações pudessem ser repassadas ao Conselho. Outros negaram a princípio, mas no decorrer da entrevista acabaram por relatar sua experiência com algum caso (um deles justificou que tinha atendido somente um caso e o outro justificou dizendo que se tratava somente de uma suspeita).

Apesar do pequeno número de entrevistas realizadas por telefone, a elevada frequência de atendimento a crianças/adolescentes vítimas de violência familiar pode sugerir uma maior atuação do fonoaudiólogo do que a constatada através dos questionários. Nesse sentido, talvez, o baixo número de questionários devolvidos pelo correio pode ser indício de uma não-participação deliberada mais do que uma perda aleatória.

O fato de ter o apoio do CRFa-1ª Região para a realização da pesquisa pode também ter contribuído para inibir a participação de alguns fonoaudiólogos, que, temendo possíveis sanções, preferiram omitir tal informação. Em uma das entrevistas telefônicas, o fonoaudiólogo explicitou este temor, perguntando ao pesquisador se o CRF teria acesso às informações do questionário. Apesar de serem informados de que as informações desta pesquisa são sigilosas e que os participantes foram identificados por meio de números, muitos profissionais se sentiram inseguros em dar informações sobre

sua experiência com o problema da violência familiar. Talvez o próprio tema da violência familiar, ainda interdito e considerado um problema a ser resolvido entre as “quatro paredes” familiares, contribua para essa baixa resposta observada entre os fonoaudiólogos.

A configuração do local de trabalho do fonoaudiólogo e suas implicações no problema da notificação

Considerando que a maioria dos entrevistados trabalha em consultório ou clínica particular (71%), isto pode significar que estes profissionais não contam com um apoio institucional para lidar com os casos de maus-tratos, o que dificulta o processo de notificação. No caso dos fonoaudiólogos que não se inserem em equipes de saúde, realizar a notificação significa enfrentar este processo de forma solitária.

Outro resultado que aponta nesta mesma direção é o que indicou que mais fonoaudiólogos que identificaram e atenderam casos de maus-tratos trabalhavam em unidades públicas de saúde. Constantes ações de sensibilização e capacitação profissional realizadas pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro nos últimos anos podem estar influenciando esta maior capacidade de detecção de casos no serviço público de saúde.

O fato de o fonoaudiólogo trabalhar em uma clínica com outros profissionais não garante que, no caso de atender uma vítima de maus-tratos, ele possa contar com um segundo integrante da equipe para dividir efetivamente a responsabilidade sobre o caso. Muitas vezes estas parcerias se restringem ao encaminhamento de casos, divisão de espaço físico e despesas em geral, não havendo de fato uma integração dos profissionais no atendimento dos casos. O trabalho de Moreira e Friedman (2002) aponta esta não-integração entre o fonoaudiólogo com outros profissionais, ocorrendo apenas uma “justaposição de saberes alheios entre si”.

Algumas das dificuldades encontradas pelos fonoaudiólogos no atendimento a vítimas de violência, tema absolutamente ancorado nas ciências sociais, está nas origens da fonoaudiologia no Brasil. O trabalho de Silva e Massi (1999) sobre as origens das práticas fonoaudiológicas em São Paulo pode contribuir na reflexão dos resultados obtidos neste estudo com fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro.

Para estas autoras, a origem destas práticas se encontra no processo de escolarização que

ocorreu no início do século até a década de 1940. O pensamento higienista vigente nesse período associava os “males do Brasil” com a composição étnica da população e com a herança colonial (Lima & Hochman, 2000). A normatização da língua nacional era uma questão fundamental na lógica do discurso higienista propagado por médicos, educadores e outros agentes ligados às instituições governamentais (Silva & Massi, 1999). As variações dialetais, que eram a principal forma de identificação étnica, deveriam ser alvo no combate aos “estrangeirismos”.

Para essas autoras, a escolarização tinha uma tarefa disciplinadora, apagando o passado, as tradições, e a língua convertendo estes grupos em cidadãos da Nova Pátria. Este universo escolar onde se buscava o aperfeiçoamento de estratégias de classificação dos escolares (através da construção de escalas, baterias de testes e provas para medir o cabedal intelectual e lingüístico das crianças) e a normatização dos desvios da língua, fundamentados em conceitos de aquisição e desenvolvimento de linguagem, bem como na definição entre o normal e o patológico, culminou com a oficialização da fonoaudiologia. O discurso técnico-científico que justificava e explicava o controle da linguagem encobria o caráter político-cultural que se encontra nas raízes das práticas fonoaudiológicas.

Para Silva e Massi (1999), quando a língua falada no País estava padronizada a ponto de atender às demandas econômicas e sociais, estas práticas se deslocaram para um contexto clínico.

No final da década de 1950 até meados de 70, tais práticas se caracterizavam pelo trabalho de reabilitação ou cura dos distúrbios da linguagem:

[a Fonoaudiologia] distanciou-se das instituições públicas e passou a ser uma profissão voltada a um pequeno grupo da sociedade. (...) É por esta razão que durante meados dos anos 60 e final da década de 70, a atuação fonoaudiológica estava praticamente restrita a uma prática curativa, desenvolvida nos consultórios particulares, em alguns hospitais e em algumas instituições assistencialistas (grifo nosso). Os trabalhos institucionais ou públicos eram desenvolvidos por pessoas ou grupos isolados, sem maiores recursos (Silva & Massi, 1999).

Este distanciamento das instituições públicas pode repercutir na questão da notificação, reforçado pelo fraco apoio institucional.

A conduta adotada pelo fonoaudiólogo diante de um caso de maus-tratos – enfrentando o problema sozinho

Com relação à conduta mais citada pelos respondentes que já atenderam casos de violência familiar, destacam-se 27 relatos de fonoaudiólogos que buscaram averiguar o episódio de violência e outros 7 informaram fornecer orientação familiar. Ainda que estes últimos não tenham entrado no mérito da suspeita ou confirmação da violência, as orientações realizadas se constituíram em um trabalho de intervenção que se mostrou muito eficaz, já que o atendimento não se restringe à vítima, mas inclui toda a família: *a partir do momento que valorizamos o usuário e nos aproximamos destas famílias, tentando melhorar a sua auto-estima, a própria família se sente mais confiante (...) não só o agredido tem que ser tratado. Quando se trata o agressor a história se modifica (fono 3).*

O Guia do Ministério da Saúde (Brasil, 2001) afirma que o profissional da saúde deve evitar: perguntar se um dos pais foi o responsável pelo ocorrido, insistir em confrontar dados contraditórios ou aferir registros, confrontar os pais com descrições trazidas pela criança ou adolescente ou assumir postura de policial ou detetive. Recomenda que o profissional e a vítima não ajam sozinhos para evitar riscos maiores, devendo, sempre que possível, se inserir em uma rede de serviços especializados. Afirma ainda que a abordagem deve ser multidisciplinar e que é necessário um trabalho conjunto com os Conselhos Tutelares.

Os resultados encontrados sugerem que o fonoaudiólogo frequentemente acaba enfrentando o problema sozinho, apesar de não ser esta a conduta mais adequada. Mais uma vez, estes resultados reafirmam que estes profissionais não contam com um apoio institucional no enfrentamento do problema.

A segunda conduta mais citada pelos entrevistados foi o encaminhamento psicológico e, em seguida, o encaminhamento para o serviço social. Também foram citados os encaminhamentos ao médico, à escola e aos outros profissionais, sem especificar quais. Esta alta ocorrência de encaminhamentos a outros profissionais e um número baixíssimo de notificações ao Conselho Tutelar pode indicar que o fonoaudiólogo prefere encaminhar estes casos de violência a outros profissionais e não diretamente ao Conselho Tutelar, se eximindo da responsabilidade ética e legal que requer estes casos.

É evidente que os casos de maus-tratos necessitam de um acompanhamento interdisciplinar, mas o fonoaudiólogo deve participar da notificação e acompanhamento dos casos, especialmente porque possui informações importantes sobre a criança/adolescente vitimado e sua família.

Este depoimento mostra uma conduta cuidadora diante de um caso de violência física: *conversei sobre os danos morais/psicológicos que poderia ocorrer futuramente com essa criança, indiquei um psicólogo e comecei a acompanhar mais de perto essa criança. (...) Houve uma outra incidência, mas sem marcas (corporais), conversei com a mãe (a agressora) e lhe informei que se essa atitude perdurasse, ela seria encaminhada ao Conselho Tutelar* (fono 103).

Dos que atenderam algum caso de maus-tratos, o encaminhamento ao Conselho Tutelar foi relatado somente por quatro fonoaudiólogos, sendo que, em todos os casos, os relatos revelam uma experiência negativa: em três casos, a criança continuou sofrendo maus-tratos; e em um caso, houve abandono do tratamento.

Apesar da experiência negativa que muitos profissionais da saúde relatam na sua relação com o Conselho Tutelar, é importante que a notificação seja feita. O campo de ação dos profissionais da saúde tem pouco poder de resolução quando comparado aos CT, especialmente nos casos em que é necessário cessar a situação de violência de forma imediata ou naqueles onde é necessário o apoio de outros setores públicos como, por exemplo, relacionados à educação, transporte, moradia e trabalho.

Nesse sentido, a relação dos profissionais da saúde com os CT deveria ser a de parceria, já que ambos podem contribuir de forma diferente e complementar no enfrentamento do problema da violência familiar.

O desfecho dos casos de maus-tratos atendidos pelos fonoaudiólogos

Quanto ao desfecho dos casos de maus-tratos, a maioria abandonou o tratamento, como mostram estes depoimentos a seguir: *alguns sumiram da clínica quando chamados pela direção [da clínica]. Outros desmentiam o caso por medo das conseqüências em casa* (fono 50); ou então ocorreu o abandono do tratamento da criança porque *a família mudou-a de escola, impossibilitando qualquer contato posterior* (fono 78).

Uma das possíveis razões para o abandono pode ser a conduta inadequada por parte do

profissional diante dos casos. Um fonoaudiólogo aponta com precisão este problema: *minha falta de informação quanto à melhor conduta neste caso, possivelmente, levou à desistência do tratamento e frustrou a possibilidade de alguma intervenção mais eficaz* (fono 2).

Nos casos em que houve abandono do tratamento fonoaudiológico e não foram realizadas intervenções com as famílias, pode-se supor que as crianças que passaram pela clínica fonoaudiológica continuam em situação de risco.

Quatro respondentes relataram um desfecho desfavorável em que a criança/adolescente voltou a sofrer violência, a exemplo deste depoimento: *o caso foi encaminhado para o Juizado, depois o pai [agressor] ganhou a causa e ficou com a criança e ainda expulsou a mãe de casa, a criança desmentiu todo o acontecido para o Juiz. (...) O outro responsável fica com medo de denunciar, e acaba sendo conivente com o agressor e a situação de agressão física, emocional ou sexual torna a se repetir infinitas vezes* (fono 110).

Os casos relatados que tiveram um desfecho favorável apontam para a importância do atendimento multidisciplinar. Alguns depoimentos ilustram a eficácia dessa estratégia: *tiveram o acompanhamento da equipe obtendo um desfecho bom, em que os pais, sob orientação, deixaram de agredir seus filhos* (fono 83); *encaminhei-as [agressor e vítima] para a assistente social e psicólogo (...). Felizmente os três casos estão tendo um bom desenvolvimento nas terapias fonoaudiológica e psicológica, além de apresentarem melhora na escola* (fono 91); *família acompanhada pelo Serviço Social durante a terapia fonoaudiológica e após alta fonoaudiológica. Sucesso no desfecho do caso* (fono 214).

Silêncio e sofrimento do profissional da saúde

Um outro fator que não pode ser esquecido se refere aos sentimentos que este tema desperta no profissional. No caso do fonoaudiólogo e dos profissionais da saúde em geral isto é particularmente importante visto que tais situações se confrontam com a onipotência, o narcisismo e a necessidade de proteção que muitas vezes norteiam a ação deste profissional.

Para Freud (1981), o narcisismo em um certo sentido é o *complemento libidinoso del egoísmo del instinto de conservación; egoísmo que atribuimos justificadamente, en cierta medida, a todo ser vivo*.

A sensação de violação do narcisismo que um caso de maus-tratos provoca no profissional da saúde pode ser comparada a outras situações, como, por exemplo, em gestações inviáveis, neonatos com doenças irreversíveis e intratáveis ou pacientes terminais. Nestes casos, o profissional da saúde deve ser trabalhado para que possa ser capaz de tolerar o incompleto, o diferente.

Nos estudos sobre tanatologia, a experiência pessoal do profissional da saúde é frequentemente tematizada. Segundo Kovács (1991), negar é uma forma de defesa, de não entrar em contato com as experiências dolorosas. A grande dádiva da negação e da repressão é permitir que se viva num mundo de fantasia. A situação da terminalidade ou mesmo dos maus-tratos pode ser tão ameaçadora para o profissional que sua única possibilidade é a negação.

O artigo de Torres e Guedes (1987) que discute a questão dos doentes terminais para o psicólogo afirma que a negação pode manifestar-se no silêncio ou na omissão diante da questão da morte. No caso de maus-tratos, a negação do profissional da saúde, manifestada especialmente pela omissão, pode ter consequências graves para a criança ou adolescente que permanece numa situação de risco.

Estas autoras afirmam ainda que o fato de existirem poucos trabalhos sobre o assunto é também uma forma de negação. Podemos nos indagar diante da escassez maior ainda de trabalhos sobre maus-tratos na área de fonoaudiologia, se esta negação também estaria presente.

A dificuldade em lidar com o outro (o paciente) decorrente da dificuldade do próprio profissional é também apontada no trabalho de Coser Filho (1986) sobre psiquiatria e prática médica: *algo age no médico influenciando a relação que ele mantém com o paciente, e que esse algo é de ordem inconsciente, seja ele ligado a sua história pessoal ou a suas crenças ideológicas. (...) parece que é necessário ao médico manter a posição de desconhecimento da realidade psíquica de seus pacientes, afinal, a garantia do desconhecimento de sua própria realidade psíquica, de suas posições fantasmáticas diante de cada paciente. Com isso ele ignora a vida subjetiva de seu paciente e se defronta com ele como se fosse apenas um corpo biológico.*

Esta tentativa de recorte, de fragmentação do sujeito pela dificuldade que se impõe a consideração de sua totalidade, pode também nos ajudar a compreender a atuação do profissional da saúde que procura restringir sua ação

aos cuidados, reparos e reabilitação de seus clientes.

O depoimento deste fonoaudiólogo é um exemplo claro desta dificuldade. Em resposta à pergunta relativa à conduta diante de um caso de maus-tratos, informa: *Nenhuma. Eu apenas exerço a profissão (...) em um hospital infantil. Como fono apenas observo* (fono 209). O depoimento parece esvaziar do papel profissional qualquer possibilidade de intervenção nestes casos.

A tradição corretivo-normatizadora que norteia a prática fonoaudiológica não apenas limita o olhar do profissional às queixas lingüísticas e comunicativas, mas serve de “bode expiatório”. É a desculpa ideal para que o profissional se limite a tratar destas queixas, deixando de lado o sofrimento do sujeito, sua família e a violência que se instaura nesta relação.

Outro entrevistado “sai de cena” diante de um problema que parece ser inatingível, insolúvel e, assim, insuportável: *ainda somos muito pequenos como seres humanos para podermos intervir nesta triste realidade* (fono 60).

É inegável que este tema desperta em muitos profissionais sentimentos intensos, que são muitas vezes difíceis de manejar. No entanto, é necessário que o profissional da saúde não perca de vista seu compromisso terapêutico. Coser Filho (1986) aponta para uma direção possível da relação médico/paciente, mas que pode ser estendida a qualquer profissional da saúde: *para compreender o que se passa na relação do médico com seu paciente é preciso que o primeiro ultrapasse a atitude de buscar um responsável, um culpado, aí pode-se estabelecer uma relação de cooperação sem angústia ou culpabilidade excessiva.*

Esta preocupação com o profissional da saúde também está presente no manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), que indica a necessidade de se criarem espaços de discussão que possam dar um respaldo psicológico à equipe.

Dessa forma, procuramos indicar neste item que, como a abordagem dos casos de maus-tratos é uma tarefa muito pesada do ponto de vista emocional, o profissional da saúde deve trabalhar com seus próprios sentimentos para que possa avaliar com mais clareza seu papel profissional (inclusive ético e legal) diante de cada caso. No entanto, a oportunidade de trabalhar tais questões raramente chega às mãos do fonoaudiólogo e de outros profissionais da saúde que trabalham em consultórios e clínicas particulares.

Violência estrutural e medo do profissional da saúde

Um outro aspecto que também deve ser ressaltado neste estudo é a relação destas dificuldades de notificação dos casos de violência familiar com a violência social em geral, isto é, como esta última pode repercutir na atitude dos profissionais que lidam com o problema dos maus-tratos.

Tomemos como exemplo a cidade do Rio de Janeiro, onde as pessoas vivem amedrontadas. O fato de morar nesta cidade pode ter algumas implicações na conduta destes profissionais. Realizar a notificação expõe o profissional, que, no caso daqueles que trabalham sozinho, sente-se ainda mais desamparado e desencorajado a enfrentar o problema. É notória a dificuldade dos Conselhos Tutelares em realizar as visitas aos domicílios localizados em áreas dominadas pelo tráfico de drogas (Brasil, 2002). O depoimento deste fonoaudiólogo também ilustra o problema: *na instituição que eu trabalhava, alguns casos tiveram um desfecho além de nossos limites – adolescentes estavam envolvidos com tráfico de drogas, sendo que um até foi assassinado* (fono 30).

O temor de represálias que domina fortemente o imaginário coletivo dos profissionais da saúde, no contexto da crescente violência social, toma proporções ainda mais assustadoras desencorajando-os a efetuar a notificação.

Considerações finais

A partir deste estudo com os fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro, podemos concluir que a dificuldade de notificação não parece estar relacionada somente à falta de informação deste profissional. Procuramos apontar neste trabalho diversos fatores que podem dificultar este processo, especialmente sua atuação isolada. O conhecimento das dificuldades pode ajudar na elaboração de estratégias de ação para o enfrentamento deste grave problema.

As considerações realizadas neste presente trabalho partiram de um inquérito realizado com fonoaudiólogos da cidade do Rio de Janeiro, mas podem ser estendidas a outros profissionais da saúde.

O elevado percentual de perdas dos questionários pode indicar maiores dificuldades dos profissionais em relatar o tema, embora sejam comuns baixos índices de resposta em questionários por correio (Babbie, 1999). Deve-se con-

siderar este fato como uma limitação do estudo, que possivelmente pode estar apresentando resultados subestimados.

O trabalho de conscientização e sensibilização dirigido a estes profissionais que tem sido feito com a difusão de diferentes manuais e informativos é direcionado principalmente àqueles que estão inseridos em “equipes de saúde” ou na rede pública de saúde. Considerando as características da configuração do trabalho do fonoaudiólogo, este profissional pode não estar sendo atingido por tais campanhas. As orientações que constam no manual do Ministério da Saúde (Brasil, 2002) reforçam esta idéia: *a equipe de saúde compartilhará responsabilidades com o Conselho Tutelar em cada caso encaminhado. Quando há uma boa relação entre ambas as instituições [CT e os serviços de saúde] (...) ocorrem contatos telefônicos em que os profissionais da saúde e conselheiros discutem sobre as condutas.*

Na própria Ficha de Notificação Compulsória de Casos Suspeitos ou Confirmados de Maus-Tratos/Abuso Sexual contra Crianças e Adolescentes da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro consta somente o termo “unidade” na identificação do atendimento (Unidade em que foi realizado o atendimento, endereço da Unidade, município e profissionais envolvidos no atendimento, sendo necessário a assinatura do responsável pela notificação e a assinatura da Direção da Unidade). O fonoaudiólogo que trabalha em consultório e clínicas particulares poderia encontrar certa dificuldade no preenchimento desta ficha.

A necessidade de um apoio institucional no enfrentamento dos maus-tratos infantis parece-nos urgente, já que a maioria dos fonoaudiólogos não conta com uma equipe de trabalho, estando confinada “entre as quatro paredes” de seu consultório. Mesmo aqueles que trabalham em instituições muitas vezes não conseguem realizar uma condução adequada destes casos, porque não existe uma rotina de atendimento.

A parceria de setores da saúde responsáveis pela difusão da informação com entidades de classe (que são comumente a única referência para o fonoaudiólogo) pode ser uma alternativa viável de se atingir estes profissionais para o enfrentamento de um problema social tão arraigado e complexo. Algumas entidades de classe tais como o Conselho Regional de Psicologia-5ª Região e a Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, em parceria com órgãos públicos, têm se mobilizado para enfrentar o problema da violência familiar.

Colaboradores

MS Noguchi foi a responsável pela condução da pesquisa e redação do texto; SG Assis, pela redação; e NC Santos, pela análise estatística.

Referências bibliográficas

- Almeida EC 1998. *Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra*. Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro.
- Babbie E 1999. *Métodos de pesquisas de survey*. Ed. UFMG, Belo Horizonte.
- Brasil 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Lei Federal nº 8.069 de 13/07/1990. Brasília
- Brasil 2001. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília. (Série Cadernos de Atenção Básica n. 8)
- Brasil 2002. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília.
- Cochran WG 1965. *Técnicas de amostragem*. Editora Fundo de Cultura, Rio de Janeiro.
- Coser Filho O. 1986. *Psiquiatria e medicina: contribuição ao estudo dos transtornos psíquicos na prática médica e da formação psicológica do médico*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro.
- Deslandes SF 1999. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciência & Saúde Coletiva* 4(1):81-94.
- Deslandes SF 1994. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (supl.1):177-187.
- Freud S 1981. Introducción al narcisismo. In *Obras completas - Tomo II*. (4ª ed.). Biblioteca Nueva, Madri.
- Hammond J, Nebel-Gould A & Brooks J 1989. The value of speech-language assessment in the diagnosis of child abuse. *J. Trauma* 29(9):1258-1260.
- Kovács MJ 1991. Pensando a morte da formação de profissionais da saúde. In RMS Cassorla (org). *Da morte*. Papirus Editora, Campinas.
- Lima NT & Hochman G 2000. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do País. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(2): 331-332.
- Moreira DR & Friedman S 2002. Fonoaudiologia: o sentido que se produz nas áreas médica, odontológica e fonoaudiológica. *Pró-fono: Revista de Atualização Científica* 14(1):129-136.
- National Clearing on Child Abuse and Neglect Information – Administration for children and families – US. Department of Health and Human Services. 2004. *Child Maltreatment 2002*. 12 April 2004. Disponível em <<http://nccanch.acf.hhs.gov>>
- Noguchi MS & Assis SG 2003. Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção. *Pró-fono: Revista de Atualização Científica* 15(2):199-206.
- Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro 2004. *Dados epidemiológicos – Notificação de maus-tratos contra a criança e o adolescente*. Disponível em <<http://www.saude.rj.gov.br>>
- Silva APBV & Massi GA 1999. Práticas fonoaudiológicas: uma análise histórica. *Pró-fono: Revista de Atualização Científica* 11(1):150-152.
- Silva KH 2001. *A notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: em busca de uma parceria*. Dissertação de mestrado. Instituto Fernandes Figueira-Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Sullivan PM, Brookhouser PE, Scanlan JM, Knutson JF & Schulte LE 1991. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology* 100(3): 188-194
- Torres WC & Guedes WG 1987. O psicólogo e a terminalidade. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, 39(2):29-38.

Artigo apresentado em 5/5/2004

Aprovado em 13/7/2004

Versão final apresentada em 16/7/2004

ARTIGO No. 3

NOGUCHI, M.S.; ASSIS, S.G. & MALAQUIAS, J.V. **O Silêncio dos Inocentes:
Características dos maus-tratos na clínica fonoaudiológica**

Encaminhado para *Pró-fono Revista de Atualização Científica* em setembro de 2004. Em fase de análise pelos pareceristas da revista.

**O silêncio dos inocentes: características dos maus-tratos no atendimento
fonoaudiológico**

**Violence behind Silence: Characteristics of abused children seen by speech
therapists**

Resumo

Tema: atendimento fonoaudiológico à crianças vítimas de violência familiar. *Objetivo:* conhecer a ocorrência dos maus-tratos na clientela atendida por fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro. *Método:* inquérito epidemiológico com envio de 500 questionários auto-administráveis por correio. *Resultados:* dos 224 respondidos, 25,2% atenderam pelo menos um caso de mau-trato, sendo a maioria composta por crianças. O principal agressor foi a mãe e o tipo de violência mais freqüente foi a física. O atraso de linguagem foi a principal queixa e na maioria dos casos, a própria vítima relatou o episódio ao profissional. *Conclusão:* dada a importância do tema para a área, é imprescindível investir no trabalho de formação e informação deste profissional.

Palavras-chave: Maus-tratos Infantis, Fonoaudiologia, negligência, patologia da fala e da linguagem

Abstract

Background: Speech Therapy and domestic violence against children. *Aim:* Understand the characteristics of abused children seen by speech therapists in Rio de Janeiro. *Method:* Epidemiological self-administered mail surveys; 500 surveys were sent. *Results:* 224 completed surveys were mailed back. 25.2% of respondents indicated seeing at least one incident of abuse, the majority of victims being children, the main abuser being the mother, and physical violence being the most frequent form of abuse. The main concern was late language development. In most cases, the victim himself told the therapist of the abuse. *Conclusion:* Due to the importance of this issue, it is paramount to invest in the education of its speech therapists.

Key Words: Child Abuse; Speech, language and hearing sciences; speech-language pathology, negligence.

Introdução

No Brasil, a inclusão do tema da violência na área da saúde tem sido fragmentada, porém progressiva. Segundo Minayo & Souza (1999), este fenômeno foi primeiramente abordado na saúde pelos psiquiatras e os epidemiologistas na década de 70, sendo que o incremento maior da contribuição científica se deu nos anos 80. Nesta década alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e posteriormente, criaram organizações não-governamentais. Na década de 90, o setor saúde começou oficialmente, a assumir o problema da violência (Minayo, 2004) ocorrendo uma disseminação substancial do tema em território nacional. O crescimento de publicações na área da violência e saúde na infância e adolescência foi considerado como o grande crescimento da área acadêmica na década de 90, acompanhando a evolução do atendimento existente à esta faixa etária (Assis e Constantino, 2003).

O presente trabalho tem como foco a violência de caráter interpessoal que tem na família seu *locus* principal e que se dirige às crianças e adolescentes. Adotam-se os termos “violência familiar” e “maus-tratos” praticados pelos pais ou responsáveis para designar o fenômeno a ser analisado neste estudo.

Evidenciou-se nestas últimas décadas um crescente número de pesquisas acerca do problema dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, especialmente aqueles que ocorrem dentro da família. O estudo sobre a produção bibliográfica na década de 90 e início deste século realizado por Assis e Constantino (2003), indica que foram produzidos mais de cem trabalhos sobre o tema neste período no Brasil.

A literatura é variada quando trata, por exemplo, da importância do médico, dentista, enfermeiro, assistente social e psicólogo no que se refere à identificação, prevenção e acompanhamento dos casos de violência familiar (Ferreira et al., 1999; Braz & Cardoso, 2000; Lima & Gamonal, 2000; Gomes, et al., 2002a; Gonçalves & Ferreira, 2002). No entanto, com raras exceções, a literatura nacional na área da Fonoaudiologia não tem trazido este tema para debate.

Esta escassez de publicações não significa que este problema esteja ausente no cotidiano do fonoaudiólogo. Ao contrário, a importância do tema para este profissional deve-se ao fato de que muitos trabalham com crianças e adolescentes portadores de alguma deficiência, de má-formação e de anomalias congênitas ou genéticas. Para muitos autores, esta é uma população considerada de “alto risco” para sofrer maus tratos (Jaudes & Diamond, 1985; Sullivan et al., 1991; Deslandes, 1994) em função das suas barreiras comunicativas e por aumentarem o *stress* dos pais e cuidadores – em função dos problemas de saúde presentes nesta população – aumentando também o risco de sofrerem violência.

Além disso, as peculiaridades do atendimento fonoaudiológico tais como o contato freqüente, regular e prolongado com a criança/adolescente, o longo tempo de permanência somente com a criança (sem a presença dos responsáveis), a observação e o manuseio corporal, o conhecimento do cotidiano da criança e estreita relação com a família, favorecem a identificação, a condução e a prevenção dos maus-tratos infantis (Noguchi et al. 2004; Noguchi & Assis, 2003).

Na tentativa de trazer este tema para a pauta de debates da Fonoaudiologia, foi realizado este estudo pioneiro no Brasil com uma

amostra de fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro procurando conhecer a experiência deste profissional com crianças e adolescentes vítimas de violência familiar. A primeira parte dos resultados deste estudo que discutiu as dificuldades do fonoaudiólogo no enfrentamento do problema dos maus-tratos, a partir da análise do seu local de trabalho, sua conduta e o desfecho destes casos de violência, foram divulgados no artigo intitulado “Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência” (Noguchi et al., 2004).

A segunda parte dos resultados obtidos que será apresentada neste presente trabalho, procurou caracterizar a vítima dos maus-tratos, o agressor e a queixa apresentada por estas crianças e adolescentes atendidos por fonoaudiólogos.

Método

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCUZ sob parecer nº 126/03.

Foi realizado um inquérito epidemiológico utilizando-se de questionários auto-administráveis por correio, acompanhados por uma carta de explicação que garantia o anonimato e um envelope de retorno já selado.

O planejamento amostral foi efetuado a partir de listagem cedida pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia – 1ª. região (Rio de Janeiro), computando todos os 3.113 fonoaudiólogos no município referido. A amostragem foi definida admitindo-se um erro de estimativa de 4% e um risco associado a este erro de 5%, totalizando um tamanho amostral de 500 indivíduos (Cochran, 1965). Após quatro meses do primeiro envio, foram recebidos um total de 224 questionários

respondidos, constatando-se uma perda de 55,2%.

Outra amostra aleatória foi calculada, desta feita a partir do total de profissionais que não devolveram os questionários, visando aferir as perdas existentes. Com a ajuda da secretaria do CRFA-1ª. Região, foi realizada uma entrevista por telefone onde o primeiro contato era realizado pela secretaria do Conselho, já que os entrevistadores não tinham posse dos dados cadastrais. Oito profissionais foram localizados e as informações obtidas são apresentadas na discussão deste trabalho, por não fazerem parte do corpo do banco de dados.

Na tentativa de atingir o objetivo principal deste trabalho e ao mesmo tempo, atender as questões éticas e jurídicas envolvidas neste estudo, manteve-se o anonimato absoluto dos respondentes, inclusive para o pesquisador que identificou os questionários recebidos somente por meio de números.

O questionário está composto com as seguintes variáveis: experiência de atendimento a bebês, crianças e adolescentes vítimas de violência familiar; número de casos atendidos na sua vida profissional, faixa etária destes casos, sexo das vítimas, tipo de violência sofrida, identificação do agressor, tipo de alteração fonoaudiológica mais freqüente das vítimas. As questões abertas referem-se à forma de identificação da violência, evolução da queixa fonoaudiológica e comentários espontâneos dos respondentes.

Para o processamento dos questionários foi criado um banco de dados no programa Epi-info, versão 6.0. Na fase de análise, os bancos foram convertidos para o software SPSS, versão 8.0, sendo calculadas freqüência simples, análises bivariadas e teste estatístico para verificação de significâncias (teste de Qui-quadrado de

Person). Apenas são relatados no texto os cruzamentos quando o nível de significância foi menor que 5% ($p < 0,05$).

As variáveis qualitativas dispostas no questionário como questões abertas, foram categorizadas a fim de ser realizada uma análise descritiva das mesmas, apresentadas a título de complementação na discussão dos resultados.

Resultados

Dos 224 fonoaudiólogos que responderam aos questionários, um total de 214 respondeu afirmativa ou negativamente a questão já ter tido paciente bebê, criança ou adolescente que sofreu violência na família. Destes, 54 entrevistados (25,2%) atenderam pelo menos um caso onde o bebê, a criança ou o adolescente foi vítima de maus-tratos. A maioria informou nunca ter atendido esses casos (74,8%).

A **faixa etária** da maioria das vítimas de maus-tratos atendida pelos respondentes foi de crianças de 2 a 11 anos, seguida por adolescentes e, por último, bebês. Este resultado acompanhou a tendência da clientela atendida pela totalidade dos fonoaudiólogos: 88% desses profissionais atenderam crianças entre 2 e 11 anos de idade, 76% adolescentes de 12 a 18 anos e apenas 25% atenderam bebês entre 0 e 1 ano de idade.

Constatou-se que os profissionais que atendem mais bebês têm maior capacidade de diagnosticar violência familiar, indicando maior proximidade e sensibilidade com crianças tão pequenas ($p=0,014$). Essa mesma realidade se repete tanto para os que atendem especialmente crianças ($p=0,037$) e adolescentes ($p=0,028$), apontando para uma melhor capacitação e capacidade diagnóstica direcionada à clientela alvo de seu atendimento.

Dentre os 54 fonoaudiólogos que tiveram experiência com maus-tratos, constatou-se que a média de atendimento de bebês vítimas de maus-tratos foi de 1,6 pacientes por profissional. Para crianças e adolescentes as médias de atendimento foram um pouco maiores (2,9 e 2,1, respectivamente).

Argüidos quanto aos casos de maus-tratos atendidos no último ano, verificou-se que 6 profissionais atenderam bebês vitimizados, 36 atenderam crianças e 12 atenderam adolescentes, indicando que o atendimento às vítimas de violência é um fenômeno recente e ainda presente no cotidiano profissional.

Os profissionais não informaram diferença estatisticamente significativa entre **sexo** do paciente e ser vítima de maus-tratos na infância e adolescência. Apenas entre *crianças* constatou-se um leve aumento de meninos vítimas (2,6 atendimentos por profissional) em relação às meninas (2,1).

Com relação ao tipo de **violência mais freqüente** encontrado nas crianças e adolescentes atendidos pelos 54 fonoaudiólogos com experiência em maus-tratos, observou-se que o tipo mais comum foi a violência física (77%), seguido da violência psicológica (72%), negligência/abandono (67%), e por último, a violência sexual (59%).

O **principal agressor** identificado pelos fonoaudiólogos foi a mãe (70%), seguido do pai (59%), padrasto ou madrasta (40%), mãe e pai conjuntamente (41%), irmão ou irmã (31%), vizinho ou amigo sem relação de parentesco (31%) e outros membros da família (28%). Pode-se antever por estes resultados que foi comum a identificação de vários agressores em um mesmo caso de violência.

O **tipo de alteração fonoaudiológica** relatado pelos 54 profissionais que atenderam crianças/adolescentes vítimas de maus-

tratos, de um modo geral, coincidiu com o da clientela geral atendida pela totalidade dos 224 fonoaudiólogos entrevistados, como pode ser observado no **gráfico 1**.

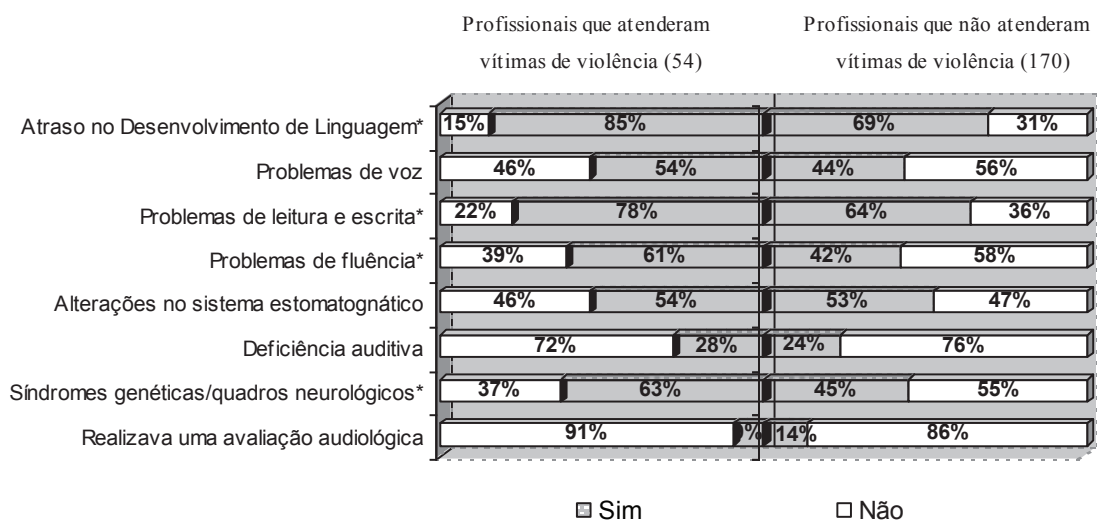
Os percentuais que mais diferiram nesta comparação referem-se aos problemas de voz e de alteração no sistema estomatognático (motricidade oral). Esta diferença pode ser explicada pelo fato de que uma boa parte da clientela geral do fonoaudiólogo que apresenta tais alterações se constitui de adultos. Este fato não ocorre com o atraso de linguagem e com os

problemas de leitura e escrita que atingem basicamente crianças e por isso, apresentam percentuais semelhantes entre os profissionais que atenderam uma clientela vitimizada e a clientela geral.

Um ponto importante a ser destacado são os problemas de fluência que apresentaram percentuais mais elevados na clientela vitimizada, mesmo levando-se em conta que dentre a clientela geral muitos são adultos.

gráfico 1

Distribuição do tipo de alteração fonoaudiológica mais frequente entre crianças e adolescentes atendidas por fonoaudiólogos



*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

Entre vítimas de violência observou-se em primeiro lugar o atraso no desenvolvimento da linguagem, seguido de problemas de leitura e escrita, síndromes genéticas e quadros

neurológicos, fluência, problemas de voz e no sistema estomatognático, deficiência auditiva e avaliação audiológica.

Quatro tipos de alteração fonoaudiológica na clientela mostraram distinção entre os profissionais que atendem vítimas de violência familiar: desenvolvimento da linguagem, problemas de leitura e escrita, síndromes genéticas e quadros neurológicos e problemas de fluência.

Apesar de não ser um tipo de alteração fonoaudiológica, a avaliação audiológica foi incluída neste gráfico por se tratar de uma área de atuação bastante comum nesta profissão, mas que apresenta características distintas da terapia fonoaudiológica.

O relato da própria vítima foi o principal fator citado pelos entrevistados que contribuiu para a **identificação do mau-trato** (21 ocorrências). Este relato se deu não apenas verbalmente, mas muitas vezes através de desenhos, estórias contadas, dramatizações e brincadeiras.

A observação do comportamento da criança foi o segundo fator mais citado com 18 ocorrências. Este comportamento da criança foi descrito pelos respondentes de diferentes formas, sendo que as mais frequentes foram: “agressividade” (4 ocorrências) e “mudança de comportamento diante do agressor” (3). Outras características citadas foram: hiperatividade, baixa auto-estima, ansiedade excessiva, irritabilidade, isolamento, carência afetiva, comportamento amedrontado.

As marcas corporais foram o terceiro fator mais mencionado na identificação dos maus-tratos (13 ocorrências). Estas marcas foram caracterizadas por queimaduras com ponta de cigarro, ferro de passar ou ainda, hematomas presentes no corpo da criança/adolescente.

O contato com a família que também foi um fator bastante citado pelos entrevistados (16 ocorrências), engloba o relato espontâneo de um dos responsáveis ou uma situação onde o fonoaudiólogo buscou esta informação questionando direta ou indiretamente.

Este termo “relato da família” pode ser a mãe sozinha, os pais ou algum outro parente que foi convocado pelo fonoaudiólogo e que contou sobre o episódio.

O descuido dos responsáveis em relação a alimentação, higiene e vestuário da criança/adolescente caracterizando uma situação de negligência, também foi relatado por 4 entrevistados.

Alguns fonoaudiólogos não precisaram observar a ocorrência da violência em alguns de seus clientes, já que, logo de início, o próprio responsável ou acompanhante relatou ao profissional os episódios ocorridos. Em geral, eram casos de adoção (4 casos), situação em que outro familiar tem a guarda da criança (3 casos), ou ainda quando o próprio Conselho Tutelar, orfanato ou outro órgão encaminhou o cliente ao profissional.

Com relação a **evolução da queixa fonoaudiológica** apresentada pela criança/adolescente vítima de abuso, o não acompanhamento do caso ou o abandono do tratamento, foi mencionado por 30 respondentes. Foram encontrados 15 relatos de boa evolução nos casos onde houve algum tipo de intervenção com os pais e/ou com as crianças (principalmente psicológica), 9 episódios em que não houve evolução da queixa e não houve intervenção e 2 onde ocorreu uma melhora da queixa fonoaudiológica e os pais foram orientados e acompanhados pelo próprio fonoaudiólogo.

Discussão

Para iniciar a discussão dos dados é importante apontar uma possível subestimação do percentual de 25,2% de fonoaudiólogos que já atenderam um caso de violência familiar. Esta afirmação se deve ao fato de que vários profissionais preencheram o questionário afirmando nunca terem atendido e depois,

geralmente nos comentários abertos, relataram sua experiência com algum caso.

Indicação semelhante também ocorreu no grupo de 8 entrevistados por telefone. Inicialmente alguns negaram ter atendido crianças e adolescentes vitimizados, mas no decorrer da entrevista, sete profissionais que trabalhavam com terapia fonoaudiológica relataram experiência com algum caso (um deles justificou que tinha atendido somente um caso e o outro justificou dizendo que se tratava somente de uma suspeita).

Os resultados encontrados neste estudo coincidem com estudos nacionais que consideram as crianças menores como as principais vítimas da violência (Deslandes, 1994, Silva, 2001; Mello, 2002).

Quanto ao **sexo** da vítima, a maioria dos estudos não aponta uma predominância clara de um dos sexos. Comumente só é possível observar esta diferença quando se analisa o sexo associado ao tipo de mau-trato, como observado no estudo de Mello (2002).

Em relação ao **tipo de mau-trato** mais freqüente, os fonoaudiólogos distinguem-se por referenciar privilegiadamente a violência física, mais visível e de fácil identificação do que a negligência ou mesmo, outras formas de abuso como a violência sexual que pode ocorrer sem que haja qualquer sinal físico evidente. Por outro lado, o fato de que a população estudada neste trabalho está ou esteve em tratamento fonoaudiológico, indica que estas famílias dispensam um certo tipo de cuidado com a criança, descartando formas mais graves de negligência, onde as necessidades de saúde não são atendidas.

Cabe ainda lembrar a dificuldade do profissional em reconhecer uma situação de negligência, já que esta se confunde muitas vezes com dificuldades sócio-econômicas. Deslandes (1994) alerta para a dificuldade de uma análise

mais precisa nos caso de negligência, por esta forma de violência muitas vezes estar numa situação limítrofe entre a pobreza e os maus-tratos, isto é, entre a impossibilidade de prover a atenção e a prática abusiva.

O depoimento de alguns fonoaudiólogos ilustram o conhecimento que têm em relação a negligência: *“irmãos muito pequenos que tomavam conta dos menores para as mães trabalharem, eram alunos faltosos e com isso repetiam muitos anos a 1ª. série. Quando cheguei lá em 1969 peguei uma turma em que os alunos estavam no 11º ano de repetência”* (21).

As situações típicas de negligência são facilmente reconhecidas: *“a criança chegava suja, com fome, mau cheiro, sem blusa, totalmente largada”* (132); *“a recusa (da mãe) nos cuidados, a rejeição exacerbada e muito evidente, a queda do bebê da cama* (21)”.
Uma outra situação de negligência bastante freqüente, mas ainda pouco reconhecida como uma forma de violência por estes profissionais, é aquela caracterizada pela não adesão dos responsáveis ao tratamento fonoaudiológico de seus filhos: *“a criança necessita de tratamento (fonoaudiológico), mas os pais alegam que não têm dinheiro para pagar mesmo quando a fono fala que tem tratamento grátis, os pais também não levam mostrando o maior desinteresse. (...) Outra criança a mãe tirou (da fono) pois ela teria que fazer vários exames. Quando os exames ficaram prontos, a criança até da escola saiu. Nós nem ficamos sabendo o que a criança tem. Só se sabe que ela está sem escola e sem tratamento nenhum. Estes casos mostram bem a falta de interesse de seus pais. Preferem deixar seus filhos sem tratamento”* (155).

Esta forma de negligência com a qual o fonoaudiólogo se depara com uma certa freqüência em seu cotidiano

profissional deve ser cuidadosamente avaliada, já que esta pode encobrir diferentes situações que vão desde uma não-aceitação das dificuldades da criança até um quadro de total negligência em relação às necessidades de saúde que uma criança requer.

O abandono total ou parcial dos responsáveis foi descrito neste comovente depoimento redigido por um dos entrevistados, que era professor antes de se formar em fonoaudiologia: *“um caso que me impressionou muito nesta época (anos 70) foi de um casal, pais de duas crianças que eram meus alunos e separaram-se indo cada um para o seu lado, abandonando as crianças que passaram a morar num chiqueiro de porcos. Ainda guardo na memória o olhar daquelas duas crianças”* (21).

Em relação ao **agressor**, há uma unanimidade na literatura em apontar a mãe como a principal agressora. A compreensão deste achado deve levar em conta o fato de que é a mãe que passa mais tempo com os filhos e, uma vez igualado o tempo de permanência junto aos filhos, o pai poderia se configurar como agressor mais freqüente (Deslandes, 1994).

O resultado deste trabalho coincidiu com estudos estrangeiros no que se refere a **queixa fonaudiológica mais freqüente** em crianças vítimas de maus-tratos. No trabalho de Hammond et al. (1989) foi realizada uma avaliação de linguagem em 27 crianças vítimas de abuso ou negligência, sendo que 22 (81%) indicaram um atraso no desenvolvimento da linguagem.

Os problemas de leitura e escrita e os de fluência que correspondem a segunda alteração mais citada, apresentaram os mesmos percentuais dos grupos com deficiência auditiva somado com os de síndromes genéticas/problemas neurológicos. Este último grupo que pode ser considerado

de crianças portadoras de alguma forma de deficiência foram destacados por alguns entrevistados: *“a violência atinge de forma assustadora portadores de deficiência, principalmente mental”* (59); *“são famílias que freqüentam o ambulatório de surdez e penso que se houver uma intromissão maior, a mãe tira a criança do ambulatório e nunca mais teremos notícia”* (82); *“fico apavorada com a atitude de pais de crianças com deficiência, que ao meu ver, deveria ser tratado com muito mais amor, carinho, atenção, dedicação* (132); *“outra criança portadora de uma síndrome, a mãe rejeitou desde o nascimento, a tia o criou sempre e pegou agora a guarda definitiva* (30).

A literatura estrangeira também tem focado este grupo, já que crianças portadoras de deficiência são particularmente vulneráveis a sofrerem abuso e negligência, em função dos seus problemas de comunicação que dificultam o relato dos maus-tratos. Além disso, costuma haver elevado estresse parental ou dos cuidadores e com isso, eleva-se o risco de sofrerem violência (Sullivan et al., 1991).

O estudo de Sullivan et al. (1987) mostrou uma alarmante estatística: 54% dos meninos e 50% das meninas surdas foram vítimas de abuso sexual e este abuso ocorreu na sua própria casa e nas escolas especializadas. A segregação destas crianças em escolas especiais e instituições residenciais facilita sua vulnerabilidade (Sullivan et al., 1991).

Estes números diferem daqueles encontrados na população sem deficiência, já que o abuso sexual não é a forma de violência mais freqüente.

Na análise dos principais fatores citados pelos fonoaudiólogos com relação as **formas de identificação da violência**, vale a pena tecer alguns comentários sobre as peculiaridades do atendimento fonaudiológico.

O relato da própria vítima como fator mais citado pelos respondentes

geralmente ocorre quando a criança ou adolescente vitimado não estão acompanhados pelos responsáveis que na maioria dos casos, são os próprios agressores.

Um longo tempo de permanência somente com a criança, sem a presença dos pais, é uma das características do atendimento fonoaudiológico, em particular das terapias fonoaudiológicas, reafirmando dessa forma, a importância deste profissional na identificação dos maus-tratos, como já apontou o trabalho de Noguchi e Assis (2003).

A observação da criança ou adolescente, segundo fator mais citado pelos entrevistados, é possível porque a terapia fonoaudiológica proporciona um contato freqüente, regular e prolongado com a criança e sua família. Além disso, o comportamento da criança repercute diretamente no tratamento fonoaudiológico, sendo muito difícil para este profissional ignorar este aspecto.

As marcas corporais foram o terceiro fator mais citado na identificação dos maus-tratos (13 ocorrências). Alguns entrevistados descrevem estas marcas corporais: *“o menino tinha manchas roxas nos braços devido a beliscões (...) a cada vez que errava durante as tarefas de casa, levava vários beliscões e ficava sem comer”* (147). Outro entrevistado descreve que *“a criança apresentava uma queimadura na perna (...) eu perguntei à mãe o que havia acontecido e ela me respondeu que estava muito nervosa e encostou o ferro de passar na criança”* (178).

Em alguns casos, quando as marcas corporais não eram visíveis, mas o comportamento da criança indicava algum problema, o fonoaudiólogo usava outros recursos para observar a presença destas marcas – *“a criança chegou ao consultório hiperativa, desorientada e com essa atitude percebi que algo teria acontecido. Fiz atividades que eu*

pudesse tirar sua camisa e vi marcas de violência em sua pele. (...) constatei que a mãe tinha batido nessa criança com cinto” (103).

Muitas vezes, a terapia tem como foco o manuseio e a observação de estruturas da região da cabeça, em especial os órgãos fonoarticulatórios, e ainda, da região do pescoço, tórax e abdômen - especialmente nas terapias de voz. Segundo estudo de Vieira et al. (1998) 50,2% das lesões existentes em crianças que sofreram abuso, localizavam-se na região da cabeça, face e pescoço sendo que este índice poderia ser maior já que não são identificadas as lesões intraorais.

Dessa forma, as marcas corporais são um aspecto importante na observação do fonoaudiólogo principalmente porque este trabalha com uma proximidade física de seu cliente e dispõe de uma atenção individualizada.

O contato com a família que também foi bastante citado pelos entrevistados (16 ocorrências), indica a importância de convocar outros membros da família como irmãos, avós e tios, para obter mais informações nos casos de suspeita de maus-tratos. A estreita relação com a família de seus clientes caracterizada por um contato freqüente não apenas no momento da entrevista, anamnese ou avaliação, mas durante toda a intervenção fonoaudiológica propiciam a ocorrência deste relato acerca da violência pelo(s) familiar(es).

Este trabalho limitou-se a descrever as principais formas de identificação dos maus-tratos pelo fonoaudiólogo sem analisar sua conduta diante destes casos. As dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde em geral no enfrentamento dos maus-tratos infantis vem sendo analisadas por diversos autores (Deslandes, 1999, Silva, 2001). A prática fonoaudiológica enraizada em uma perspectiva corretivo-

normatizadora (Moreira & Friedman, 2002; Tfouni et al., 2002) e sua atuação tradicionalmente voltada para um pequeno grupo da sociedade e desenvolvida em consultórios particulares (Silva & Massi, 1999), acentuam ainda mais estas dificuldades. Uma discussão mais aprofundada sobre os aspectos históricos desta profissão que repercutem na conduta do fonoaudiólogo diante dos casos de maus-tratos e das dificuldades de notificação, pode ser encontrada no trabalho de Noguchi et al. (2004).

Com relação a **evolução da queixa fonoaudiológica** nos casos de maus-tratos atendidos pelos fonoaudiólogos, os resultados apontam para um fato preocupante: como uma grande parte das pessoas abandonou o tratamento fonoaudiológico, pode-se supor que estas crianças continuam sofrendo violência.

Estes resultados também sugerem que a evolução da queixa fonoaudiológica pode estar relacionada com os episódios de violência, já que em todos os casos onde houve uma melhora, houve também alguma forma de intervenção. A situação inversa também reafirma esta relação: nos casos onde não houve melhora do quadro fonoaudiológico, não foi realizada nenhuma intervenção com a vítima e/ou sua família. O depoimento deste fonoaudiólogo caracteriza com precisão esta observação *“quando o paciente começa a evoluir, a violência ocorre novamente e ele apresenta queda em seu quadro”* (122).

Observou-se também o relato de quatro casos encaminhados ao Conselho Tutelar (CT) cujo desfecho foi bastante desfavorável a criança, já que permaneceram em situação de risco. Um maior aprofundamento das dificuldades enfrentadas pelo CT e da complexa relação entre este e os profissionais da saúde, pode ser encontrado no trabalho de Silva (2001).

Uma questão importante presente nos **comentários espontâneos** merece ser destacada. Refere-se ao atendimento no setor público e no privado que remete à uma associação comumente estabelecida entre grupos sociais e violência, como pode ser observado nestes depoimentos: *“o atendimento na rede pública nos deixa muito perto dos piores casos de agressão física e negligência”* (174); *“a baixa renda geralmente aparece como desculpa para tais agressões”* (54); *como trabalho em lugar público, percebo bastante os maus-tratos das crianças”* (132); *“muitas destas crianças que atendi eram de classe muito empobrecida onde a alimentação e os estímulos necessários para a evolução são precários, por isso foram evoluções lentas”*. (83).

Este único depoimento aponta para uma outra direção: *“na minha experiência, as famílias mais carentes quando trabalhadas e esclarecidas de seus direitos são mais sensíveis ao tratamento. Os pacientes de consultório são mais resistentes* (30)”

O problema da violência na população de baixa renda deve ser compreendido considerando sua maior visibilidade e não necessariamente sua maior prevalência, já que usam os serviços públicos de saúde e tendem portanto, a serem mais facilmente identificados e notificados. As classes favorecidas utilizam serviços privados contando com mecanismos que lhes garantem o sigilo (Gomes et al., 2002b). Preconceitos e falta de sensibilização e capacitação para o atendimento a vítimas de maus-tratos cooperam para a manutenção de uma visão de violência associada à pobreza.

A violência não se reduz ao problema da criminalidade e não estabelece uma relação de causalidade com a pobreza. Esta visão simplifica este fenômeno tão complexo, já que exclui fatores diversos imprescindíveis

para a sua compreensão além de responsabilizar a população pobre pela violência, quando são na verdade, sua principal vítima.

Os diversos fatores que estão em jogo na compreensão da violência, remetem a uma questão crucial: a desnaturalização do problema dos maus-tratos. Isto porque “as diferentes formas de violência se articulam criando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamentos, atitudes e práticas” (Minayo, 2003). Para a autora, estas formas de agressão interpessoal culturalmente naturalizadas constituem um ambiente sócio-cultural adverso potencializando a violência social, mas ao mesmo tempo, se alimentando dela.

A relação entre violência social e violência interpessoal pode ser entendida a partir da noção de rede onde cada forma de violência se articula entre si: a violência banalizada dentro da família potencializa a violência social em geral, corroborando para a continuidade de uma cultura de violência (Brasil, 2002).

Conclusão

Procurou-se apontar neste estudo que o problema da violência familiar, ainda que pouco estudado, merece maior atenção dos fonoaudiólogos, já que muitos destes já se depararam com este problema no seu cotidiano profissional.

Considerando o atraso no desenvolvimento da linguagem como a alteração fonoaudiológica mais freqüente nas crianças vítimas de violência familiar, pode-se dizer que a violência silencia suas vítimas. Este silenciamento está além das dificuldades manifestadas na fala, já que muitas vezes cristaliza na criança, valores culturais que a impedem de elaborar pensamentos e críticas às pessoas que ama e de quem sofre

agressão, encobrendo e facilitando a continuidade da violência.

O enfrentamento deste problema é fundamental para este profissional, já que a evolução do tratamento fonoaudiológico pode estar relacionada com a manutenção ou eliminação dos episódios de violência, impossibilitando uma posição de negação, de não envolvimento com o problema.

O grande investimento necessário nesta área consiste no trabalho de formação e informação do fonoaudiólogo perante o problema dos maus-tratos. A parceria de setores da saúde responsáveis pela difusão da informação com entidades de classe e sociedades científicas, por exemplo, possibilitariam a disseminação da informação podendo atingir um maior número de fonoaudiólogos. Além disso, é necessário que as Unidades de saúde e de educação onde se inserem os fonoaudiólogos estabeleçam rotinas de atendimentos e possam dar o apoio institucional necessário para que o profissional enfrente a questão da violência (Noguchi et al., 2004)

É importante também que os Cursos de Fonoaudiologia possam inserir este tema na formação deste profissional tanto nas disciplinas teóricas, quanto nos estágios supervisionados.

Dessa forma, pode-se dar visibilidade a um problema tão complexo e principalmente, pode-se “dar voz” às crianças silenciadas pela violência, compreendendo que muitas vezes por trás do silêncio, pode haver um pedido de socorro.

Referências bibliográficas

ASSIS, S.G. & CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90 pp. 163-198. In: MINAYO, MCS.;

SOUZA, ER. *Violência sob o olhar da saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de Maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília. 2002.

BRAZ, M. & CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência – os profissionais da saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 8(1): 91-97. 2000

COCHRAN, W.G. *Técnicas de amostragem*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura. 1965.

DESLANDES, S. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Públ.*, 10 (supl.1): 177-187. 1994.

DESLANDES, S. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciência e Saúde Coletiva*. 4(1): 81-94. 1999

FERREIRA, A.L.; GONÇALVES, H.S., MARQUES, M.J.V. & MORAES, S.R.S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de Atendimento a Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (1): 123-130. 1999.

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 e Saúde Coletiva*, v.7, n.2. São Paulo, p.275-283. 2002a.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F.; VEIGA, M.M.; BHERING, C. & SANTOS, J.F.C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a

prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol.18, n.3, Rio de Janeiro, p.707-714, May/June. 2002b.

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, Rio de Janeiro, p.315-319, jan/fev 2002

HAMMOND, J.; NEBEL-GOULD, A. & BROOKS, J. The value of speech-language assessment in the diagnosis of child abuse. *J. Trauma*, Sep; 29 (9): 1258-60. 1989.

JAUDES, P.K. & DIAMOND, L. J The handicapped child and child abuse. *Child Abuse & Neglect*, vol.9, pp.341-347. 1985.

LIMA, D.A. & GAMONAL, A. Síndrome da criança maltratada. *HU Revista – Revista médica oficial do Hospital da Universidade Federal de Juiz de Fora*, vols. 26 (2) e 26 (3), 237-239, maio a dezembro de 2000.

MELLO, J.S. – *Notificação compulsória de maus –tratos contra criança e adolescentes do estado do Rio de Janeiro: descrições preliminares*. 2002. Monografia apresentada à ENSP-FIOCRUZ como requisito parcial para obtenção do título Especialista em Saúde Pública. Rio de Janeiro.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.3, p.646-647, Rio de Janeiro, May-June 2004.

MINAYO, M.C.S. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. *Violência sob o olhar da saúde- a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2003.

MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública.

Ciência & Saúde Coletiva, vol.4, no.1.,7-23. 1999.

MOREIRA, D.R. & FRIEDMAN, S. Fonoaudiologia: o sentido que se produz nas áreas médica, odontológica e fonoaudiológica. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, Carapicuíba (SP), v.14, n.1, p.129-136, jan-abr 2002.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S.G. & SANTOS, N.C. Entre quatro paredes: Atendimento fonoaudiológico à criança e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, out-dez, 2004 pp. 963-973.

NOGUCHI, M.S. & ASSIS, S.G. Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção. *Pró-fono: revista de atualização científica*, vol.15, no. 2 . 199-206. 2003.

SILVA, A.P.B.V. & MASSI, G.A. Práticas Fonoaudiológicas: uma análise histórica. *Pró-fono Revista de Atualização científica*, vol.11 (1), Carapicuíba (SP), 150-152, 1999.

SILVA, K.H. *A Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: em busca de uma parceria.*

2001. Dissertação de Mestrado pelo IFF-FIOCRUZ - Rio de Janeiro

SULLIVAN, P.M.; BROOKHOUSER, P.E.; SCANLAN, J.M.; KNUTSON, J.F. & SCHULTE, L.E. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Ann Otol. Rhinol Laryngol*, Mar; 100 (3) 188-94. 1991.

SULLIVAN, P.M., VERNON, M. & SCANLAN, J. Sexual abuse of deaf youth. *Am Ann Deaf.*; 132:256-62. 1987.

TFOUNI, L.V.; FERRIOLLI, B.H.V.M. & MORAES, J.A concepção de sujeito na clínica fonoaudiológica: a proposta de um novo paradigma. *Pró-fono Revista de Atualização Científica*, Carapicuíba (SP), v.14, n.2, p.275-282, maio-ago 2002.

VIEIRA, A.R.; MODESTO, A. & ABREU, V.I. Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua relação com o cirurgião-dentista. *Pediatrica Atual*. V.11, n1/2, 21-32, jan-fev. 1998.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procurou-se neste estudo traçar um perfil dos maus-tratos na clínica fonoaudiológica, além de compreender a razão do “silêncio” que se manteve por décadas acerca deste tema na área. As principais vias explicativas para essa lacuna foram apresentadas em diversos momentos deste trabalho:

- na revisão da literatura, em que se pôde constatar que a concepção de linguagem vigente e a ênfase em certas linhas de pesquisa provocaram um esvaziamento das questões específicas sobre linguagem e maus-tratos;

- na fundamentação teórico-metodológica, onde se discutiu a importância de subsidiar a atuação fonoaudiológica a um modelo teórico acerca de aquisição e desenvolvimento de linguagem para que o Sujeito com uma história ou não de violência se faça presente;

- no artigo nº 2, em que se retomou as raízes da prática fonoaudiológica no Brasil e chamou a atenção para os sentimentos do profissional mobilizados na experiência com os maus-tratos.

A compreensão destes fatores que fizeram com que o problema dos maus-tratos fosse negligenciado pela Fonoaudiologia propiciará a elaboração de estratégias de ação mais efetivas para o enfrentamento desse grave problema, como por exemplo, a parceria de setores da saúde com entidades de classe, como apontou o artigo nº 2, “Entre quatro paredes”.

Nesta tese, pôde-se constatar que grande parte dos trabalhos analisados na revisão da literatura está centrada nos problemas de aquisição e desenvolvimento de linguagem, deixando de lado outros distúrbios da comunicação que podem estar associados aos maus-tratos. O artigo nº 3 (“O Silêncio dos inocentes”) encontrou que as alterações mais frequentes presentes em crianças vítimas de maus-tratos atendidas por fonoaudiólogos foram, além do atraso no desenvolvimento da linguagem, dificuldades de leitura e escrita e problemas de fluência (como, por exemplo, gagueira). Não existem estudos internacionais ou nacionais sobre esses distúrbios da comunicação em crianças vítimas de

violência familiar, o que indica um enorme campo de pesquisa a ser desbravado. Reconhecer a relação existente entre certos distúrbios da comunicação e maus-tratos é um passo importante tanto para o fonoaudiólogo, que deve estar atento aos casos de maus-tratos que se escondem atrás das queixas, quanto para outros profissionais que atendem esses casos e devem estar atentos aos distúrbios de comunicação presentes.

Porém, deve-se ressaltar que buscar relações estatisticamente significativas entre certos distúrbios da comunicação e maus-tratos é bastante diferente de buscar relações de causalidade entre estes. Como se viu na revisão da literatura, estabelecer relações de causalidade entre o atraso no desenvolvimento da linguagem e os maus-tratos não foi uma tarefa muito fácil, e, mais do que isso, mostrou ser um campo pouco produtivo e inconclusivo, considerando-se os inúmeros fatores e variáveis que estão em jogo em um processo tão complexo como a linguagem e no qual o controle dessas variáveis se torna quase impossível. No Brasil, os estudos cujos objetivos se centram na relação entre alterações de linguagem e maus-tratos podem se deparar com outra grande dificuldade: a de encontrar instrumentos de avaliação que sejam adaptados e validados.

O que se pode apreender dessa Revisão de uma forma geral, é a necessidade de atendimento fonoaudiológico a essas crianças, independentemente do fato de o atraso no desenvolvimento de linguagem ser anterior ou não à condição dos maus-tratos. Nesse sentido, é importante alertar os profissionais que atendem crianças e famílias com dinâmica de violência sobre a necessidade de um acompanhamento fonoaudiológico e não apenas do atendimento psicológico, médico e do Serviço Social.

A importância do trabalho com a linguagem deve-se ao fato de esse processo ser fundamental para desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança, e principalmente pelo fato de que pode ser um importante “instrumento” de proteção à criança. No artigo nº 3 (O silêncio dos inocentes), observou-se que a principal forma de identificação do mau-trato realizada pelo fonoaudiólogo foi por meio do relato da própria vítima.

A população portadora de deficiência constitui-se em outro fértil campo de pesquisa, já que não foi encontrado nenhum trabalho brasileiro nas bases de dados pesquisadas. A responsabilidade do fonoaudiólogo é imensa nesta área, pois é ele que vai

ajudar a transpor as barreiras comunicativas dessa população e, conseqüentemente, ajudar também a romper o silêncio daqueles que estão sendo vítimas de maus-tratos. Além disso, por atuar dentro de instituições especializadas, pode ter um importante papel não apenas na identificação dos casos, mas também na construção de uma dinâmica de responsabilidade institucional para o enfrentamento desse grave problema.

No entanto, como foi discutido nesta tese, para o fonoaudiólogo lidar com o problema dos maus-tratos é necessária uma intervenção articulada com outros profissionais, dadas as condições familiares específicas dessa criança com distúrbios da comunicação – o que de certa forma é um grande desafio para este profissional, considerando o isolamento que caracteriza sua atuação profissional. Um atendimento fonoaudiológico que se restringisse à queixa do sujeito, sem levar em conta sua dinâmica familiar e sem estar integrado a uma rede de atendimentos necessários a esta criança e sua família, estaria fadado ao insucesso – expresso em abandono do tratamento, como se viu no artigo nº 2.

O problema dos maus-tratos coloca um grande desafio aos profissionais da saúde que atuam na área clínica: a necessidade de uma abordagem interdisciplinar. Tarefa esta bastante difícil, considerando-se que muitas disciplinas vão se construindo “demarcando territórios”, negociando constantemente até onde vai o saber de um e de outro profissional. A violência rompe a “política de boa vizinhança” e, pela força e impacto que causa nos profissionais que se deparam com ela, impõem uma abordagem mais ampla e integrada, recusando um enfrentamento isolado que uma ou outra disciplina venha a ter. Este é provavelmente o grande aprendizado que a experiência com maus-tratos proporciona. Este é também o grande desafio a ser enfrentado por todos nós.

As contribuições deste estudo foram direcionadas principalmente para a área da Fonoaudiologia. Porém, o conjunto de artigos, o projeto como um todo, procurou dialogar com diferentes áreas de conhecimento, especialmente as Ciências Sociais, a Psicologia, a Medicina e a Lingüística – sendo que, com estas últimas, a Fonoaudiologia já tem uma longa história de parceria.

Mais recentemente, a Fonoaudiologia vem se aproximando da Saúde Pública, e os artigos contidos nesta tese se inserem nesse contexto. As contribuições desta tese para estas duas áreas de conhecimento são bastante distintas, considerando o descompasso entre o conhecimento acumulado na Saúde Pública, onde este tema vem sendo debatido há décadas, e na Fonoaudiologia, onde se constitui um trabalho inicial.

Este esforço em disseminar o tema da violência na Fonoaudiologia teve sua contrapartida no sentido de divulgar esta última no âmbito da Saúde Pública, especialmente no Rio de Janeiro, onde pouquíssimas teses foram defendidas nesta área.

Diante da escassez de artigos nacionais sobre Fonoaudiologia e maus-tratos e, portanto, com uma gama enorme de possibilidades de pesquisa sobre diferentes temas, optou-se em realizar este inquérito epidemiológico por acreditar que esse contato direto com os profissionais daria uma contribuição mais efetiva, articulando sua prática com uma consciência sobre a violência.

Por se tratar de um primeiro trabalho com esta categoria profissional, abordar o problema da violência familiar não foi uma tarefa muito fácil, considerando o estigma, os temores e o desconhecimento em relação ao tema. Espera-se, porém, que esta iniciativa possibilite desencadear um debate sobre esse tema na área, repercutindo na formação acadêmica de novos profissionais, na mobilização de entidades de classe em torno dessa questão, na articulação com setores responsáveis pelo problema dos maus-tratos, na continuidade e abertura de novas linhas de pesquisa sobre o tema e na inserção do fonoaudiólogo na rede de proteção à infância.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, R. & OLIVER, J.M. The effects of child maltreatment on language development. *Child Abuse Negl*, 1982. 6 (3):299-305.
- ALLEN, R. & WASSERMAN, G. A. Origins of language delay in abused infants. *Child Abuse Negl*, 1985. 9 (3): 335-40
- ALMEIDA, E.C. *Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1998.
- AMMERMAN, RT, VAN HASSELT, V.B., HERSEN M. Maltreatment of handicapped children: a critical review. *J. Family Violence* 1988; 3:53-72.
- ASSIS, S.G. & AVANCI, J.M. *Labirinto de espelhos: a formação da auto estima na infância e adolescência*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.
- ASSIS, S.G. & CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90 pp. 163-198. In: Minayo, MCS.; Souza, ER. *Violência sob o olhar da saúde. A infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz. 2003.
- ASSIS, S.G. & SOUZA, E.R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, 1995.vol 71, no. 6.
- AUGOUSTINOS, M. Developmental effects of child abuse: recent findings. *Child Abuse and Neglect*, 1987. vol 11, pp 15-27.
- AZEVEDO, M.A. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de São Paulo*. São Paulo: Projeto de Pesquisa, 1990. Mimeografado. Apud BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente – proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*, Brasília, DF, 1993.
- BABBIE, E. *Métodos de pesquisas de survey*. Ed UFMG, Belo Horizonte. 1999.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo, Martins Fontes, 1981.

BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J. 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York.

BENEDICT, M.I.; WULFF, L.M. & WHITE, R.B. Current parental stress in maltreating and nonmaltreating families of children with multiple disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 1992, vol.16, pp 155-163.

BLAGER, F.B. The effect of intervention on the speech and language of abused children. *Child Abuse and Neglect*, 1979. vol.5, pp.991-996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação geral de Documentação e Informação. *Mostra sociedade Viva: violência e saúde*. Brasília. 2003

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2002. *Notificação de Maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília. 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação geral de Documentação e Informação. *Mostra sociedade Viva: violência e saúde*. Brasília. 2003

BURGUESS, R.& CONGER, R.D. Family interaction in abusive, neglectful and normal families. *Child development*. 1978, dec., vol. 49, no. 4 pags 1163-1173

BURKE, A.E.; CRENSHAW, D.A. GREEN, J.; SCHLOSSER, M.A. & STROCCHIA-RIVERA, L. Influence of verbal ability on the expression of aggression in physically abused children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989 mar;28(2):215-8

CASTRO, M.F.P. *O método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas, Editora da UNICAMP, 1996.

COCHRAN, W.G. *Técnicas de amostragem*. Rio de Janeiro: Editora Fundo de Cultura. 1965.

- CORRÊA, L.M.S. Dificuldades e potencialidades do uso do método experimental no estudo da aquisição da linguagem. In: Castro, M.F.P. (org). *O Método e o dado no estudo da linguagem*, Campinas, Editora da UNICAMP, 1996.
- COSTER, W.J.; GERSTEN, M.S.; BEEGHLY, M. & CICCHETTI, D. Communicative Functioning in Maltreated Toddlers. *Developmental Psychology*. 1989. November, vol 25, no. 6, 1020-1029
- COUDRY, M.I.H. *Diário de Narciso: discurso e afasia*. São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- COUDRY, M.I.H & MORATO, E. Aspectos discursivos da afasia. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 19, 127-147. 1990.
- DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2002.
- DESLANDES, S. F. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999. vol.4, no.1., 81-94.
- DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Públ.*, 1994. 10 (supl.1): 177-187.
- DESLANDES, S. & ASSIS, S.G (coord). *Famílias: Parceiras ou usuárias eventuais: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro, Claves, Fiocruz, 2003.
- DRIUSSO <http://www.propg.ufscar.br/publica/4jc/ixcic/UFSCar/Saude/588-driusso.htm> capturado em 22/08/2003 as 17:30
- EIGSTI, I.M. & CICCHETTI, D. The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months. *Developmental Science*, 2004, 7:1 pp 88-102.
- FERREIRA , A.L. & SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para os profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2000, v.34, n.6, São Paulo.
- FERREIRA, A.L.; GONÇALVES, H.S., MARQUES,M.J.V & MORAES, S.R.S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à

Família: entraves e possibilidade de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999. 4 (1):123-129.

FOX, L.; LONG, S.H. & LANGLOIS, A. Patterns of language comprehension deficit in abused and neglected children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1988. Aug; 53(3) 239-44.

GARRAFA, V. *Dimensão da Ética em Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo. 1995.

GLASER, D. & BENTOVIM, A. Abuse and Risk to handicapped and chronically ill children. *Child Abuse and Neglect*, 1979, vol.3, 565-575.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. *Cad. Saúde Públ.*, 1998. 14 (2): 301-311.

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 e Saúde Coletiva*, 2002, v.7, n.2. São Paulo.

GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P.; NJAINE, K. 1999. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.4, no.1., 171-182.

HAGE, S.R.V. *Avaliando a linguagem na ausência da oralidade: estudos psicolinguísticos*. EDUSC, Bauru (SP). 1997.

HAMMOND J, NEBEL-GOULD A, BROOKS J. The value of speech-language assessment in the diagnosis of child abuse. In: *J Trauma*, 1989. Sep;29(9):1258-60

HECKLER, S. Facilitated Communication: a response by child protection. *Child Abuse and Neglect*, 1994, vol.18, no.6, pp 495-503.

HIMMELFARB, G. *La idea de la pobreza. Inglaterra a principios de la época industrial*. Mexico: Fondo de Cultura Economica. 1988.

JAUDES, P.K. & DIAMOND, L. J The handicapped child and child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 1985. vol.9, pp.341-347.

KEMPE, C.H. The battered child syndrome. *J.Am. Med Assoc.* 1962. v.7, n.181, p.17-24.

- KVAM, M.H. Sexual abuse of deaf children. A retrospective analyses of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse and neglect*. 2004, Vol 28, issue 3, march, pages 241-251.
- LAW J, & CONWAY J. Effect of abuse and neglect on the development of children's speech and language. *Dev Med Child Neurol* 1992 Nov;34(11):943-8
- LEMOS, C.T.G. Interacionismo e aquisição da linguagem. *Delta*, 1986. v.2, n.2, 231-248.
- LIER, M.F.V. *A Constituição do interlocutor vocal*. Dissertação de Mestrado PUC-SP. 1983.
- MACGREGOR, R.; PULLAR, A. & CUNDALL, D. Silent at school – elective mutism and abuse. *Arch Dis Childhood*, 1994. 70: 540-541.
- MARMO, D.B.; DAVOLI, A. & OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. *Jornal de Pediatria*, 1995. vol71, no. 6.
- MCCAULEY, R.J. & SWISHER, L. Are maltreated children at risk for speech or language impairment? An unanswered question. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1987, 52, aug., pags 299-303.
- MCFADYEN, R.G. & KITSON, W. J. H. Language Comprehension and Expression among adolescents who have experienced childhood physical abuse. *J. Child Psychol Psychiat*, 1996, vol. 37, no.5, pp 551-562.
- MINAYO, M.C.S. A violência dramatiza causas. In: Minayo, M.C.S. & Souza, E.R. *Violência sob o olhar da saúde- a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2003.
- MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ*. 1994. 10 (supl. 1): 07-18.
- MINAYO, M.C.S. & SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999, vol.4, no.1.,7-23

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência contra a Criança e o Adolescente – Proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Ministério da Saúde, Brasília. 1993.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Imprensa Nacional, Brasília. 1990.
- MOREIRA, E.C. & CHUN, R.Y.S. Comunicação Suplementar e/ou Alternativa. In: Lacerda, C.B.F. & Panhoca, I. *Tempo de Fonoaudiologia I*, Cabral Editora Universitária, Taubaté (SP), 1997.
- MOSER, C.A. *Survey Methods in Social Investigation*. Basic Books, New York, 1972.
- MUÑOZ, D.R. & FORTES, P.A.C. O princípio da Autonomia e o Consentimento Livre e Esclarecido. 1998.
- NOGUCHI, M.S. & ASSIS, S.G. 2003. Fonoaudiologia e violência intrafamiliar contra crianças: identificação de casos e prevenção. *Pró-fono: revista de atualização científica*, vol.15, no. 2 .
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde*. Editora da USP, São Paulo. 1996.
- ORLANDI, E.P. *As formas do Silêncio*. Editora da UNICAMP, Campinas, São Paulo. 1997.
- PEREIRA, F.E. & HOMEM, F.C.B. Violência doméstica X Atraso de Fala e Linguagem. *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, 2002. v.3, n.10, jan-mar, pp.29-35.
- PERRONI, M.C. O que é dado em Aquisição da Linguagem? In: Castro, M.F.P. (org). *O Método e o dado no estudo da linguagem*, Campinas, Editora da UNICAMP, 1996.
- REICHENHEIN, M.E.; HASSELMANN, M.H. & MORAES, C.L. 1999. Consequências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.4, no.1., 109-122.
- RUBINO, R. 1989. *Representando o interlocutor vocal no período pré-linguístico*. Dissertação de mestrado PUC-SP.

SILVA, K.H. *A Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: em busca de uma parceria*. Dissertação de Mestrado pelo IFF-FIOCRUZ - Rio de Janeiro 2001a.

SILVA, M.R. *Avaliação da conduta do cirurgião dentista frente a violência doméstica contra crianças e adolescentes – violência física*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia da USP. São Paulo, 2001b.

SOLTOSKY, M. *Dificuldades de aprendizagem em adolescentes institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança, Instituto Fernandes Figueria - Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

SPARKS, S. Speech and language in Maltreated Children: Response to McCauley and Swisher (1987). *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1989. 54, feb., pags 113-124.

SULLIVAN, P.M.; BROOKHOUSER, P.; SCANLAN, L.; KNUTSON, J.F. & SCHULTE, L.M. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1991. mar100 (3), pp188-194.

SULLIVAN, P.M., VERNON, M. & SCANLAN, J. Sexual abuse of deaf youth. *Am Ann Deaf*. 1987; 132:256-62.

THARINGER, D.; HORTON, C.B. & MILLEA, S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse an Neglect*, 1990, vol.14, pp301-312.

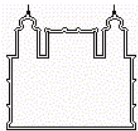
TYMCHUK, A. & ANDRON, L. Mothers with mental retardation who do or do not abuse or neglect their children. *Child Abuse and Neglect*, 1990. vol. 14, pp 313-323.

VYGOTSKY, L.S. *Pensamento e Linguagem*. Martins Fontes: São Paulo. 1989.

VYGOTSKY, L.S. *A Formação Social da mente*. Martins Fontes: São Paulo. 1988.

7. ANEXO

QUESTIONÁRIO UTILIZADO NO ARTIGO 2 E 3



**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli**

Av. Brasil, 4036 sala 700 – CEP 21040-361 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ – Brasil Tel (0XX) 21- 2290-4893

Caro fonoaudiólogo,

Este questionário é direcionado para uma amostra de fonoaudiólogos do município do Rio de Janeiro e sua distribuição contou com o apoio do Conselho Regional de Fonoaudiologia-1ª Região.

O questionário que você irá preencher busca colher informações sobre os casos de **violência doméstica ou intrafamiliar contra a criança e o adolescente** existentes no seu cotidiano profissional, seu conhecimento sobre a questão e sua conduta.

Estas informações vão retratar a realidade do fonoaudiólogo contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre este grave problema e por isso, sua sinceridade é muito importante.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em revista da área para que estas informações sejam compartilhadas e possam contribuir não só para o debate do tema, mas também na identificação e condução dos casos que por ventura, você venha a se deparar.

Esta pesquisa faz parte de uma tese de doutorado realizada na Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ, com o apoio do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES), sob a orientação da professora Dra. Simone Gonçalves de Assis.

O questionário é **sigiloso** e os participantes serão identificados por meio de números.

Não existem respostas certas ou erradas para as questões. **Não deixe de responder a nenhuma questão.** Cada questão possui mais de um item com uma opção de resposta para cada item. Em cada item assinale apenas uma alternativa ("sim" ou "não").

O preenchimento deste questionário é rápido e você só vai precisar de **alguns minutos**.

Ao terminar de responder, coloque o questionário no envelope de retorno que já se encontra selado. Basta colocar no **correio** ou enviar por **fax**. Favor devolver o questionário 20 dias após seu recebimento.

Agradecemos muito sua colaboração!

Milica Satake Noguchi

CRFa 04570
Doutoranda na Escola Nacional de Saúde Pública(ENSP) -FIOCRUZ

Simone Gonçalves de Assis

Professora doutora da ENSP-FIOCRUZ
Pesquisadora do Centro Latino-Americano de Violência e Saúde Jorge Carelli-CLAVES

Tels. para contato: (21) 2535-0787 ou (21) 92235084

FAX: (21) 2290-4893

e-mail: milica@attglobal.net

As perguntas iniciais buscam obter características gerais do fonoaudiólogo

1. Tempo de formado:

1A. menos de um ano

1B. de 1 a 5 anos

1C. de 6 a 10 anos

1D. mais de 10 anos

EXEMPLO: lembre-se de que em cada questão, você deve assinalar todos os itens "sim" ou "não". Por exemplo: se você trabalha em seu consultório particular em alguns dias da semana e trabalha também em um posto de saúde, assinale desta forma:

- | | | |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| A. consultório particular | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| B. centro/posto de saúde | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| C. hospital/maternidade | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| D. empresas/indústrias | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

2. Área(s) de atuação(s):

- | | | |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 2A. audiologia | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2B. linguagem | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2C. motricidade oral | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2D. VOZ | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 2E. outros: qual? _____ | | |

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

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 3A. consultório particular | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3B. centro/posto de saúde | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3C. hospital/maternidade | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3D. empresas/indústrias | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3E. faculdades/universidades | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3F. escolas | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3G. rádio/televisão/teatro | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 3H. outros: qual? _____ | | |

4. Faixa etária da clientela:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 4A. bebês – de 0 a 1 ano | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4B. crianças – de 2 a 11 anos | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4C. adolescentes – de 12 a 18 anos | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 4D. adultos e idosos | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

5. Tipo(s) de alteração(s) fonoaudiológica(s) mais freqüente na sua clientela:

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 5A. atraso no desenvolvimento de linguagem | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5B. problemas de voz e ressonância | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5C. problemas de leitura e escrita | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5D. problemas de fluência | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5E. alterações no sistema estomatognático | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5F. deficiência auditiva | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5G. síndromes genéticas ou quadros neurológicos em adultos ou crianças | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5H. avaliação audiológica | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 5I. outros: qual? _____ | | |

6. Você sabe quais dos órgãos abaixo poderiam ajudar ou deveriam ser informados no caso de suspeita/confirmação de crianças vítimas violência familiar?

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 6A. Polícia | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6B. Conselho Tutelar | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6C. Ministério Público | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6D. Vara da Infância e da Juventude | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 6E. Conselhos Municipais de Defesa | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |

7. Você já atendeu algum paciente (bebê, criança ou adolescente) que foi vítima de violência na família?:

1. SIM

2. NÃO (SE RESPONDEU "NÃO" LEIA ATENTAMENTE A INSTRUÇÃO ABAIXO)

Se **you never attended a case where a baby, a child or an adolescent was a victim of domestic violence** não precisa continuar a responder as perguntas abaixo, mas por favor, envie seu questionário pelo correio ou fax, pois esta informação é crucial para o andamento da pesquisa. Se **you already attended some case of violence**, por favor continue a responder o questionário.

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

8- quantos casos você atendeu em toda sua vida profissional que foram vítimas de violência na família?	Bebês (0 a 1 ano) () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Crianças(2 a 11 anos) () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Adolescentes (12 a 18anos) () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais
9- quantos casos no último ano você atendeu que foram vítimas de violência na família?	Bebês () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Crianças () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Adolescentes () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais
10- de todos os casos atendidos, quantos eram do sexo feminino?	Bebês () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Crianças () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Adolescentes () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais
11- de todos os casos atendidos, quantos eram do sexo masculino?	Bebês () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Crianças () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais	Adolescentes () nenhum caso () 1 caso () 2 casos () 3 ou mais

12. Qual(s) o (s) tipo(s) de violência que estes bebês/crianças/adolescentes foram vítimas:

12A. violência física 1. SIM 2. NÃO

12B. violência psicológica 1. SIM 2. NÃO

12C. violência sexual 1. SIM 2. NÃO

12D. negligência ou abandono 1. SIM 2. NÃO

12E. outros tipos: qual? _____

13. Quem era o agressor?

13A. mãe 1. SIM 2. NÃO

13B. pai 1. SIM 2. NÃO

13C. mãe e pai 1. SIM 2. NÃO

13C. padrasto e/ou madrasta 1. SIM 2. NÃO

13D. irmão e/ou irmã 1. SIM 2. NÃO

13E. outro membro da família 1. SIM 2. NÃO

13F. vizinho/amigo ou pessoa próxima sem relação de parentesco 1. SIM 2. NÃO

13G. não sei 1. SIM 2. NÃO

13h. outro: qual? _____

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

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| 14A. atraso no desenvolvimento de linguagem | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14B. problemas de voz | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14C. problemas de leitura e escrita | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14D. problemas de fluência | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14E. alterações no sistema estomatognático | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14F. deficiência auditiva | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14G. síndromes genéticas/quadros neurológicos/
atraso no desenvolvimento global | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14h. realizava uma avaliação audiológica | 1. <input type="checkbox"/> SIM | 2. <input type="checkbox"/> NÃO |
| 14i. outros: qual? _____ | | |

15. O que fez você suspeitar que poderia se tratar de um caso de maus tratos?

16. Qual foi sua conduta diante deste(s) caso(s) (encaminhamentos para serviços médicos, outros profissionais ou órgãos públicos, atitudes em relação à família e ao paciente)?

17. Você continuou acompanhando o caso?

1. SIM 2. NÃO (SE RESPONDEU "NÃO", PULE PARA A QUESTÃO 20)

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

19. Como foi a evolução do problema/queixa fonoaudiológica deste(s) caso(s) de violência familiar?

20. Outras observações/ comentários/depoimento que queira fazer:
