

Conhecimento e atuação do fonoaudiólogo em situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

Speech therapist knowledge and action in intrafamiliar violence situations against children and teenagers

Conocimiento y actuación del fonoaudiólogo en situaciones de violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes

Recebido: 02/07/2022 | Revisado: 15/07/2022 | Aceito: 16/07/2022 | Publicado: 23/07/2022

Lucas Jampersa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2016-9749>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: ljampersa@gmail.com

Adrielle Barbosa Paisca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1966-7705>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: dri.paisca96@gmail.com

Adriana Bender Moreira de Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6660-4902>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: adriana.lacerda@utp.br

Francine Marson Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7348-4902>
Faculdade Sant'Ana, Brasil
E-mail: fran_marson@yahoo.com.br

Cristiano Miranda de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1325-4248>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: cristiano.araujo@utp.br

Giselle Aparecida de Athayde Massi

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3017-3688>
Universidade Tuiuti do Paraná, Brasil
E-mail: giselle.massi@utp.br

Resumo

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

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Violência; Exposição à violência; Criança; Adolescente.

Abstract

Objective: Analyse the speech therapists knowledge about the intrafamiliar violence against children and teenagers and understand how they act in these cases. Method: Is is about a transversal study, occurred from the sendig of questionnaires to 4.297 speech therapists, registered on CREFONO-3. The data obtained were explored through the content analysis. Results: Of the 75 participator speech therapists, 39 (52%) took care of children and/or teenagers

with violence suspicion or confirmation. The most attacked public were children, between 2 to 12 years. The most quoted violence kind were, psychological and physical. The most found speech therapy alteration in the victims was the language development delay. Concerning the speech therapist self understanding about its knowledge about violence, 57,5% signalized detain knowledge. About the ability to identify to take care or follow intrafamiliar violence cases against children and/or teenagers, 65,3% of the speech therapists described themselves how capable and 34,7% don't feel themselves prepared. Conclusion: The speech therapist knowledge about intrafamiliar violence against children and teenagers its faced to violence kinds, identification type, case notification, welcome procedures and conduction, connection between speech therapy sign and the violence and professional disorganization to deal with these situations. Then the speech therapist action occur through the cases notification, relatives conversation, conductions and/or contact with other professionals.

Keywords: Speech therapy; Violence; Exposure to violence; Child; Adolescent.

Resumen

Objetivo: analizar el conocimiento de los logopedas sobre la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes y comprender cómo actúan en estos casos. Método: se trata de un estudio transversal, basado en el envío de cuestionarios a 4.297 logopedas inscritos en CREFONO-3. Los datos obtenidos fueron explorados a través del Análisis de Contenido. Resultados: de los 75 logopedas participantes, 39 (52%) atendieron a niños y/o adolescentes con sospecha o confirmación de violencia. El público más afectado fueron los niños, con edades comprendidas entre los 2 y los 12 años. Los tipos de violencia más citados fueron psicológicos (41,3%) y físicos (38,7%). La alteración fonaudiológica más frecuentemente encontrada en las víctimas fue el retraso en el desarrollo del lenguaje, reportada por el 44,6% de los fonaudiólogos. En cuanto a la autopercepción del logopeda sobre su conocimiento sobre la violencia, el 57,5% indicó que tenía conocimiento. En cuanto a la capacidad para identificar, asistir o acompañar casos de violencia familiar contra niños y/o adolescentes, el 65,3% de los logopedas se describieron capaces y el 34,7% no se sintieron preparados. Conclusión: el conocimiento del logopeda sobre la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes se centra en los tipos de violencia, formas de identificación, notificación de casos, procedimientos de recepción y derivación, la relación entre los síntomas logopédicos y la violencia y la falta de preparación del profesional para enfrentarla. estas situaciones. La actuación del logopeda se da a través de la notificación de casos, conversación con familiares, derivaciones y/o contacto con otros profesionales.

Palabras clave: Fonoaudiología; Violencia; Exposición a la violencia; Niño; Adolescente.

1. Introdução

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

No Brasil, em 2019, o Disque Direitos Humanos (Disque 100) registrou 159.063 denúncias de maus-tratos. Dessas denúncias, 86.837 (55%) eram de violências contra crianças e adolescentes, frequentemente ocorridas no próprio ambiente familiar.

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

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

Entre os profissionais da saúde que se depararam com situações de violações contra crianças e adolescentes, encontra-se o fonoaudiólogo. A clínica fonoaudiológica constitui-se como um espaço propício para a identificação e o manejo de alterações na linguagem, voz e motricidade oral, em crianças e adolescentes, que podem ser vítimas de violência (Noguchi,

2005). O contato frequente, o tempo de permanência somente com a criança ou o adolescente, sem a presença dos pais ou responsáveis, a regularidade dos encontros, o conhecimento do cotidiano da criança, uma estreita relação com a família e, por vezes, com a escola são fatores que permitem ao fonoaudiólogo compreender a dinâmica familiar em que situações de violência podem estar presentes (Noguchi, 2005).

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

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, aprovado por Comitê de Ética com documento no. 34894720.6.0000.8040. Todos os indivíduos incluídos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participantes

Participaram 85 fonoaudiólogos inscritos no Conselho de Fonoaudiologia da 3ª região (CREFONO 3). A coleta de dados foi organizada a partir da inclusão das respostas de 75 fonoaudiólogos, que cumpriam os critérios de elegibilidade. Foram incluídos os profissionais atuantes em âmbito clínico e que atendiam a crianças e adolescentes, e excluídos os fonoaudiólogos que atendiam somente adultos e idosos.

Material

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

Procedimentos de coleta de dados

Os questionários foram enviados à população total de 4.297 fonoaudiólogos atuantes no Paraná e em Santa Catarina inscritos no CREFONO 3. Optou-se por esse método, visando atingir todos os profissionais dos dois estados, de forma simultânea e rápida. O próprio CREFONO 3 enviou o questionário, por e-mail aos profissionais, no dia 12 de março de 2021, que permaneceu aberto para respostas por dois meses. O instrumento foi estruturado na plataforma google forms, acompanhado de um resumo de explicação e o TCLE. Para o desenvolvimento do estudo, foi utilizada a amostra por conveniência, sendo admitidos todos os participantes que assinaram o TCLE, responderam ao questionário e se adequaram aos critérios de elegibilidade.

Análise dos dados

Os dados coletados foram explorados a partir da Análise do Conteúdo (AC). Segundo Laurence Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplica a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. Deste modo, a AC permitiu explorar os conteúdos linguísticos coletados dos questionários, em função de critérios quantitativos e qualitativos.

Análise quantitativa

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

Análise qualitativa

Na parte qualitativa do material linguístico-discursivo coletado, foram utilizadas as análises temática e lexical, que são organizadas em função da construção de categorias que se constituem na frequência de temas e palavras, extraídos dos discursos dos participantes. A organização prosseguiu em três fases: 1) a pré-análise, em que se prepara o material obtido na coleta de dados; 2) a exploração do material, na qual as categorias são agrupadas a partir das unidades de registro, em função de seus aspectos comuns; e 3) o tratamento dos resultados, em que ocorre a interpretação dos resultados (Bardin, 2011).

3. Resultados

Foram coletados 85 questionários, entretanto, dois participantes, após lerem o TCLE optaram em não participar da pesquisa, restando 83. Desses, 8 trabalhavam apenas com adultos e idosos e, por esse motivo, foram excluídos do estudo. Portanto, a pesquisa contou com 75 participantes, na Tabela 1 estão relatadas as características da população incluída.

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

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

Fonte: Autores.

Dos 75 fonoaudiólogos pesquisados, 39 (52%) atenderam a crianças e/ou adolescentes com casos suspeitos ou confirmados de violência. Os dados referentes ao público acometido pela violência, sexo da vítima, tipos de violência e agressores estão descritos na Tabela 2. Já a alteração fonoaudiológica encontrada, nas vítimas, estão descritas na Tabela 3.

Tabela 2 - Caracterização das respostas obtidas sobre violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
Público que sofreu a violência			
Criança	36	48,0	
Adolescente	24	32,0	
Bebê	10	13,3	
Sexo da vítima			
Criança	Masculino	28	37,3
	Feminino	24	32,0
Adolescente	Masculino	16	21,3
	Feminino	15	20,0
Bebê	Masculino	6	8,0
	Feminino	5	6,7
Tipo de violência			
	Violência psicológica	31	41,3
	Violência física	29	38,7
	Violência sexual	27	36,0
	Negligência e abandono	20	26,7
Agressores			
	Pai	29	38,7
	Mãe	22	29,3
	Padrão/Madrasta	17	22,7
	Outro membro da família	16	21,3
	Irmão/Irmã	5	6,7
	Vizinho/amigos	5	6,7

Fonte: Autores.

Tabela 3 - Alterações fonoaudiológicas encontrada nas vítimas de violência.

<i>Alteração fonoaudiológica</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Atraso no desenvolvimento	33	44,6
Alterações na linguagem	25	33,8
Problemas de leitura e escrita	23	31,1
Problemas de fluência	11	14,9
Problemas de voz	4	5,4
Deficiência auditiva	5	6,8
Alterações no sistema estomatognático	4	5,4

Fonte: Autores.

A respeito da autopercepção do fonoaudiólogo sobre seu conhecimento relativo à violência, 57,5% assinalaram ter conhecimentos. Quanto ao contato dos profissionais com assuntos referentes à violência, 76% responderam que tiveram tal contato. As maneiras que esses contatos ocorreram estão descritas na Tabela 4.

Tabela 4 - Forma (s) de contato (s) com assuntos relacionados à violência.

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

Fonte: Autores.

No que diz respeito a aptidão dos fonoaudiólogos para identificarem, atenderem ou acompanharem casos de violência familiar contra crianças e/ou adolescentes, 65,3% descreveram-se como aptos e 34,7% não se sentem preparados para lidarem com essa realidade.

Na sequência, estão apresentadas nos quadros 1 e 2 as categorias de composição dos eixos e seus subeixos organizados neste trabalho, juntamente com exemplos das unidades de registro que representam o material analisado. Os componentes das categoriais, estão descritos na coluna entre as categorias e os exemplos das unidades de registro, sintetizando o conteúdo de cada categoria, que foi constituída em função das respostas elaboradas pelos participantes aos itens do questionário. Cada unidade de registro é seguida pela indicação do numeral arábico do participante que a enunciou.

O eixo 1, explanado no Quadro 1, refere-se ao conhecimento do fonoaudiólogo sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e está organizado a partir de dois subeixos: a descrição do saber ou não saber do profissional (subeixo 1.1) e como os fonoaudiólogos suspeitam de situações de violência intrafamiliar (subeixo 1.2).

O eixo 2, descrito no Quadro 2, refere-se à atuação do fonoaudiólogo em situações de violência contra crianças e adolescentes e está organizado a partir de um subeixo: descrição realizada pelos profissionais da conduta mais apropriada (subeixo: 2.1).

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

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

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

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

Fonte: Autores.

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

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

Fonte: Autores.

Nas Tabelas 5 e 6, a seguir, é possível visualizar dados relativos aos cruzamentos estatísticos, sendo que as figuras 1, 2, 3 e 4 apresentam os cruzamentos que tiveram significância estatística ($p < 0.05$).

Tabela 5 - Avaliação da relação entre o atendimento e o conhecimento sobre violência e as características da população.

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

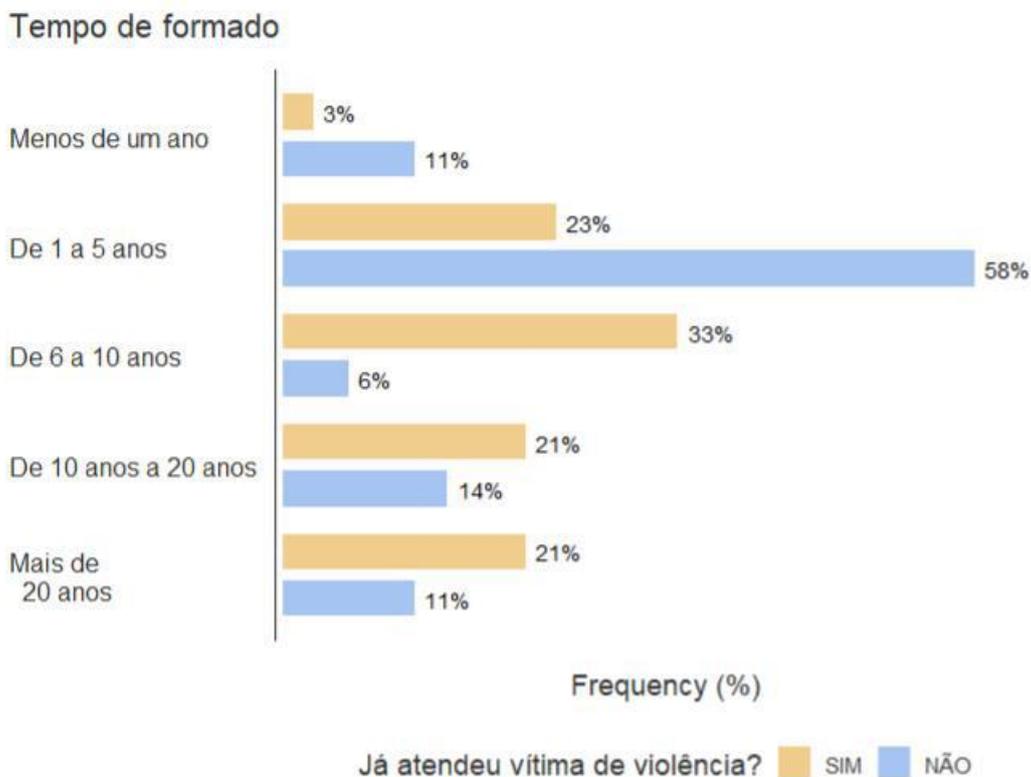
Fonte: o próprio autor

Tabela 6 - Avaliação da relação entre a presença de sintoma fonoaudiológico e as características da agressão e do agressor.

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

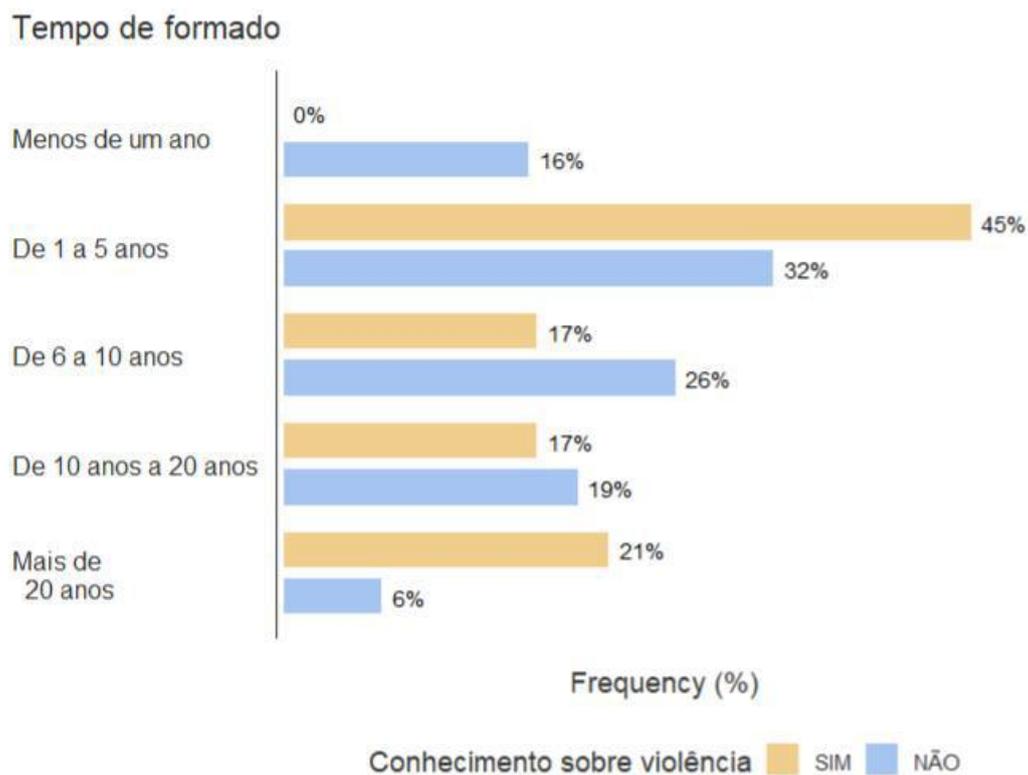
* Teste qui-quadrado; Nível de significância 5%. Fonte: Autores.

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



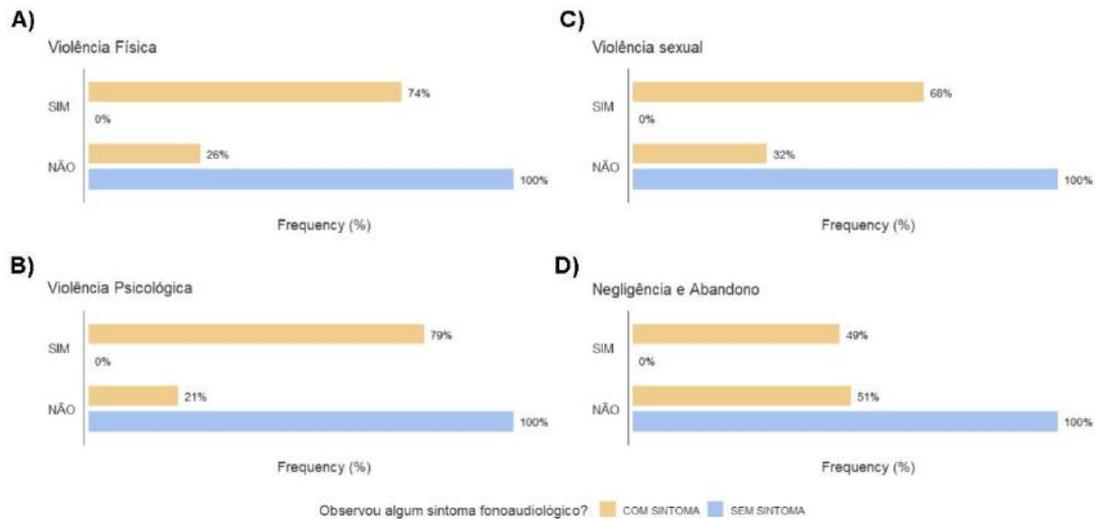
Fonte: Autores.

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



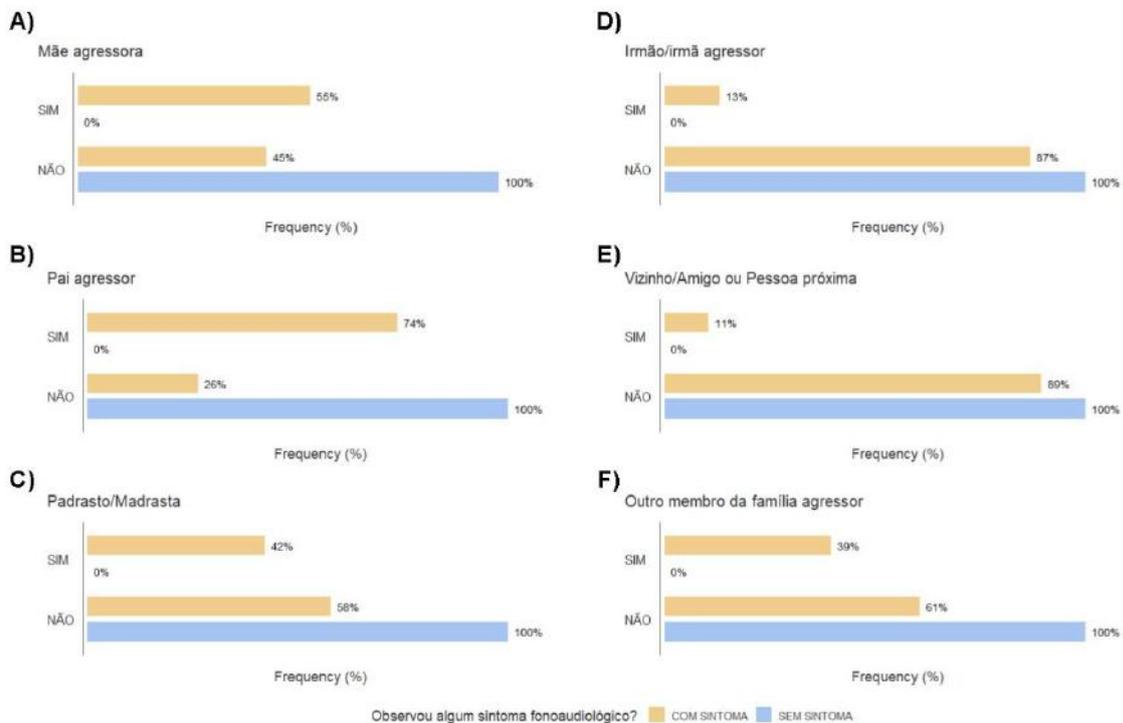
Fonte: Autores.

Figura 3 – Tipos de violência e os sintomas fonoaudiológicos.



Fonte: Autores.

Figura 4 – O agressor e o sintoma fonoaudiológico.



Fonte: Autores.

Os cruzamentos com significância estatística, evidenciaram que os profissionais com formação entre 6 e 10 anos e na sequência, acima de 10 anos foram os que mais atenderam a vítimas de violência. Contudo, os profissionais formados entre 1 a 5 anos foram os que mais demonstraram conhecimentos sobre a temática. A presença de sintomas fonoaudiológicos, ocorreu em 79% das vítimas de violência psicológica, 74% das vítimas de violência física, 68% das vítimas de violência sexual e 49% das vítimas de negligência ou abandono. Em se tratando do agressor, houve a prevalência de sintoma fonoaudiológico em 74%

das vítimas violentadas pelo pai, 56% violentadas pela mãe, 42% pelo(a) padrasto/madrasta, 13% pelo(a) irmão/irmã, 11% pelo vizinho ou amigo e 39% por outro membro da família.

4. Discussão

Os fonoaudiólogos com formação superior a 6 anos atenderam a mais vítimas de violência. Entretanto, pesquisas apontam que os profissionais da saúde com mais de 10 anos de formados são os que mais atendem a vítimas de violência (Cukovic-Bagic et al., 2015; Dalledone et al., 2015; Van Dam et al., 2015).

No presente estudo, os fonoaudiólogos formados entre 1 a 5 anos foram os que mais demonstraram conhecimentos sobre a temática. Sendo, também, esses os que mais participaram da pesquisa, totalizando 40% dos incluídos. Nesse sentido, apesar dos fonoaudiólogos graduados a mais tempo se depararem com mais casos de violência, os profissionais com menos tempo de diplomação buscaram conhecer mais sobre o assunto. Podendo-se supor que os fonoaudiólogos com menos tempo de formação, possuem uma visão mais ampliada a respeito das questões que inferem na saúde, possibilitando-os reflexões sobre temas diversos, como a violência. Sendo possível inferir que os profissionais mais novos, em termos de formação, estariam distanciando-se da atuação fonoaudiológica restrita a prática curativa e reabilitadora, que embasou o exercício inicial da profissão, no Brasil (Lipay & Almeida, 2012).

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

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

Quanto a tipologia da violência, a psicológica e a física foram as mais citadas, em seguida, a sexual, a negligência e o abandono. Nesse sentido, destacasse que a coleta de dados, do presente estudo, foi realizada durante o período de isolamento da pandemia de COVID-19 e, em consonância com esse dado, pesquisa realizada nos Estados Unidos, mostrou que 72% dos pais que perderam o emprego durante a pandemia cometeram violência psicológica e 37,21% violência física contra seus filhos (Ghosh et al., 2020).

A respeito da alteração fonoaudiológica encontrada nos vitimados, prevaleceu o atraso no desenvolvimento da linguagem, indo de encontro com os resultados obtidos na primeira pesquisa realizada sobre a temática, no Brasil (Noguchi et al., 2006). Uma revisão de literatura citou, como uma das consequências da violência, o transtorno de fala (Silva et al., 2021). Diante desses achados, é possível inferir que muitos dos sujeitos, que chegam à clínica fonoaudiológica com alterações na linguagem, podem apresentar por trás de sua queixa, uma situação de violência. Nesse sentido, Noguchi *et al.* (2006) afirmam que é trabalho do fonoaudiólogo, dar destaque a esse problema e sobretudo “dar voz” às vítimas silenciadas, entendendo que, diversas vezes, por trás do silêncio, pode existir um grito de socorro.

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

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

No que concerne ao conhecimento do fonoaudiólogo acerca da tipologia de violações, achados semelhantes foram encontrados em pesquisa com docentes de odontologia (De Lima & Pieri, 2021), assim como entre profissionais da rede de proteção (Ribeiro *et al.*, 2021). Quanto as formas de identificação, Noguchi *et al.* (2006) descrevem que o relato da própria vítima é o principal fator para a identificação. Este relato pode ocorrer verbalmente, através de narrações, dramatizações, brincadeiras ou desenhos.

A respeito do conhecimento dos fonoaudiólogos sobre os comportamentos da vítima e marcas físicas, uma revisão de literatura constatou que as principais formas de identificações ou suspeitas de violência são as marcas físicas e alguns sintomas emocionais como medo, raiva, ansiedade, angústia, depressão, falta de confiança em adultos, choro sem causa aparente, relutância em voltar para casa e redução do rendimento escolar (Rover et al., 2020). Pesquisas internacionais, apontam também, que as marcas no corpo da vítima são uma das principais formas de identificar situações de violência (Brattabo *et al.*, 2018; Vergara *et al.*, 2017; Cukovic-Bagic *et al.*, 2015).

A notificação foi citada pelos fonoaudiólogos desta pesquisa como forma de conhecimento e de atuação profissional. Seguintes análogos foram encontrados em estudo com 40 equipes da ESF (Trabbold *et al.*, 2021).

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

Outra forma de atuação do fonoaudiólogo, em situações de violência, relatado pelos participantes desta pesquisa, são as conversas com os familiares, corroborando com os dados de Noguchi *et al.* (2004). Neste estudo, a conduta mais citada foi o contato com a família, por meio de questionamentos sobre a violência, ameaças para que o incidente não se repetisse, além de conversas para confirmar a veracidade da suspeita e dar orientações.

Dentre os fonoaudiólogos incluídos, 42,5% referiram desconhecimento e 34,7% despreparado para lidarem com casos de violência. O mesmo relato também foi observado em estudo realizado entre vários profissionais da saúde (Trabbold et al., 2021). Esses dados evidenciam tensões entre o “não saber” e o despreparo dos profissionais, permitindo a indagação: como é possível a atuação profissional em uma situação problemática, quando não existem conhecimentos necessários sobre ela? (Batista & Quirino, 2020).

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

Para tanto, sugere-se que o tema seja inserido na grade curricular do curso de graduação em fonoaudiologia. Alguns autores ressaltam a necessidade de investimento tanto na formação continuada quanto na revisão dos currículos de graduação dos profissionais da saúde (Silveira et al., Silva *et al.*, 2021). Pois, um ajuste pedagógico nas instituições de ensino, pode tornar possível a capacitação dos profissionais para identificar e notificar casos de violência, sobretudo ao se considerar que a

conscientização durante a graduação permitirá que depois de formados os profissionais não sejam omissos perante à violência (Silveira *et al.*, 2016).

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

5. Conclusão

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

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

Referências

- Acioli, R. M. L., Lima, M. L. C., Braga, M. C., Pimentel, F. C., & Castro, A. G. (2011). Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 11 (1), 21-28. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100003>.
- Aguiar, B. F., Rozinb, L., & Tonin, L. (2019). Caracterização da violência contra a criança e o adolescente no estado do Paraná. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 43 (1), 180-193. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140138/rbsp_v43n1_11_2936_.pdf
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Edição 70.
- Batista, M. K. B., Quirino, T. R. L. (2020). Debatendo a violência contra crianças na saúde da família: reflexões a partir de uma proposta de intervenção em saúde. *Saúde Soc.* 29 (4), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180843>.
- Brasil. (2019). Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH). Disque 100. Relatório violência contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: ONDH. <https://www.gov.br/mdh/ptbr/assuntos/noticias/2019/junho/criancas-e-adolescentes-balanco-do-disque-100-aponta-mais-de-76-mil-vitimas>.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf.
- Brasil. (2019). Governo de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Violência: notificações de violências interpessoais e autoprovocadas. Informativo Epidemiológico Barriga Verde. 2019 Jun, Ano XVI (Ed Especial). http://www.dive.sc.gov.br/barrigaverde/pdf/BV_Violencia_2.pdf.
- Brattabo, I. V., Bjorknes, R., & Astrom, A. N. (2018). Reasons for reported suspicion of child maltreatment and responses from the child welfare - a cross-sectional study of Norwegian public dental health personnel. *BMC Oral Health.* 18 (1), 29. doi:10.1186/s12903-018-0490-x
- Cukovic-Bagic, I., Dumancic, J., Kujundzic Tiljak, M., Drvaric, I., Boric, B., Kopic, V., Krupic, I., Bakarcic, D., Budimir, M., & Welbury, R. R. (2015). Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent.* 25 (6), 444-450. 10.1111/ipd.12151
- Dalldone, M., Paola, A. P. B. D., Correr, G. M., Pizzatto, E., Souza, J. F. D., & Losso, E. M. (2015). Child abuse: perception and knowledge by Public Health Dentistry teams in Brazil. *Brazilian Journal of Oral Sciences.* 14 (3), 224-229. doi:10.1590/1677-3225v14n3a10
- De Lima, B. B. S., & Pieri, A. (2021). Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da Universidade do Estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. *Rev Bras Odontol Leg RBOL.* 8(1), 43-54. <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/347/269>.

- Demarco, G. T., Silva-Júnior, I. Da., & Azevedo, M. S. (2021). Conhecimentos e atitudes de cirurgiões-dentistas da rede pública de Pelotas-RS frente aos maus-tratos infantis. *Revista Da ABENO*, 21 (1), 1-16. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1077>.
- Ghosh, R., Dubey, M.J., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). Impact of COVID-19 on children: Special focus on the psychosocial aspect. *Minerva Pediatr.* 72 (3), 226–235. <https://doi.org/10.23736/s0026-4946.20.05887-9>.
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Violência sexual contra meninos: dados epidemiológicos, características e consequências. *PSICOLOGIA USP*, São Paulo, 23 (2), 395-415. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/WDTX3SXVxtKVqn5cKkByG8N/?lang=pt>.
- Lipay, M. S., & Almeida, E. C. de. (2012). A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. *Revista de Ciências Médicas*, [S. l.] 16 (1). Retrieved from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/1073>.
- Noguchi, M. S., Assis, S. G., & Santos, N.C. (2004). Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (4), 963-973. Retrieved from: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63043001017.pdf>.
- Noguchi, M. S., Assis, S. G., & Malaquias, J. V. (2006). Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri (SP), 18 (1), 41-48. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S0104-56872006000100006>.
- Noguchi, M. S. (2005). O dito, o não dito e o mal-dito o fonoaudiólogo diante da violência familiar contra crianças e adolescentes [Tese de doutorado]. Orientadora: ASSIS, S.G. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde pública – fundação Oswaldo Cruz. https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12836/1/ve_Milica_Noguchi_ENSP_2005.pdf.
- Ribeiro, F. M. A., Fernandes, F. E. C. V., & Melo, R. A. (2021). Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. *Rev baiana enferm.* 35:e42099. Retrieved from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42099>.
- Ribeiro, R. U. P., & Silva, A. L. (2018). Notificação compulsória de violência na atenção básica à saúde: o que dizem os profissionais? *Revista LEVS/UNESP-Marília*, 21 – ISSN 1983-2192. Retrieved from: <https://doi.org/10.36311/1983-2192.2018.v21n21.p164>.
- Rover, A. L. P., De Oliveira, G. C., Nagata, M. E., Ferreira, R., Molina, A. F. C., & Parreiras, S. O. (2020). Violência contra a criança: indicadores clínicos na odontologia. *Braz. J. of Develop.*, 6 (7), 43738-43750. <http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n7-114>.
- Silveira, T. B. D., Oliveira, A. M. N. D., Algeri, S., Susin, L. R. O., Baisch, A. L. M., Marques, L. A., & Silva, P. A. D. (2016). A invisibilidade da violência psicológica pelos profissionais de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, 26 (3), 345-351.
- Silva, F. G., Fonseca, P. C. S. B., Dantas, J. S. O. M., Silva, C. C., & Carvalho, C. T. C. (2021). Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno. *Conjecturas*, 21 (5), 146–165. <https://doi.org/10.53660/CONJ-178-705>.
- Silva, A. O., Silva, M. C. L. C., Godoy, A. B., Silva, L. M. R. C., & Soares, A. L. F. H. (2021). Domestic violence: The importance of the training of the Dental Surgeon against this condition. *Research, Society and Development*, 10 (5), e4110514654. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14654>.
- Shimbo, A. Y., Labronici, L. M., & Mantovani, M. F. (2011). Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery* (impr.) 15 (3), 506-510. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000300009>.
- Trabbold, V. L. M., Silveira, M. F., Guimarães, C. T. F., & Santos, M. I. P. (2021). Notificação e capacitação como desafios para a estratégia saúde da família no enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, 7 (1), 3993-4015. <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22988>.
- Van Dam, B. A. F. M., Sanden, W. J. M. V. D., & Bruers, J. J. M. (2015). Recognizing and reporting domestic violence: attitudes, experiences and behavior of Dutch dentists. *BMC Oral Health*. 15:159. doi:10.1186/s12903-015-0141-4
- Vergara, K. A., Cardenas, S. D., & Martinez, K. R. (2017). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia) *Salud Uninorte*. 33 (2), 129-138.
- WHO. (2020). Global status report on preventing violence against children. *Geneva: World Health Organization*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>.