UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES

Lanuza Borges Oliveira

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

Montes Claros - MG
2014

Lanuza Borges Oliveira

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Linha de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços.

Orientador: Profa. Dra. Maísa Tavares de Souza Leite
Coorientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira
Coorientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho

Montes Claros -MG
2014

O48c

Oliveira, Lanuza Borges.
Conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança [manuscrito] / Lanuza Borges Oliveira. – 2014.
66 f. : il.

Inclui Bibliografia.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Maísa Tavares de Souza Leite.
Coorientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.
Coorientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho.

1. Criança - Saúde. 2. Violência doméstica. 3. Maus tratos infantis. 4. Estudos de validação. 5. Profissional de saúde. I. Leite, Maísa Tavares de Souza. II. Caldeira, Antônio Prates. III. Pinho, Lucinéia de. IV. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge

Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Correa Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Karina Gisele Cevalles Viana

Coordenadoria de Pós-graduação strictu-sensu: Iuri Simões Mota

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Maísa Tavares de Souza Leite

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Unimontes

CANDIDATA: LANUZA BORGES OLIVEIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "Conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)	**ASSINATURAS**
PROFª. DRª MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE ORIENTADORA/PRESIDENTE	
PROF. DR ANTÔNIO PRATES CALDEIRA – COORIENTADOR	
PROFª. DRª. TAIZA DE CASTRO COSTA DIMANTINO	
PROFª. DRª LUCINÉIA DE PINHO	
PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO	

BANCA (SUPLENTES)	**ASSINATURAS**
PROFª. DRª. ROSEANE DURÃES CALDEIRA	
PROFª. DRª. SIMONE DE MELO COSTA	

[X] **APROVADO(A)** [ ] **REPROVADO(A)**

À Lucas, Duda e Alice por tornarem a minha vida mais leve, doce e alegre, por preencherem o meu mundo de cor e de amor. Simplesmente por darem sentido a minha existência.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela presença constante e principalmente pelo amparo nas horas que mais precisei e à Sagrada Família, por me conduzirem pelo melhor caminho.

À minha família, que não só foi base, mas toda a estrutura em todos os momentos, por SEMPRE acreditarem em mim, isso não só me fortaleceu e me fez tentar (principalmente nos momentos que achei que não ia conseguir), mas me fez dar o melhor de mim.

À professora Dra. Maísa, por todos os ensinamentos transmitidos com muita doçura, atenção e sabedoria.

Ao professor Dr. Antônio Caldeira, por toda paciência, generosidade e pelo incentivo constante.

Às professoras Dras. Lucinéia e Marise, por enriquecerem este estudo com seus conhecimentos.

À Fernanda Amaral, pela amizade, pelas horas dedicadas, disposição, simplicidade e organização.

Às Faculdades Integradas Pitágoras, por contribuírem há mais de 10 anos pelo meu crescimento não só profissional, mas também pessoal.

Aos amigos do mestrado profissional pelo incentivo, apoio e amizade.

À coordenação e aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros pelo apoio na realização deste estudo.

Aos anjos enviados por Deus, que aqui na terra são pessoas, que iluminaram o meu caminho o tornando mais fácil de ser percorrido. Jamais venceremos sozinhos. OBRIGADA A TODOS!

"A melhor maneira de tornar as crianças boas, é torná-las felizes."

Oscar Wilde

"O que se faz agora com as crianças é o que elas farão depois com a sociedade."

Karl Mannheim

RESUMO

A violência na infância e adolescência constitui um grave problema social e de saúde pública. Profissionais de saúde bem orientados e sensibilizados são fundamentais para a identificação oportuna dos casos de violência contra a criança. Este estudo objetivou elaborar e validar um instrumento para verificação do conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde e avaliar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação à violência doméstica contra a criança. Trata-se de um estudo descritivo, analítico e quantitativo. O processo de elaboração e validação do instrumento iniciou em setembro de 2013, a coleta de dados foi realizada entres os meses de abril a julho de 2014 por meio de aplicação do instrumento a 194 profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas atuantes na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. O processo de validação seguiu as etapas: identificação das dimensões relacionados à violência doméstica contra a criança; validação aparente e de conteúdo; validação de construto e validação de critério. Os dados foram analisados por meio do programa *IBM Software SPSS version 19.* Para a validação de construto avaliou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* e o teste *Kappa* foi usado para verificar a reprodutibilidade. A validação de critério foi conduzida com uso do teste *t-student*. O instrumento final apresentou 56 itens, o alfa *Cronbach* foi de 0,734, o teste *Kappa* revelou concordância superior a 0,6 para a maioria dos itens e o teste *t-student* apresentou valor estatisticamente significante até o nível de 5%. Dos profissionais da ESF 64,4% apresentaram conhecimento satisfatório em relação à violência doméstica contra a criança. O instrumento apresentou-se válido e, por isso, pode ser usado como ferramenta promissora para desenvolver ou direcionar as ações em saúde pública e avaliação do conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança. Elevado número de profissionais apresentaram conhecimento insatisfatório, verifica-se então a necessidade de inclusão mais abrangente sobre a temática na formação profissional.

Palavras- Chave: Saúde da Criança; Violência Doméstica; Maus-Tratos Infantis; Estudos de Validação; Profissional de Saúde.

ABSTRACT

The violence in childhood and adolescence is a serious social and public health problem. Well targeted and sensitized health professionals are critical to the timely identification of cases of violence against children. This study aimed to develop and validate an instrument to verify the knowledge of domestic violence against children in the practice of health professionals and assess the knowledge of professionals in the Family Health Strategy in relation to domestic violence against children. This is a descriptive, analytical and quantitative study. The drafting process and instrument validation began in September 2013, the data collection was performed entres the months from April to July 2014 through instrument application to 194 medical professionals, nurses and dentists working in the Health Strategy Montes family Claros, Minas Gerais, Brazil. The validation process followed the steps: identification of dimensions related to domestic violence against children; face and content validation; construct validity and criterion validation. Data were analyzed using *SPSS version 19. IBM Software* For construct validation evaluated the *Cronbach* alpha coefficient and the *Kappa* test program was used to verify the reproducibility. The criterion validation was conducted using the *Student t* test. The final instrument presented 56 items, Cronbach alpha was 0.734, Kappa test showed higher correlation to 0.6 for most items and the Student t test showed a statistically significant value to the level of 5%. Professional FHS 64.4% had satisfactory knowledge regarding domestic violence against children. The instrument presented is valid and, therefore, can be used as a promising tool to develop or direct the actions in public health and evaluation of knowledge about domestic violence against children. High number of professionals had little knowledge, then it appears the need for broader inclusion on the subject in vocational training.

Keywords: Children's Health; Domestic Violence; Child Abuse; Validation Studies; Health Professional.

SUMÁRIO

Pág.

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA..... 11

2 OBJETIVOS 17

2.1 Objetivo geral..... 17

2.2 Objetivos específicos..... 17

3 METODOLOGIA..... 18

4 PRODUTOS..... 21

4.1 Artigo 1 Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde..... 22

4.2 Artigo 2 Violência doméstica contra a criança: Avaliação do conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família 42

5 CONCLUSÕES..... 54

REFERÊNCIAS. 55

APÊNDICES..... 57

Apêndice A..... 57

Apêndice B..... 61

Apêndice C..... 62

ANEXO..... 64

Anexo A..... 64

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A violência está relacionada ao poder e pode ter várias formas de realização, ocorrendo quando um sujeito atua de forma específica sobre o outro, utilizando para isso, a força e a coerção, produzindo-se assim, um prejuízo social (SANTOS,2002). Mas a situação de violência pode ser dirigida a si mesmo ou autoinfligida, onde se pode incluir o suicídio e há também a violência interpessoal, que pode ser intrafamiliar ou comunitária e a violência coletiva que pode ser social, política ou econômica (BRASIL, 2012).

Entre todas as formas de violência, a violência contra a criança é uma que gera maior comoção devido à vulnerabilidade da vítima e aos aspectos sociais envolvidos. O conceito de violência na infância abrange a agressão física, violência sexual, violência psicológica e a negligência (MAGALHÃES *et al*., 2009). A violência física é aquela que ocorre com intenção, sendo exercida por sujeitos que têm relação de poder sobre a criança com uso da força ou de ameaças, provocando ou não lesão corporal (ASSIS; FERREIRA, 2012).

A violência sexual compreende o abuso e a exploração sexual. Ambos estão relacionados à obtenção de gratificação sexual por um adulto, sendo a criança induzida ou forçada a práticas sexuais de que ela não tem entendimento, com ou sem violência física associada. A exploração sexual envolve abuso praticado por adultos com uso de remuneração, em espécie, às vítimas ou a uma terceira pessoa (MAGALHÃES *et al*., 2009).

A violência psicológica conceitua-se como um padrão de interferência negativa do agressor com atitudes, palavras ou ações que possuam potencial para causar danos ao desenvolvimento emocional da criança ou do adolescente (BRASIL, 2012).

Negligência é a omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social, tais como privação de medicamentos e cuidados com a saúde da criança, descuido com a higiene, ausência de proteção contra o frio, o calor, privação de alimentos, falta de estímulos e condições para frequentar a escola, sendo o abandono a forma extrema de negligência (ALGERI; SOUZA, 2006).

A violência física é a mais notificada, seguida pela negligência e violência psicológica. Por último, aparece a violência sexual. Na forma pura, a violência psicológica é a menos identificada, sendo que as outras modalidades apresentam a mesma proporção de notificação isoladamente. As crianças do sexo feminino são submetidas a situações de violência com mais frequência que as do sexo masculino (BRITO *et. al.,* 2005).

A violência doméstica é todo ato ou omissão, praticado por pais, parente ou responsável contra crianças, capaz de produzir danos que impliquem em uma transgressão do poder, dever e de proteção do adulto e, ou seja, em uma negação do direito que toda criança tem de ser tratada como sujeito e pessoa em condição peculiar de desenvolvimento (AZEVEDO; GUERRA, 2001).

A violência na infância e adolescência constitui um grave problema social e de saúde pública, sendo responsável por um número crescente de atendimentos nos serviços públicos de saúde (MAGALHÃES *et al*., 2009). Trata-se de um fenômeno multicausal, constituído por muitas variáveis que afetam todos os níveis da sociedade e que, por isso, exige intervenções de uma equipe multidisciplinar para possibilitar um atendimento integral à vítima. Constitui ainda, uma realidade dolorosa e traz prejuízos de ordem física e psicossocial, pois as experiências vividas na infância refletem na vida adulta (BRASIL, 2012).

A violência doméstica é um dos eventos da vida que pode mudar definitivamente o comportamento de uma criança em longo prazo. O estresse e a ansiedade subsequente podem criar um balanço permanente e distorcido, desenvolvendo nos jovens traços de personalidade ou atitudes de hostilidade, desconfiança e medo (MARLE, 2010).

Observa-se uma relação entre maus tratos infantis com violência doméstica. Em respostas a esses achados, pesquisadores têm se concentrado em medir e mudar o conhecimento das pessoas que trabalham com assistência infantil sobre atitudes que remetem à violência doméstica (STEEN, 2009). A violência na infância é um fenômeno extremamente grave do ponto de vista social e de saúde pública, e tem sido responsável por uma demanda crescente de atendimentos nos serviços públicos de saúde (MAGALHÃES *et al*., 2009).

O diagnóstico dos maus-tratos na infância é difícil. As crianças tendem a esconder a real causa das lesões, quer por medo, quer por afeto, uma vez que os agressores geralmente são os

pais ou responsáveis (GARBIN *et al*., 2012). Um motivo que dificultaria a notificação seria a reprodução de padrões culturais na sociedade em que a punição física pode ser aceita como uma prática educativa (ANDRADE *et. al*., 2011).

Entre os fatores de risco que podem estar associados à violência doméstica contra a criança observam-se: pobreza, isolamento social, separação dos pais, conflitos familiares, abuso de drogas, famílias monoparentais e ocorrência familiar de abuso físico (BRASIL, 2012).

Aproximadamente 3 a 8 milhões de crianças americanas testemunham violência doméstica nos Estados Unidos todos os anos. A partir da identificação da magnitude do problema, os estudiosos da área começaram a definir um novo campo de trabalho. Ao analisar as crianças expostas a este tipo de violência doméstica começou-se a rotular as crianças em risco como futuros perpetuadores e/ou vítimas da violência doméstica (PHILLIPS; PHILLIPS, 2010).

No Brasil, os casos de violência, no ano de 2007, ocupavam a quinta causa de óbitos de crianças menores de um ano de idade. Resultados do componente da Vigilância de Violências e Acidentes (Viva-Contínuo), realizado no período de 1º de agosto de 2006 a 31 de julho de 2007 em 27 municípios brasileiros, mostraram 1.939 registros de violência contra crianças ressaltando, assim, a exigência de maior atenção dos profissionais de saúde nos atendimentos e nas internações de crianças vítimas desses eventos (BRASIL, 2012).

A sociedade brasileira atual ainda considera a punição física como um instrumento frequente na educação dos filhos. Os pais tendem a defender essa forma de disciplina, que pode favorecer a cronicidade e a banalização da violência contra a criança, em algumas circunstâncias (BRITO *et. al.,* 2005).

Desde 1996, há uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que as violências devem ser encaradas como importantes problemas de saúde pública (BRASIL, 2012). No Sistema Único de Saúde e, particularmente, na atenção primária à saúde, os profissionais envolvidos possuem papel definido na atuação contra a violência doméstica e um local de atuação bastante apropriado para detecção precoce dos casos (ALGERI; SOUZA, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) veio para construir uma nova perspectiva em relação à atenção primária, substituindo o modelo biomédico por novas práticas assistenciais, rompendo com práticas convencionais de saúde, gerando uma maior interação e respeito entre profissional e usuário. A operacionalização da ESF acontece por meio de equipes multiprofissionais que atendem em unidades de saúde descentralizadas (LINARD, 2011).

No âmbito da atenção primária, existe um espaço privilegiado para o cuidado ampliado ao paciente, com um olhar atento às suas dimensões física, mental e social. Nesse sentido, a ampliação do número de equipes da ESF representa uma oportunidade de maior vigilância à violência doméstica. Em tese, essas equipes devem estar aptas ao enfrentamento das situações de violência, mas pouco se sabe sobre o conhecimento das mesmas e de suas habilidades para abordagem do problema. É necessário a ampliação da capacidade para detecção das situações de violência que permitam a construção das redes sociais de apoio e o enfrentamento dessas situações (TANAKA, 2009).

A ESF tem diferentes possibilidades de atuação do Setor Saúde frente ao problema da violência doméstica. Desde a sua implantação, tem-se buscado a aproximação entre as equipes e a real necessidade de indivíduos e famílias (ROCHA, 2011).

Os profissionais da ESF devem estar atentos à questão da violência infantil no atendimento nas unidades básicas de saúde, observando seus limites, sua identificação e maneiras de encaminhamento e solução do problema É tarefa da equipe de saúde identificar os serviços disponíveis na comunidade e que contribuam com a assistência às vítimas de violência doméstica como: delegacias especializadas, Instituto Médico Legal (IML), Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outros (SALIBA *et. al.* 2007).

Normalmente, os profissionais de saúde são os primeiros a detectarem a situação de violência e, considerando esse fato, devem notificar. Quando o profissional não se reconhece nesse papel, isso se torna um fator impeditivo para o encaminhamento e tratamento das vítimas de violência doméstica (ANDRADE *et al.,* 2011). Os profissionais de saúde têm uma oportunidade única de identificar os maus tratos infantis, pois conseguem informações sobre a violência familiar através da mãe e da criança e, frequentemente, observam a interação entre eles (STEEN, 2009).

A negligência pode estar relacionada aos diagnósticos de maus tratos bem como aos procedimentos de notificação que são reservados aos profissionais de saúde, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, e que não são feitos. A notificação não é um ato pessoal, mas sim legal. Muitas vezes, pela falta de conhecimento da lei ou por não quererem exercer este papel, os profissionais de saúde acabam não fazendo as notificações necessárias (MAGALHÃES *et al*., 2009).

Ao profissional de saúde cabe ainda cuidar das consequências deixadas na criança pela violência e, além disso, possuir papel social, ético e profissional em relação à proteção e à denúncia (RAMOS, 2011).

De acordo com Zanelato *et al.* (2012), é fundamental incluir no processo de formação e capacitação dos profissionais, membros das equipes da ESF, conhecimentos que lhes permitam maiores acertos diante do problema da violência infantil. Uma formação adequada pode evitar que os casos dessa natureza sejam negligenciados ou se agravem pela demora na assistência.

Como uma forma de prevenir a violência familiar, deve ser considerada a adoção de uma aproximação multidimensional. É necessário acessar e monitorar a personalidade dos agressores, vista como dinâmica e modificável, tornando mais fácil monitorar e avaliar e prever a violência familiar de forma que ela seja reconhecida por profissionais e encoraje pesquisas científicas integrativas (MARLE, 2010).

O problema da violência doméstica contra crianças e adolescentes não é de fácil manejo, por isso, compreender o processo que envolve a abordagem dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a criança é de suma relevância para os dias atuais. Os problemas físicos e psicossociais que são gerados a partir de atitudes violentas são, quase sempre, de grande proporção. Nota-se ainda que a assistência oferecida às vítimas é restrita, principalmente pelas dificuldades dos profissionais em lidar com as características socioculturais da população atendida e pelo pouco diálogo com as instituições responsáveis pelo encaminhamento dos casos.

A falha na identificação e notificação dos casos de violência doméstica ocorre mais comumente devido a vários fatores de ordem social, médica e familiar sendo que o medo e as

ameaças sofridas pelos profissionais de saúde estão entre os principais deles. Além disso, dos profissionais de saúde, falta de capacitação para lidar com o problema da violência doméstica contra a criança, sendo que programas de capacitação e cursos de extensão sobre o assunto podem produzir impacto positivo sobre a identificação, e consequentemente na conduta dos profissionais frente à violência doméstica.

Em meio às medidas para prevenção, destacam-se a elaboração de políticas públicas que previnam a ocorrência dos maus-tratos e o diagnóstico das situações críticas, de modo a intervir nos casos de violência familiar já estabelecida. Ambas as estratégias devem se embasar em dados que dimensionem o problema e apresentem suas principais características (GARBIN *et al*.,2012).

Observa-se que, no Brasil e no mundo, são escassos os instrumentos que avaliem o conhecimento da violência doméstica pelos profissionais de saúde. Schraiber *et al.* (2010) validaram o instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres. Em estudo realizado no Brasil, na cidade de São Paulo (SP) e na região da Zona da Mata de Pernambuco, Grassi-Oliveira *et al.* (2010) traduziram, adaptaram e validaram o questionário *Childhood Trauma Questionnaire*, que é aplicado para adolescentes e adultos a fim de investigar história de abuso e negligência durante a infância.

Torna-se então importante avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a criança. No entanto, os instrumentos utilizados para avaliar este conhecimento ainda não são disponíveis. Existem outros instrumentos relacionados à violência que buscam verificar a prática de abusos em mulheres, crianças e adolescentes, mas não o conhecimento dos profissionais de saúde. Cabe ressaltar a importância de estudos, para orientar as políticas de saúde pública e para combater a violência doméstica contra a criança, além de propiciar a criação de programas de formação que permitam aos profissionais de saúde formas adequadas de abordar o tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar e validar um instrumento de avaliação do conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde.
- Analisar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a violência doméstica contra a criança.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Este trabalho constitui-se em um estudo quantitativo, exploratório e analítico.

3.2 Local da pesquisa

O cenário de desenvolvimento deste estudo foram as Unidades de Saúde da Família do município de Montes Claros, considerado como polo de crescimento da região norte do estado de Minas Gerais (MG). Trata-se de um grande centro urbano, com estimativa populacional de aproximadamente 362 mil habitantes (IBGE, 2010).

3.3 Participantes

Este estudo contou com o universo de profissionais atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros - MG, cadastrados como médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Na fase inicial da coleta havia 78 equipes, com total de 207 profissionais elegíveis para o estudo. Ao longo da coleta de dados (abril a julho de 2014), foram inseridos em novas equipes da ESF mais 50 profissionais que também foram convidados a participarem do estudo.

3.4 Construção do Instrumento

O processo de desenvolvimento e validação do instrumento (APÊNDICE A) seguiu quatro etapas: 1) identificação das dimensões relacionadas à violência doméstica contra a criança 2) validação aparente e validação de conteúdo; 3) validação de construto e 4) validação de critério.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a julho de 2014. Foi feito um contato prévio com profissionais com objetivo de divulgação e convite para participação na pesquisa. O instrumento foi aplicado pela pesquisadora mediante visitas realizadas aos profissionais em horário previamente agendado. Além dos itens específicos do instrumento foram coletados dados sobre sexo, graduação, tempo de conclusão da graduação, tipo de instituição de conclusão da graduação, maior titulação, tempo de atuação na estratégia saúde da família, abordagem de conteúdos sobre a violência doméstica na graduação, curso de capacitação sobre a temática, atendimento à criança vítima de violência, utilização da linha guia no atendimento a criança vítima de violência doméstica. Essas informações foram coletadas por meio de um formulário de identificação.

3.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio do programa *IBM Software SPSS version 19.* As variáveis foram analisadas de forma descritiva, e por meio de testes estatísticos específicos: *qui-quadrado*, para comparação de proporções e teste *t de Student* para comparação entre médias. Na definição de variáveis associadas foram calculados os *odds ratio* (OR) com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

No processo de validação do instrumento, utilizou-se o alfa de *Cronbach* na avaliação com confiabilidade interna o teste *Kappa* foi usado para verificação da reprodutibilidade do instrumento.

3.7 Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com a resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, dentro dos preceitos éticos, respeitando o sigilo, privacidade e anonimato dos dados para pesquisas envolvendo seres humanos, a participação foi voluntária, com a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, com o parecer nº 401.241/2014 (ANEXO A), após termo de concordância da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros- MG (APÊNDICE C).

4 PRODUTOS

4.1 Artigo 1: Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de um instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde.

Formatado para a Revista Latino Americana de Enfermagem

4.2 Artigo 2: Violência doméstica contra a criança: Avaliação do conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Formatado para a Acta Paulista de Enfermagem

4.1 ARTIGO 1

Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde

Resumo

Objetivo: elaborar e validar um instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança. Método: Estudo realizado com 194 profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Para elaboração dos itens e identificação das dimensões realizou-se a revisão da literatura. A validação aparente e de conteúdo foi por meio da análise de três especialistas e de 27 professores universitários da área de saúde da criança; para a validação de construto avaliou-se o coeficiente alfa de *Cronbach* e o teste *Kappa* foi usado para verificar a reprodutibilidade. A validação de critério foi conduzida com uso do teste *t-student*. Resultados: O instrumento final apresentou 56 itens, o alfa *Cronbach* foi de 0,734, o teste *Kappa* revelou concordância superior a 0,6 para a maioria dos itens e o teste *t-student* apresentou valor estatisticamente significante até o nível de 5% para as duas variáveis selecionadas, tempo de formação e tempo na estratégia saúde da família. Conclusão: o instrumento apresentou-se válido e, por isso, pode ser usado como ferramenta promissora para desenvolver ou direcionar as ações em saúde pública e avaliação do conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança.

Descritores: Estudos de Validação; Saúde da Criança; Pessoal de Saúde; Violência Doméstica; Maus- Tratos Infantis.

Keywords: Validation Studies; Child Health; Health Personnel; Domestic Violence; Child Abuse.

Descriptores: Estudios de Validación; Salude del Niño; Violencia Doméstica; Personal de Salud; Maltrato a los Niños

Introdução

O conceito de violência abrange, além da agressão física, a negligência, a violência psicológica e o abuso sexual[1]. A violência doméstica é um fenômeno multicausal, constituído por muitas variáveis que afetam todos os níveis da sociedade e que exige intervenções de uma equipe multidisciplinar para possibilitar um atendimento integral à vítima. Constitui ainda uma realidade particularmente dolorosa quanto é impetrada contra a criança. Nesse caso, a violência doméstica é um dos eventos da vida que podem mudar, definitivamente, o comportamento de uma criança, em longo prazo. As consequências subsequentes podem criar traumas psicológicos, desenvolvendo nos jovens traços de personalidade ou atitudes de hostilidade, desconfiança e medo [2,3].

As estatísticas sobre a violência doméstica contra a criança destacam a relevância do problema. Em todo o país, os casos de violência, no ano de 2007, ocupavam a quinta causa de óbitos de crianças menores de um ano de idade, salientando a exigência de maior atenção dos profissionais de saúde nos atendimentos e nas internações de crianças vítimas desses eventos[4].

O diagnóstico dos maus-tratos na infância é difícil, uma vez que as crianças tendem a esconder a real causa das lesões, quer por medo, quer por afeto, já que os agressores geralmente são os pais ou responsáveis. Sendo assim, os profissionais que lidam com esse grupo, especialmente os trabalhadores da área da saúde, necessitam estar sempre atentos aos detalhes, que podem induzir à confirmação do diagnóstico[5]. A notificação não é um ato pessoal, mas sim legal. Normalmente, os profissionais de saúde são os primeiros a detectar a situação de violência e, considerando esse fato, devem notificá-la imediatamente. Quando o

profissional de saúde não se reconhece nesse papel, isso se torna um fator impeditivo para o encaminhamento e tratamento oportuno das vítimas de violência doméstica[1,6].

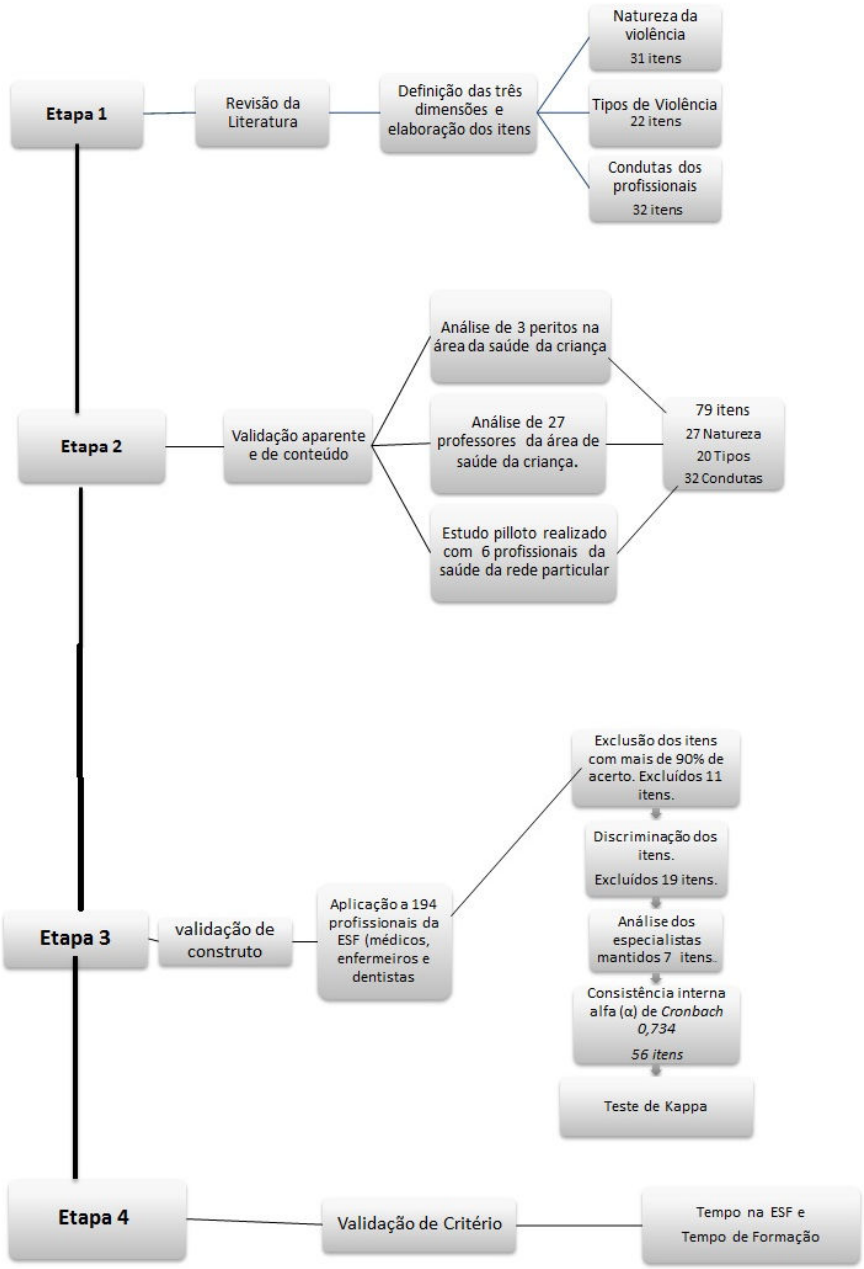
A ampliação dos serviços de atenção primária ocorrido no Brasil nos últimos anos, por meio do aumento do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma oportunidade de maior vigilância à violência doméstica. Em tese, essas equipes devem estar aptas ao enfrentamento das situações de violência, mas pouco se sabe sobre o conhecimento dessas equipes sobre o tema ou suas habilidades para abordagem do problema. É necessária a ampliação da capacidade para detecção das situações de violência que permitam a construção das redes sociais de apoio e o enfrentamento dessas situações[7].

Torna-se então importante avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra a criança. No entanto, os instrumentos utilizados para avaliar este conhecimento não são disponíveis. Embora existam instrumentos para avaliação das vítimas de violência psicológica, física e sexual, não foram identificados instrumentos voltados à avaliação dos profissionais de saúde[8,9]. Cabe ressaltar a importância de estudos que verifiquem o conhecimento dos profissionais para orientar as políticas de saúde pública e para combater a violência doméstica contra a criança. O presente estudo teve como objetivo elaborar e validar um instrumento para avaliação do conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança.

Método

O estudo consistiu no desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação do conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança. O processo seguiu quatro etapas:

1) identificação das dimensões relacionados a violência doméstica contra a criança 2) validação aparente e de conteúdo; 3) validação de construto e 4) validação de critério, conforme Fluxograma 1.



Fluxograma 1- Etapas de elaboração e validação do intrumento "Conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde".

Etapa 1- Identificação das dimensões relacionada à violência doméstica contra a criança

O levantamento dos itens que iriam compor o instrumento sobre "Conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde", foi baseado em materiais didáticos/artigos e em diretrizes nacionais e estaduais sobre abordagem da violência doméstica contra a criança[4,10]. Para identificação dos artigos, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores saúde da criança, violência doméstica, pessoal de saúde e saúde da família. A busca foi realizada entre março e maio de 2013, na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão para este estudo consistiram em artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que tratassem da abordagem do profissional de saúde em relação à violência doméstica contra a criança, publicados entre os anos de 2009 e 2013.

Foram definidas as dimensões consideradas importantes e relevantes para, em seguida, definir os objetivos operacionais. A síntese dos principais conteúdos resultou em 85 itens, agrupados nas três dimensões sendo 31 itens para a dimensão *natureza da violência*, 22 itens para *tipo de violência* e 32 itens para *condutas dos profissionais em relação à violência contra a criança*. As três dimensões consideradas no estudo e seus objetivos são apresentados no Quadro 1.

Os principais temas dentro de cada dimensão foram identificados e transformados em afirmativas curtas e objetivas, que passaram a se constituir em itens. Parte destes foi mantida como afirmativas verdadeiras, similares ao texto de referência e parte foi transformada em

assertivas falsas. Após cada afirmativa, foram organizadas as opções de resposta em escala tipo *Likert* de três níveis, *concordo, discordo e não sei.*

Quadro 1. Objetivos das dimensões do instrumento "Conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde".

Dimensão	**Objetivos**
Tipos de Violência	Avaliar os conhecimentos dos profissionais sobre a classificação da violência contra a criança
Natureza da Violência	Avaliar os conhecimentos dos profissionais sobre a identificação/diagnóstico da violência contra a criança
Condutas dos profissionais em relação à violência contra a criança	Avaliar os conhecimentos dos profissionais sobre os cuidados preconizados as crianças que sofrem violência.

Etapa 2- Validação aparente e validação de conteúdo.

O instrumento elaborado foi submetido à análise do conteúdo e da estrutura semântica por três especialistas na área: um médico doutor em pediatria e duas enfermeiras doutoras especialistas em saúde da criança. Eles avaliaram a presença ou ausência dos critérios de abrangência, objetividade e pertinência. Com este mesmo objetivo o instrumento foi aplicado a 27 professores dos cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde que ministram disciplinas relacionadas à saúde da criança. Após a análise dos especialistas e professores o intrumento foi reformulado, de acordo com orientações e sugestões dos mesmos e excluídos 6 itens, em seguida utilizado em um estudo piloto com seis profissionais de saúde da rede

particular de saúde do município a fim de checar a adequação e clareza na interpretação do instrumento.

Etapa 3- Validação de Construto

A versão preliminar com 79 itens do instrumento "Conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde" foi aplicada a 194 profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) cadastrados na ESF de Montes Claros, MG.

Em relação aos 79 itens, excluiram-se os itens respondidos corretamente por mais de 90% (muito fácil) e menos do que 10% (consideradas demasiado difícil) dos profissionais da ESF[11]. Fez-se a correlação de cada item com o escore médio do questionário completo, utilizando-se o ponto mínimo de corte de 0,2 para o coeficiente de correlação entre o escore médio total e cada item do instrumento, excluindo-se aqueles itens com valores inferiores[12]. Após análise de especialistas e dos pesquisadores foram mantidos sete itens considerados importantes em relação aos conteúdos abordados. Uma vez que a coerência interna diminui quando o instrumento é classificado por dimensões o mesmo foi tratado como uma única escala, assim o valor do α *Chronbach* foi calculado para o instrumento completo com 56 itens, o que reflete um nível satisfatório de consistência interna[13]. Após essa análise avaliou-se o índice de reprodutibilidade do questionário aplicando-se a versão reformulada para 30 profissionais entre os 194, em um intervalo de duas semanas. O teste *Kappa* foi aplicado para verificar a concordância entre os escores médios do teste-reteste dos itens do instrumento, sendo que para a classificação para o teste de concordância *Kappa* utilizam-se os seguintes parâmetros: pequena concordância <0,40; concordância regular 0,41 a 0,60; boa concordância 0,61 a 0,80 e excelente concordância > 0,80[14].

Etapa 4- Validação de Critério

Inicialmente foram calculados os escores através da soma dos valores atribuídos na escala tipo *Likert* dos itens que integravam o instrumento, atribuindo os seguintes valores para fins estatísticos: zero para resposta "não sei", +1 para resposta correta e -1 para resposta errada. Utilizando a fórmula de amplitude total, que é diferença entre o maior valor e o menor valor de um conjunto de dados ($W= X_n – X_1$), realizou-se a transformação dos escores na escala de 0 a 100. Nesse caso X_n representa o maior valor e X_1 o menor valor. Para o presente instrumento, a amplitude total seria igual a 112, pois W= 56 - (-56). Assim, com uso da fórmula Y=(X+56) x 100/112, efetuou-se a transformação de cada escore em escala centesimal, onde X é a pontuação final de cada questionário que pode variar de -56 a +56 e Y é o valor final na escala de 0 a 100[15].

Para classificação do nível de conhecimento utilizou-se a escala de 0 a 100 e definiu-se que escores iguais ou superiores a 70 pontos seriam considerados como satisfatórios e escores inferiores a 70 pontos seriam considerados com insatisfatórios.

Procedeu-se a comparação dos escores dos itens entre os subgrupos populacionais que, hipoteticamente, deveriam apresentar níveis diferentes de conhecimento, utilizando-se o teste *t-student*, com nível de significância de 5%. Esses grupos foram definidos a partir das características "tempo de graduação" e "tempo de atuação na ESF", sendo que essas variáveis foram dicotomizadas considerando a média geral de tempo na ESF e tempo de atuação no intuito de verificar o grau de eficácia do instrumento em predizer o desempenho específico do sujeito[16].

Os dados foram analisados pelo programa estatístico *IBM Software SPSS version 19.*

O estudo foi conduzido dentro dos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi voluntária, com a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, com o parecer nº 401.241/2014.

Resultados

Entre os profissionais que participaram do processo de validação houve um predomínio do sexo feminino (74,7%), a maioria era enfermeiros (42,8%), com menos de cinco anos de graduação (55,6%). A maior titulação referida foi a residência em saúde da família (37,6%), a a maioria tinha de um a cinco anos na ESF (44,3%) e quase metade (45,4%) já havia atendido casos de violência doméstica contra a criança.

Na elaboração do instrumento, a síntese dos temas identificados na literatura resultou em 85 itens. Após análise dos especialistas e professores, foram excluídos seis itens e os 79 restantes foram organizados, aleatoriamente, obedecendo a escala numérica tipo *Likert* de três níveis, com as seguintes opções *concordo, discordo e não sei.* Após aplicação aos 194 profissionais para validação do construto, foram excluídos mais 11 itens considerados muito fáceis ou muito difíceis, ou seja, conforme os acertos e erros por mais de 90% dos profissionais.

Restaram 56 itens, cuja análise do α *Cronbach* foi 0,734, o que reflete um nível satisfatório de consistência interna.

A tabela 1 apresenta o resultado da estatística *Kappa* no teste de reprodutibilidade do instrumento. Mais de 80% dos itens apresentaram concordância regular a excelente[12].

Tabela 1- Estatística *Kappa* para o teste de reprodutibilidade do instrumento em estudo. Montes Claros, MG, Brasil, 2014.

Kappa	**Itens**
<0,40	2,7,14,21,22,23,27,42,51,52,55
0,41 a 0,60	9,17,20,24,26,29,30,32,34,35,36,38,39,41,45,46,47,48,49,53,54
0,61 a 0,80	1,3,4,5,6,8,10,11,12,13,15,16,18,25,28,31,33,43,44,50,56
> 0,80	19,40

Os resultados da validação de critério, com base no tempo de atuação na ESF e no tempo de formação são apresentados na Tabela 2. Ambos os critérios utilizados mostraram associação estatísticamente significante.

Tabela 2- Escore médio de tempo na ESF e tempo de formação dos profissionais. Montes Claros, MG, Brasil, 2014.

Variáveis	**Média (d.p)**	**p-valor**
Tempo na Estratégia Saúde da Família		
Até 3 anos	70,40 (8,75)	0,039
>3 anos	73,02 (8,76)	
Tempo de Graduação		
Até 5 anos	70,44 (8,79)	0,037
>5 anos	73,09 (8,70)	

Discussão

O presente estudo possibilitou a construção de um instrumento válido, pois apresenta a obediência aos elementos considerados como chave na elaboração de um instrumento confiável e válido. Cumpriu-se a proposta de elaborar um intrumento que avaliasse o conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança, na prática dos profissionais de saúde, considerado importante para direcionar a implementação das ações para melhorar o atendimento a criança vítima de violência doméstica, uma realidade em vários núcleos familiares. O instrumento elaborado tem ainda o mérito de despertar o interesse do profissional de saúde sobre o tema, o que pode ser apontado como ponto positivo e que estimula a aproximação com o assunto, além de disso é instrumento simples, objetivo, relativamente curto e de fácil compreensão.

A carência de instrumentos que avaliassem o conhecimento sobre a violência doméstica pelos profissionais de saúde já havia sido verificada no primeiro levantamento bibliográfico, onde não se encontrou nenhum instrumento para avaliar o conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança, na prática dos profissionais de saúde. Em relação aos instrumentos existentes Schraiber e colaboradores realizaram um estudo com o objetivo de validar o instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres[8]. Grassi-Oliveira e colaboradores traduziram, adaptaram e validaram o conteúdo do questionário *Childhood Trauma Questionnaire*, que é aplicado em adolescentes e adultos, a fim de investigar história de abuso e negligência durante a infância[9].

O processo de elaboração seguiu rigorosamente os aspectos metodológicos e estatísticos recomendados[17-20], sendo a sua versão final com consistência interna satisfatória e confiabilidade. Seguindo os aspectos recomendados na *elaboração dos itens* como realizado no estudo de Paschoal e Tamayo os itens foram elaborados a partir da literatura[20], para *validação do conteúdo,* a análise semântica foi feita por uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população meta, verificando se os itens do instrumento são inteligíveis para o estrato mais baixo, assim o instrumento foi submetido à apreciação de peritos no assunto, os quais sugeriram, acréscimo ou modificação dos itens. Este mesmo processo foi realizado no estudo de Stelkoo-Pereira e colaboradores cujo objetivo do estudo era a validade e consistência interna do Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar – versão estudantes e situação semelhante realizada no estudo de Hermida e Araújo cujo objetivo foi elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem[21, 22].

Na *validação do construto,* as dimensões dos itens do instrumento deste estudo devem ser avaliadas simultaneamente, uma vez que a coerência interna diminui quando estas são analisadas individualmente e o valor do *α Cronbach* indica uma associação positiva quando um número maior de questões está associado. Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa realizada por Pinho e colaboradores[19]. *A validade de critério* mostrou significância quando se trata do tempo de formação e atuação na ESF em relação ao conhecimento, pois o desempenho do sujeito da pesquisa e o seu comportamento real estão relacionados.

No contexto estudado, destaca-se a importância do instrumento desenvolvido, já que o mesmo pode ser utilizado para verificação do conhecimento de profissionais atuantes e também pode ser utilizado por professores como ferramenta de verificação da aprendizagem.

Vários fatores contribuíram para o interesse de construção do instrumento, entre eles o fato que a temática da agressão e da violência em ambientes de aprendizagem formal têm ocupado o palco das discussões entre os estudiosos [24]. Há a necessidade de investimento na formação, instrumentalizando o profissional para identificar os casos de violência contra a criança precocemente[25]. Ressalta-se ainda a importância do profissional de saúde e membros das equipes da ESF estarem atentos na detecção de crianças vítimas de atos violentos e o discernimento e a responsabilidade de notificar os casos, mesmo que estes sejam apenas suspeitas[26].

Conclusão

A versão final do questionário apresentou consistência interna satisfatória e boa confiabilidade e reprodutibilidade, como mostrado na estatística do alfa *Cronbach* e no teste *Kappa* e no teste *t- student*.

O instrumento sobre a avaliação do conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança, na prática dos profissionais de saúde, apresentou-se válido. Pode ser considerado como uma ferramenta promissora para desenvolver ou direcionar as ações em saúde coletiva e políticas públicas de intervenção em relação à violência doméstica contra a criança, além de poder ser utilizado por professores como ferramenta de verificação da aprendizagem. O instrumento encontra-se ainda disponível para utilização em estudos posteriores.

Referências

1. Magalhães MLC, Reis JTL, Furtado FM, Moreira AMP, Filho FNFC, Carneiro PSMC, e*t al*. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. Femina. 2009; 37(10):547-551.
2. Ramos MLC, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. Saúde Soc. 2011 jan/mar; 20(1):136-146.
3. Marle HJCV. Violence in the family: an integrative approach to its control. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2010; 54(4):475-77.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Editora MS, 2012.273p.
5. Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Guimarães APD, *et al*. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. Rev. Bras. Pesqui. Saúde. 2011;13(2):17-23.
6. Meireles AE, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. Saude Soc. 2011 jan/mar; 20(1):147-155.
7. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva. 2009 mar/abr; 14(2): 477-486.
8. Schraiber LB, Latorre MRDO, França JI, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. Rev. Saúde Pública. 2010 aug; 44(4):658-666.

9. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. Rev. Saúde Pública. 2010 aug; 44(4):249-255.

10. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.

11. Whati LH, Senejkal M, Steyn NP, Nel JH, Lombard C, Norris S. Development of a reliable and valid nutritional knowledge questionnaire for urban South African adolescents**.** Nutrition. *2005***;** 21**:**76–85.

12. Steyn NP, Labaradios D, Nel JH, Heidi-Lee R. Development and validation of a questionnaire to test knowledge and practices of dietitians regarding dietary supplements. Nutrition. 2005; 21:51–58.

13. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314: 572.

14. Motta VT, Filho PFO. SPSS Análise de dados biomédicos. Medbook. ED. Científica LTDA. Rio de Janeiro- RJ. 2009.

15. Bussab, W. O. Moretin, P. A. Estatística Básica. Ed. Saraiva. 8 ed. 2013. São Paulo.

16. Pasquali Luiz. Psicometria. Rev. Esc. Enferm. USP [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Nov 23] ; 43(spe): 992-999. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002 Schmidt DRC, Dantas RAS. Análise da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, entre profissionais de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011 jan/fev; 19(1):42-49.

17. Guedes ES, Sousa RMC, Turrini RNT, Baltar VT, Cruz DALM. Adaptação e validação do instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem. Rev. Latino-Am.

Enfermagem. 2013 jan/fev;[acesso em 15 de julho de 2014]; 21(1):08 telas. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a16.pdf.

18. Pinho L, Moura PHT, Silveira MF, Botelho ACC, Caldeira AP. Development and validity of a questionnaire to test the knowledge of primary care personnel regarding nutrition in obese adolescents. BMC Family Practice 2013, 14:102.
19. Gomes-Villas Boas LC, Lima MLSAP, Pace AE. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014 jan/fev; 21(1).
20. Paschoal Tatiane, Tamayo Alvaro. Construção e validação da Escala de bem-estar no trabalho. Aval. psicol. [periódico na Internet]. 2008 Abr [citado 2014 Nov 22]; 7(1):11-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100004&lng=pt.
21. Stelko-Pereira AC, Williams LCA, Freitas LC. Validade e consistência interna do Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar: versão estudantes. Aval. psicol. [periódico na Internet]. 2010 Dez [citado 2014 Nov 22] ; 9(3): 403-411. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000300007&lng=pt.
22. Hermida, PMV, Araujo, IEMA. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59: 314-20.
23. Oliveira-de-Carvalho F, Frota AMMC. Atos agressivos e violência contra crianças na educação infantil: análise de pesquisas do período 2000 a 2011. Rev. Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília. 2013 nov;12:136-162.

24. Gabatz RIB, Padoin SMM, Neves ET, Schwartz E, Lima JFL. A violência intrafamiliar contra a criança e o mito do amor materno: contribuições da enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2013; 3(Esp.):563-572.

25. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, Munari DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. Cienc. enferm. 2012 ago; 18(2):41-49.

Apêndice

Instrumento Final

	Concordo	Não Sei	Discordo
1. A Síndrome de Munchausen é modalidade de violência perpetrada por familiares	X		
2. Problemas alimentares são indicadores de criança vítima de violência psicológica.	X		
3. Desconforto anal pode ser um sinal de violência física.			X
4. Insegurança excessiva e hostilidade são sinais de violência psicológica	X		
5. Cicatriz é um sinal de violência física.	X		
6. Queimaduras são sinais de violência física.	X		
7. Privação de medicamentos é uma forma de negligência.	X		
8. No caso de violência física, queimaduras por imersão em líquido fervente são utilizadas como forma de castigo.	X		
9. Familiares que simulam uma sintomatologia e fazem com que a criança seja submetida a inúmeras investigações médicas estão praticando um tipo de violência.	X		
10. Em caso de violência física, o local do corpo mais acometido é o esqueleto.			X
11. Para crianças menores, uma modalidade de violência física é a síndrome do bebê sacudido.	X		
12. O períneo queimado pode ser consequência de banhos de assento em água fervente, como treino de controle de esfíncteres.	X		
13. Fratura é um sinal de violência física.			
14. Trajes inadequados e higiene insuficiente são indícios de violência psicológica.			X
15. Suicídio e gravidez precoce podem ser consequências da violência sexual.	X		
16. Secreções vaginais ou penianas podem ser indicadores de violência sexual na criança.	X		
17. O profissional de saúde deverá fazer a identificação das vítimas de violência somente em um serviço de saúde.			X
18. Aparência descuidada e suja é indicador de maus tratos.	X		
19. Ausência de um dos responsáveis é um fator de risco para a violência infantil, relacionado às características familiares.	X		

20. Crianças nascidas de gravidez indesejada e/ou precoce têm maior probabilidade de sofrer violência.	X		
21. Aceitação de punição corporal é um fator de risco relacionado às características culturais.	X		
22. É um indicador na conduta dos pais agressores a despreocupação com a criança.	X		
23. Relações sociais pobres são fatores de risco relacionados às características familiares.			X
24. Recém-nascidos, lactentes ou deficientes físicos têm menor probabilidade de sofrer violência.			X
25. Crianças doentes crônicas e deficientes considerados como problema para os responsáveis têm maior probabilidade de sofrer violência.	X		
26. Habilidades interpessoais pobres são um fator de risco relacionado as características do agressor.	X		
27. Rejeitar tentativas de aproximação afetiva é um comportamento da família da criança vítima de violência.	X		
28. Desnutrição e problemas de aprendizagem são indicadores de maus-tratos.	X		
29. Pode ser um indicador de violência sexual na criança a dificuldade de caminhar.	X		
30. Crianças abusadas costumam adotar a conduta do “muro do silêncio”.	X		
31. É um indicador na conduta dos pais agressores em relação a violência a exigência de perfeição	X		
32. É um indicador de violência sexual na criança, limpeza compulsiva	X		
33. A ausência de políticas públicas de proteção para crianças e famílias aumenta os casos de violência.	X		
34. O Estatuto da Criança e do Adolescente contém determinações que protegem contra a violência doméstica.	X		
35. A Lei Maria da Penha, apesar de ser conhecida como uma lei de proteção à mulher, também se aplica à violência contra a criança.	X		
36. São indicadores de maus-tratos: tristeza e abatimento profundo	X		
37. Durante a anamnese, é frequente o acompanhante, ao repetir a história, cair em contradições	X		
38. No atendimento à criança vítima de violência, o profissional deve proteger a criança e reiterar que ela não tem culpa.	X		
39. O profissional deve focar o atendimento somente no que estiver diretamente relacionado com violência.			X
40. Durante uma abordagem com a criança, o profissional deve buscar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida.			X
41. O profissional que acolhe a criança deve dizer que ela agiu corretamente ao decidir relatar o ocorrido.	X		

42. No atendimento, o profissional deverá informar à criança que, se ela está sofrendo violência, deverá contar isso a outras pessoas, pois só assim poderão protegê-la.	X		
43. Identificada a violência pelo enfermeiro, ele deve encaminhar ao médico, para notificação.			X
44. O profissional deve fazer, sempre que necessário, perguntas sugestivas no atendimento à criança vítima de violência.			X
45. A intervenção do Conselho Tutelar exige a interrupção do atendimento iniciado pelo profissional de saúde que encaminhou o caso.			X
46. Os casos de suspeita de maus-tratos contra criança deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar.	X		
47. Os registros devem conter o tipo de violência, local de ocorrência e informações sobre o possível agressor.	X		
48. Os profissionais de saúde devem notificar os casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	X		
49. Os casos de maus-tratos contra criança deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar.	X		
50. Após suspeita de alguma violência, deve ser feita comunicação ao Centro de Referência em Assistência Social – CRAS.	X		
51. Notificações sobre violência infantil deverão ser feitas somente nas localidades onde existir o Conselho Tutelar.			X
52. O auxiliar de enfermagem e o técnico não podem fazer notificação de violência contra a criança.			X
53. A notificação de violência ao Conselho Tutelar deve ser feita após confirmação do caso.			X
54. O Agente Comunitário de Saúde, diante de uma suspeita de violência, não deve notificar ao Conselho Tutelar sem anuência de sua equipe de trabalho.			X
55. O profissional de saúde que apresentar alguma notificação de violência poderá ser processado pela família.			X
56. Diante de situações de abuso sexual, a equipe de saúde também deve cuidar do abusador, que, geralmente, repete um comportamento sofrido na infância.	X		

4.2 ARTIGO 2

Violência doméstica contra a criança: Avaliação do conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à violência doméstica contra a criança. **Métodos**: Trata-se de um estudo descritivo, analítico e quantitativo. Os dados foram coletados no período de abril a julho de 2014 por meio de aplicação de um instrumento à 194 profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, atuantes na ESF de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Os dados foram analisados por um programa estatístico e o estudo foi fundamentado na estatística descritiva e na realização de testes estatísticos para análise comparativa entre as variáveis escalares. **Resultados:** Dos profissionais da ESF 35,6% apresentaram conhecimento insatisfatório em relação à violência doméstica contra a criança. **Conclusão:** Elevado número de profissionais apresentaram conhecimento insatisfatório, verifica-se então a necessidade de uma formação profissional mais abrangente e avanço na construção de conhecimentos em relação a temática.

Descritores: Violência Doméstica; Maus- Tratos Infantis; Saúde da Criança; Profissional de Saúde; Saúde da Família

Introdução

A violência na infância e adolescência constitui um grave problema social e de saúde pública, sendo responsável por um número crescente de atendimentos nos serviços públicos de saúde[1]. Trata-se de um fenômeno multicausal, constituído por muitas variáveis que afetam todos os níveis da sociedade e que, por isso, exige intervenções de uma equipe multidisciplinar para possibilitar um atendimento integral à vítima. Constitui ainda, uma realidade dolorosa e traz prejuízos de ordem física e psicossocial, pois as experiências vividas na infância refletem na vida adulta[2].

Dentre os tipos de violência que as crianças podem sofrer, merecem destaque a violência física, sexual, psicológica e a negligência. A violência física é aquela que ocorre com intenção, sendo exercida por sujeitos que têm relação de poder sobre a criança com uso da força ou de ameaças, provocando ou não lesão corporal[3,4]. A violência sexual compreende

o abuso e a exploração sexual. Ambos estão relacionados à obtenção de gratificação sexual por um adulto, sendo a criança induzida ou forçada a práticas sexuais de que ela não tem entendimento, com ou sem violência física associada. A exploração sexual envolve abuso praticado por adultos com uso de remuneração, em espécie, às vítimas ou a uma terceira pessoa[1]. A violência psicológica conceitua-se como um padrão de interferência negativa do agressor com atitudes, palavras ou ações que possuam potencial para causar danos ao desenvolvimento emocional da criança ou do adolescente[1,4]. Negligência é a omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento físico, mental e social, sendo o abandono a forma extrema dessa forma de violência[5].

O Ministério da Saúde orienta que a adequada abordagem da violência contra a criança deve incluir a notificação oportuna por profissionais de saúde, no sentido de uma proteção mais precoce para a criança vítima de violência. A criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde em 1994, abriu diferentes possibilidades de atuação do setor saúde frente ao problema da violência doméstica. Desde a sua implantação, tem-se buscado a aproximação entre as equipes e a real necessidade de indivíduos e famílias[6].

Na atenção primária à saúde, os profissionais possuem papel definido na atuação contra a violência doméstica e um local de atuação bastante apropriado para detecção precoce dos casos[4]. Os profissionais devem estar atentos à questão da violência infantil no atendimento nas unidades básicas de saúde, observando seus limites, sua identificação e maneiras de encaminhamento e solução do problema[7]. É tarefa da equipe de saúde identificar os serviços disponíveis na comunidade e que contribuam com a assistência às vítimas de violência doméstica como: delegacias especializadas, Instituto Médico Legal (IML), Conselho Tutelar, Ministério Público, entre outros[1-8].

É fundamental incluir no processo de formação e capacitação dos profissionais, membros das equipes da ESF, conhecimentos que lhes permitam maiores acertos diante do problema da violência infantil. Uma formação adequada pode evitar que os casos dessa natureza sejam negligenciados ou se agravem pela demora na assistência [9].

Partindo-se do princípio de que o conhecimento dos profissionais de saúde é fundamental em relação violência doméstica contra a criança este estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos profissionais da ESF em relação à violência doméstica contra a criança.

Métodos

Trata-se de estudo quantitativo, exploratório e analítico. Os dados foram coletados, no período de abril a julho de 2014 por meio de um instrumento com questões relacionadas ao conhecimento sobre violência doméstica contra a criança a 194 profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas) atuantes na Estratégia Saúde da Família. Os critérios de inclusão para participarem do estudo foi ser profissional cadastrado nas equipes de saúde da família, ser médico ou cirurgião dentista ou enfermeiro, ser encontrado nas unidades de saúde da família até a terceira tentativa, aceitar participar da pesquisa mediante consentimento. Foi solicitado a anuência dos participantes pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se um formulário de identificação com dados de gênero, graduação, tempo de conclusão da graduação, tipo de instituição de conclusão da graduação, maior titulação, tempo de atuação na estratégia saúde da família, abordagem de conteúdos sobre a violência doméstica na graduação, curso de capacitação sobre a temática, atendimento à criança vítima de violência e utilização da linha guia no atendimento a criança vítima de violência doméstica. As informações foram coletadas por meio de um formulário de identificação. Foram apresentadas 56 questões sobre tipos de violência, natureza da violência e conduta dos profissionais, os itens deveriam ser assinalados com uma das opções "concordo", "discordo" e "não sei", sendo atribuídos os seguintes valores para fins estatísticos: zero para resposta não sabe, +1 para resposta correta e -1 para resposta errada, ou seja, o itens corretos poderiam ter como resposta a opção *concordo* em alguns deles e a opção *discordo* em outros. Inicialmente foram calculados os escores através da soma dos valores atribuídos na escala tipo *Likert.* Utilizando a fórmula de amplitude total, que é diferença entre o maior valor e o menor valor de um conjunto de dados ($W= X_n - X_1$), realizou-se a transformação dos escores na escala de 0 a 100. Nesse caso X_n representa o maior valor e X_1 o menor valor. Para o presente instrumento, a amplitude total seria igual a 112, pois W= 56 - (-56). Assim, com uso da fórmula Y=(X+56) x 100/112, efetuou-se a transformação de cada escore em escala centesimal, onde X é a pontuação final de cada questionário que pode variar de -56 a +56 e Y é o valor final na escala de 0 a 100. Para classificação do nível de conhecimento utilizou-se a escala de 0 a 100 e definiu-se que escores iguais ou superiores a 70 pontos seriam considerados como satisfatórios e escores inferiores a 70 pontos seriam considerados com insatisfatórios[10].

As respostas aos itens, tempo de graduação e tempo na ESF foram dicotomizadas, respectivamente em: menor ou igual a 5 anos e maior que 5 anos, menor ou igual a 3 anos e maior que 3 anos. Os testes estatísticos utilizados foram *qui-quadrado*, para comparação de proporções e teste *t de Student* para comparação entre médias. Na definição de variáveis associadas, foram calculados os *odds ratio* (OR) com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Os dados foram analisados pelo programa estatístico *IBM Software SPSS version 19.*

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 194 profissionais participantes do estudo 74,7% (145) eram do sexo feminino, 26,2% (52) eram médicos, 42,8% (83) enfermeiros e 30,4% (59) cirurgiões dentistas. Quanto ao tempo de conclusão da graduação 55,6% (108) haviam concluído há menos de cinco anos e 37,6% (73) informaram que a maior titulação era a residência em saúde da família ou em medicina de família e comunidade.

Em relação aos atendimentos dos casos de violência, 45,4% dos profissionais relataram já ter atendido casos de violência contra crianças, sendo 23,6% casos de violência física, 22,2% sexual, 25,4% psicológica e 28,5% negligência. Em relação aos cursos de capacitação sobre a temática, 92% dos profissionais nunca tiveram, e 49,5% não utilizavam ou utilizavam apenas ocasionalmente as diretrizes estaduais sobre abordagem da violência doméstica contra a criança no atendimento às crianças vítimas de violência doméstica.

Na classificação do nível de conhecimento 64,4% dos profissionais apresentaram escores iguais ou superiores a 70 pontos e foram considerados com conhecimentos satisfatórios e 35,6% dos profissionais com escores inferiores a 70 pontos sendo considerados com conhecimentos insatisfatórios. Dentre os 56 itens, em 9 foram observadas discordâncias em relação ao que é proposto no manual das diretrizes e nas portarias que abordam sobre violência doméstica contra a criança (Tabela 1).

Tabela 1-Conhecimento dos profissionais da ESF em relação à violência doméstica contra a criança. Montes Claros, MG, Brasil, 2014.

Questões	Acerto N (%)	Não Sabe	Erro N (%)
O profissional de saúde deverá fazer a identificação das vítimas de violência somente em um serviço de saúde.	164 (84,5)	06 (3,1)	24(12,4)
Cicatriz é um sinal de violência física.	80(41,2)	17 (8,8)	97 (50)
Identificada a violência pelo enfermeiro, ele deve encaminhar ao médico, para notificação.	51 (26,3)	47 (24,2)	96 (49,5)
A intervenção do Conselho Tutelar exige a interrupção do atendimento iniciado pelo profissional de saúde que encaminhou o caso.	137 (70,6)	44 (22,7)	16 (6,7)
Os profissionais de saúde devem notificar os casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)	108 (55,7)	82 (42,3)	04 (2,1)
O auxiliar de enfermagem e o técnico não podem fazer notificação de violência contra a criança.	109 (56,2)	55 (28,4)	30 (15,5)
A notificação de violência ao Conselho Tutelar deve ser feita após confirmação do caso.	99 (51)	38 (19,6)	57 (29,4)
O Agente Comunitário de Saúde, diante de uma suspeita de violência, não deve notificar ao Conselho Tutelar sem anuência de sua equipe de trabalho.	67 (34,5)	47 (24,2)	80(41,2)

Em relação aos conteúdos sobre violência doméstica contra a criança, 98 (48,5)% informaram ter sido ministrados conteúdos na graduação. A análise e classificação do conhecimento está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2-Análise bivariada de associação em relação ao conhecimento dos profissionais da ESF em relação à violência doméstica contra a criança. Montes Claros, MG, Brasil, 2014.

Variáveis	Conhecimento				
	Insatisfatório	Satisfatório	OR	IC 95 %	p-valor
	N (%)	N (%)	Bruta		
Sexo					
Feminino	52(35,8)	93(64,2)	1,052	0,534- 2,076	1,000
Masculino	17(36,7)	32 (63,3)			
Tipo de Instituição de Graduação					
Pública	28(32,1)	59(67,9)	0,764	0,421-1,381	0,451
Privada	41(38,3)	66(61,7)			
Tempo de Graduação					
≤ 5 anos	48(44,4)	60(55,6)	2,476	1,330-4,259	0,004
>5 anos	21(30,8)	65(69,2)			
Conteúdos sobre violência doméstica na graduação					
Sim	31(32,6)	64(67,7)	0,778	0,431- 1,403	0,454
Não	38(38,3)	61(61,7)			
Curso de capacitação sobre o tema					
Sim	5(31,2)	11(68,8)	0,810	0,289-2,434	0,791
Não	64(35,9)	114(64,1)			
Tempo na ESF					
≤ 3 anos	46(44,2)	58(55,8)	2,310	1,253- 4,259	0,007
> 3 anos	23(25,5)	67(74,5)			
Atendimento a criança vítima de violência doméstica					
Sim	29(28,8)	61(71,2)	0,761	0,420- 1,376	0,372
Não	40(38,4)	64 (6162)			

Discussão

No presente estudo foi possível estimar que parte considerável dos profissionais (35,6%) encontra-se na classificação do conhecimento insatisfatório. Tal situação evidencia um desconhecimento dos profissionais sobre a temática, o que pode interferir na condução adequada, pois cabe aos profissionais não somente cuidar das consequências que a violência deixa na criança, mas também assumir seu papel social, ético e profissional em relação à proteção às crianças[(2)].

Registrou-se uma distribuição muito homogênea em relação aos diversos tipos de violência já atendidos pelos profissionais. Mas é importante ressaltar que os casos de

violência psicológica devem considerar os traumas tidos como subjetivos (traumas psicológicos e emocionais), que podem repercutir em outras áreas do desenvolvimento infantil. As dificuldades de aprendizagem e desenvolvimento, por exemplo, merecem atenção especial do profissional de saúde, que muitas vezes não relaciona tais situações à violência doméstica contra a criança[12], pois a violência psicológica pode não ser pontuada e seus atos considerados comuns, como parte do processo de criação da criança. Dessa forma, a violência psicológica passa quase despercebida, especialmente quando a marca física é visível[2]. É importante ressaltar também que os tipos de violência contra a criança, física, psicológica, sexual e negligência não se apresentam sozinhos, cada um deles pode estar associado a outros[7].

Em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde elaborou uma linha guia com o objetivo de aumentar o conhecimento e direcionar melhor a atenção e as condutas em relação à saúde da criança. Este manual contempla orientações específicas em relação à violência na infância. Contudo, observou-se que o material não foi utilizado com frequência. Sugere-se então, que apesar da temática ser muito bem abordada neste manual, muitos profissionais ainda entendem a violência doméstica contra a criança como somente uma responsabilidade policial e não de saúde, sendo de extrema necessidade a participação das instituições de saúde no enfrentamento desse problema, criando um elo fundamental com finalidade de proteção e acompanhamento à criança vítima de violência[1-11]. Pensa-se numa nova forma de abordar a violência contra a criança dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)[9].

A falta de conhecimento dos profissionais compromete as medidas de detecção precoce além da impossibilidade de implantação de medidas para minimizar os efeitos de violências sofridas. Pontua-se então, a importância do profissional da ESF estar atento na detecção de que uma criança está sendo vítima de atos violentos e o discernimento e a responsabilidade de notificar os casos mesmo que estes sejam apenas suspeitas[9]. A notificação é essencial, pois além de possibilitar a interrupção do abuso, protege e presta assistência às vítimas e familiares, além de oferecer informações para avaliação da situação, favorecendo o entendimento e o enfrentamento do fenômeno[13].

O acolhimento da criança e da família em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção de saúde como uma ação contínua em todo o percurso da atenção na rede de cuidado e de proteção social [4]. Neste estudo observou-se que os profissionais já identificaram casos de violência, ou seja, ela faz parte da realidade de muitas famílias e para isso os profissionais devem estar preparados para atuar em todos os

locais onde se possam permear situações de violência. Apesar desta consideração, alguns profissionais ainda relatam que a identificação das vítimas de violência deverá ser somente em um serviço de saúde. A partir disso, supõe-se então que parte dos profissionais ainda associa que a vítima é quem deve procurar a unidade de saúde para atendimento, mas cabe ressaltar que durante as visitas domiciliares os profissionais são mais propensos a deparar com mais casos de maus tratos do que aqueles que atendem em clínicas[14].

A violência contra a criança é tratada ainda por muitos profissionais apenas em seus sinais visíveis (hematomas, fraturas, lesões), sendo os sinais pouco visíveis em parte das situações ignorados[12]. Algumas alterações físicas são consideradas sinais de violência, a cicatriz pode ser considerada como um sinal de violência. Apesar de estar relacionada a outras possíveis alterações este sinal deve despertar atenção nos profissionais, pois são possíveis sequelas de violências sofridas pelas crianças.

Quando os profissionais encaminham as crianças, comentam que às vezes se sentem inaptos, ou não querem se envolver no tratamento das vítimas, conduzindo-as para uma instituição juridicamente preparada para lidar com esse tipo de ocorrência[7]. Alguns profissionais, ainda acreditam que a intervenção do conselho tutelar exige a interrupção do atendimento iniciado pelo profissional de saúde que realizou o encaminhamento. Cabe pontuar que a criança deve ser encaminhada e acompanhada para um serviço especializado, identificado como referência, mesmo depois da notificação. As funções dos conselhos não substituem as da equipe de saúde, no acompanhamento terapêutico de cada caso[4].

Parte dos profissionais refere que a notificação de violência ao Conselho Tutelar deve ser feita após confirmação do caso, sendo que para situações de violência infantil a mera suspeita já deve ser notificada, pontuando que a notificação não é sinônimo de denúncia[16]. Pode-se associar que esse desconhecimento ou descrença dos profissionais de saúde em relação a atuação dos conselhos tutelares está associado a precária infra–estrutura, tais como a falta de salas de atendimento adequadas, de fichas de registro padronizadas e de sistemas de informatização, falta de capacitação dos conselheiros, a coleta de dados falha, dificultando assim a compreensão e o encaminhamento adequado dos casos[15].

Para organização dos atendimentos e encaminhamentos, devem ser criados mecanismos de supervisão e comprometimento de todos os profissionais, e os mesmos devem ser reforçados, pois as políticas prioritárias e de eficaz proteção a essa faixa etária tão vulnerável e frágil em suas estruturas devem ser anunciadas e atuantes. Somente assim haverá um compromisso social satisfatório que sustentará essa rede global de proteção efetiva aos direitos da criança, além do envolvimento multiprofissional, ressalta-se que a notificação ao

conselho tutelar pode ser feita por qualquer pessoa e de forma anônima. A notificação compulsória ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação é uma comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de casos de violência contra a criança [16].

É importante que as instituições formadoras e os serviços de saúde se preocupem em incluir, no processo de formação e capacitação dos profissionais, conhecimentos que lhes permitam identificar de maneira correta as características e os demais aspectos relacionados à violência infantil[9]. Neste estudo não é possível saber se os temas não foram, de fato, discutidos ou se os profissionais não o valorizaram de forma significativa. De qualquer forma, espera-se que o graduado esteja preparado, habilitado e tenha conhecimentos para definir violência, entender como ocorre e saber ouvir antes de intervir[5].

A capacitação específica e adequada faz com que os casos de violência deixem de ser negligenciados e se agravem pela demora na assistência, já que, muitas vezes, são passados adiante sem os devidos encaminhamentos ou soluções[9]. Apesar de não ter sido a realidade da maior parte dos profissionais deste estudo, o investimento na formação é fundamental a fim de preparar o profissional para atuar, identificando precocemente e sendo capaz de intervir nos casos de violência contra a criança [12]. Pontua-se então, a importância do profissional da ESF estar atento na detecção de que uma criança está sendo vítima de atos violentos e o discernimento e a responsabilidade de notificar os casos [9].

Observou-se em outro estudo que as maiores dificuldades dos profissionais dizem respeito à identificação e encaminhamento de situações de violência doméstica contra a criança, destacando a limitação para sua resolução em função de medos implícitos nas relações profissional-família-comunidade. A falta de conhecimento apropriado desses profissionais causa sensação de impotência e frustração e evidencia que a ESF tem de avançar no atendimento dos casos, pois associado a isso, parte dos profissionais responsabiliza a família pelo silêncio como se coubesse apenas a ela a denúncia de situações que envolvem esse tipo de violência. Muitas vezes, porém, a família também é refém do medo[2].

O tempo de atuação na ESF mostrou-se com fator associado ao maior grau de conhecimento dos profissionais, pois quanto maior o tempo na ESF maior foi o conhecimento dos profissionais. Isso reforça a importância da proximidade e do envolvimento que os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm com o passar do tempo e consequentemente o aumento da relação com a comunidade e com as famílias na questão da promoção e prevenção da violência doméstica contra a criança.

Outro ponto importante deste estudo foi a relação do conhecimento com o tempo de formação, pois apresentaram um conhecimento maior os profissionais com maior tempo de formação. Supõe-se que tal fato esteja ligado a experiência profissional, além da prática diária de atuação destes profissionais, que lhes permite agregar um bagagem prática de conhecimento relacionado a violência doméstica contra a criança. O profissional da ESF tem um papel importante no enfrentamento do fenômeno, uma vez que está envolvido em todas as etapas da violência intrafamiliar contra as crianças, desde a prevenção até o cuidado das vítimas. Assim, é de suma importância uma equipe multidisciplinar com bom conhecimento, para agir de maneira intersetorial e promover programas, projetos e campanhas, que visem não só notificar e denunciar a ocorrência das violências, mas também prevenir por meio da reformulação e reconstrução de novos valores[17].

A violência doméstica, muitas vezes vista como algo transitório, pode ser bastante grave, fazendo com que a criança seja condenada a viver a sua vida com marcas indesejadas, definindo o seu caráter e a fazendo, assim, assumir um papel diferente do que seria o natural dela[21]. Conhecer a história da violência vivida poderá servir como forma de proteção e evitar continuação dos maus tratos. Para isso se faz necessário uma melhor articulação no processo de formação, com maior integração entre os setores de educação, saúde, assistência social e judiciário na identificação e encaminhamento adequado dos casos[15]. Novos estudos podem permitir uma visão ampliada dos conhecimentos a atitudes dos profissionais de saúde sobre esse tema e devem ser estimulados em todo o país.

Conclusão

Neste estudo, observou-se que parte dos profissionais da ESF teve um conhecimento insatisfatório em relação a violência doméstica contra a criança, verificando assim a necessidade de uma formação mais abrangente em relação a este conteúdo. Além disso, destaca-se a importância de estudos com abordagem qualitativa, evidenciando assim as necessidades subjetivas dos profissionais e novas formas de preparo e capacitação profissional.

Referências

1. Magalhães MLC, Reis JTLD, Furtado FM, Moreira AMP, Cardoso Filho FNF, Carneiro PSM *et al*. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. Femina. 2009;37(10):547-551.

2. Ramos MLCO, Silva AL. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. Rev. Saúde Soc. São Paulo. 2011 Jan/Mar;20(1):136-146.
3. Assis ER, Ferreira EB. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Adolesc Saude. 2012 Abr/Jun;9(2):53-59.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Editora MS, 2012.273p.
5. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 Jul/Ago;14(4). 625-631.
6. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(7):3285-3296.
7. Andrade EM, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. Rev. Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20(1):147-155.
8. Marle HJCV. Violence in the family: An integrative approach to its control. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2010 Ago;54(4):475-77.
9. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, Munari DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. Cienc. enferm. 2012 Ago;18(2):41-49.
10. Bussab, W. O. Moretin, P. A. Estatística Básica. Ed. Saraiva. 8 ed. 2013. São Paulo.
11. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.
12. Gabatz RIB, Padoin SMM, Neves ET, Schwartz E, Lima JFL. A violência intrafamiliar contra a criança e o mito do amor materno: contribuições da enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2013;3(Esp.):563-572.
13. Silva PA, Lunardi VL, Lunardi GL, Arejano CB, Oliveira AMN, Vasque TCS. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: análise reflexiva sobre as dificuldades e a atuação da enfermagem. Rev enferm UFPE on line. 2014;8(supl. 1):2498-506.

14. Davidov DM, Nardoff MR, Jack SM, Coben JH, NFP IPV Research Team. Nurse Home Visitors' Perspective of Mandatory Reporting of Children's Exposure to Intimate Partner Violence to Child Protection Agencies. Public Health Nurs. 2012 Sep/Oct;29(5):412-423.

15. Romaro RA, Capitão CG. A violência doméstica contra crianças e adolescentes. Psicol. Am. Lat. 2007 Abr;(9).

16. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União 9 jun 2014; Seção 1.

17. Matoso MBL, Matoso LML, Rocha EMP, Carvalho BGS. Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: o papel do profissional de enfermagem e serviço social. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2014;6(13):73-89.

5 CONCLUSÕES

Diante da violência contra criança muitos profissionais ainda procuram os sinais visíveis tais como hematomas, fraturas e lesões, e os sinais que não são visíveis como os traumas psicológicos e a negligência podem ser ignorados. O profissional da ESF tem papel fundamental na prevenção dos casos de violência e na intervenção e acompanhamento das sequelas deixadas em crianças que sofreram violência.

O instrumento desenvolvido apresenta a obediência aos elementos considerados como chave na elaboração de um instrumento confiável e válido. Sendo assim cumpriu-se a proposta de elaborar um intrumento que avaliasse o conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança, na prática, considerado importante para direcionar a implementação das ações para melhorar o atendimento a criança vítima de violência doméstica, já que a esta é uma realidade em vários núcleos familiares.

Neste estudo, parte significativa dos profissionais de saúde avaliados apresentou conhecimento insatisfatório em relação à violência doméstica contra a criança. Verificou-se então, a necessidade de uma formação mais efetiva em relação ao conteúdo. A ausência de instrumentos apropriados para avaliação do conhecimento dos profissionais sobre as características da violência doméstica contra a criança foi notada pelos autores por ocasião da realização do primeiro levantamento bibliográfico.

É importante destacar que os serviços de saúde e os gestores devem incluir no processo de formação e capacitação dos profissionais, a Educação Permanente em saúde com temas que lhes permitam aperfeiçoar habilidades, atitudes e competências no manejo correto da abordagem da violência doméstica contra crianças.

Destaca-se a importância de estudos com abordagem qualitativa e a inclusão da temática nas grades curriculares dos cursos de graduação, evidenciando assim as necessidades subjetivas dos profissionais da ESF e novas formas de preparo e capacitação destes profissionais.

REFERÊNCIAS

1. ALGERI, S.; SOUZA, L.M. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem**.** *Rev Latino-am Enfermagem***,** v. 14, n. 4, jul/ago 2006.

2. ANDRADE, E.M. *et al.* A Visão dos Profissionais de Saúde em Relação à Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Soc. São Paulo***,** v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.

3. ASSIS, E.R., FERREIRA E.B. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Adolesc Saude*. v. 9, n.2, p. 53-59. 2012

4. AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Iglu, 2001.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. *Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília: Editora MS, 2012.273p.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, DE 12 de dezembro de 2012.

7. BRITO A.M.M., *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 10, n 1, p. 143-149. 2005.

8. GARBIN, C.A.S. *et al.* Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde*, v. 13, n. 2, p. 17-23, 2011.

9. GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L.M.; PEZZI, J.C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev. Saúde Pública***,** v. 44, n. 4, p. 249-255, ago 2010.

10. GUEDES, E.S. *et al.* Adaptação e validação do instrumento Posições sobre o Processo de Enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 21, n. 1, 08 telas, jan/fev 2013.

11. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http:// www.ibge.gov.br.> Acesso em: 18 de março de 2013.

12. LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm***.** Porto Alegre (RS), v. 32, n. 3, p. 546-53, 2011.

13. MAGALHÃES, M.L.C. *et al.* O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. *Femina,* v. 37, n. 10, p.547-51, 2009.

14. MARLE, H.J.C.V. Violence in the family: an integrative approach to its control. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, v. 54, n. 4, p. 475-77, 2010.

15. PHILLIPS, B.; PHILLIPS, D.A. Learning from youth exposed to domestic violence: Decentering DV and the primacy of gender stereotypes. *Violence Against Women*. v. 16, n. 3, p. 291-312, 2010.

16. RAMOS, M.L.C.; SILVA, A.L. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc*, v. 20, n. 1, p. 136-146, 2011.

17. ROCHA, P.C.X.; MORAES, C.L. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva***,** v. 16, n. 7, p. 3285-3296, 2011.

18. SALIBA, O. *et al.* Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 472-477, jun 2007.

19. SANTOS, J. V dos. Microfísica da violência, uma questão social mundial. In: *Ciência e Cultura (on line)*. São Paulo, v. 54, n.1, p.22-24, Jun-Set 2002.

20. SCHRAIBER, L.B. *et al.* Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev. Saúde Pública*, v. 44, n. 4, p. 658-666, ago 2010.

21. STEEN, J.A. The Perceived Impact of a Child Maltreatment Report From the Perspective of the Domestic Violence Shelter Worker. *J of Interp Viol***,** v. 24, n. 11, p. 1906-18, nov 2009.

22. TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 2, p. 477-486, mar/abr 2009.

23. ZANELATTO, P.F. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família**.** *Cienc. Enferm*, v. 18, n. 2, p. 41-49, ago 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados

AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA **CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**
Questão 01
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
Questão 02
Graduação: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Cirurgião dentista
Questão 03
Tempo de conclusão da graduação em anos:
Questão 04
Instituição de conclusão da graduação: ( ) Pública ( ) Privada
Questão 05
Assinale a sua maior titulação: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Residência em Saúde da Família ( ) Mestrado ( ) Doutorado
Questão 06
Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família em anos:
Questão 07
Na sua graduação foram ministrados conteúdos sobre a abordagem do atendimento à criança vítima de violência doméstica? ( ) Sim ( ) Não
Questão 08
Se sim. Qual o enfoque? ( ) Na Atenção Primária á saúde ( ) No atendimento de Urgência e emergência ( ) Na unidade pediátrica ( ) Na atenção secundaria- ambulatório e outros;
Questão 09
Possui curso de capacitação e/ou aprimoramento na área de abordagem à violência doméstica contra a criança? ( ) Sim ( ) Não
Questão 10
Na sua prática profissional você já identificou alguma criança vítima de violência doméstica? ( ) Sim ( ) Não
Questão 11
Se sim, qual? ( ) Violência Física ( ) Violência Psicológica ( ) Violência Sexual ( ) Negligência
Questão 12
Você tomou alguma decisão nesse sentido? ( ) sim ( ) não
Questão 13
Você utiliza a Linha Guia de Atenção à saúde da criança na sua prática profissional? ( ) Sim ( ) Não ( ) As vezes

Leia, com atenção, cada item descrito na coluna da esquerda e preencha uma das três categorias dispostas nas colunas da direita, de acordo com a sua visão de cuidado.

		Concordo	Não sei	Discordo
1	O profissional de saúde deverá fazer a identificação das vítimas de violência somente em um serviço de saúde.			
2	O acolhimento da criança e da família em situação de violência deve acontecer em local específico, diferente da triagem tradicional.			
3	Aparência descuidada e suja é indicador de maus tratos.			
4	Deixar de prover as necessidades básicas é uma forma de violência psicológica.			
5	Ausência de um dos responsáveis é um fator de risco para a violência infantil, relacionado às características familiares.			
6	Crianças nascidas de gravidez indesejada e/ou precoce têm maior probabilidade de sofrer violência.			
7	Aceitação de punição corporal é um fator de risco relacionado às características culturais.			
8	É um indicador na conduta dos pais agressores a despreocupação com a criança.			
9	Relações sociais pobres são fatores de risco relacionados às características familiares.			
10	Recém-nascidos, lactentes ou deficientes físicos têm menor probabilidade de sofrer violência.			
11	Crianças doentes crônicas e deficientes considerados como problema para os responsáveis têm maior probabilidade de sofrer violência.			
12	A Síndrome de Munchausen é modalidade de violência perpetrada por familiares.			
13	Problemas alimentares são indicadores de criança vítima de violência psicológica.			
14	Crianças que procuram os centros de saúde ou hospitais em decorrência de violência possivelmente já sofrem maus-tratos há um tempo considerável.			
15	Desconforto anal pode ser um sinal de violência física.			
16	Ausência de políticas para saúde é um fator de risco relacionado às características culturais.			
17	Insegurança excessiva e hostilidade são sinais de violência psicológica.			
18	Má nutrição, problemas de saúde, abandono são sinais de negligência.			
19	Relato de incesto e assédio são sinais de abuso sexual.			
20	Deixar de assegurar a proteção contra acidentes é uma forma de violência psicológica.			
21	Cicatriz é um sinal de violência física.			
22	Habilidades interpessoais pobres são um fator de risco relacionado as características do agressor.			
23	Queimaduras são sinais de violência física.			
24	Rejeitar tentativas de aproximação afetiva é um comportamento da família da criança vítima de violência.			
25	Desnutrição e problemas de aprendizagem são indicadores de maus-tratos.			
26	Privação de medicamentos é uma forma de negligência.			
27	Durante a anamnese, é frequente o acompanhante, ao repetir a história, cair em contradições.			
28	Relacionamentos conflituosos e problemas de comunicação são fatores de risco relacionados às características familiares.			
29	Não é necessário dar atenção aos dados aparentemente sem importância, a menos que tenham relação com as lesões encontradas.			
30	No caso de violência física, queimaduras por imersão em líquido fervente são utilizadas como forma de castigo.			
31	Familiares que simulam uma sintomatologia e fazem com que a criança seja submetida a inúmeras investigações médicas estão praticando um tipo de violência.			
32	Em caso de violência física, o local do corpo mais			

	acometido é o esqueleto.			
33	Em caso de suspeita de violência física, deve-se radiografar o crânio e todos os ossos longos da criança.			
34	Para crianças menores, uma modalidade de violência física é a síndrome do bebê sacudido.			
35	Pode ser um indicador de violência sexual na criança a dificuldade de caminhar.			
36	Crianças abusadas costumam adotar a conduta do "muro do silêncio".			
37	No atendimento à criança vítima de violência, o profissional deve demonstrar reações emocionais.			
38	O períneo queimado pode ser consequência de banhos de assento em água fervente, como treino de controle de esfíncteres.			
39	Na abordagem à criança vítima de violência, o profissional deve-se prender a detalhes.			
40	O encaminhamento obrigatório da criança ao tratamento especializado deverá ser feito simultaneamente e juntamente com os pais ou responsáveis.			
41	No atendimento à criança vítima de violência, o profissional deve proteger a criança e reiterar que ela não tem culpa.			
42	São indicadores de maus-tratos: tristeza e abatimento profundo.			
43	O profissional deve ouvir atentamente, dedicar toda a sua atenção no atendimento à criança vítima de violência.			
44	Os registros dos profissionais de saúde para os casos de violência devem ser claros e compreensíveis.			
45	Fratura é um sinal de violência física.			
46	O profissional deve focar o atendimento somente no que estiver diretamente relacionado com violência.			
47	Durante uma abordagem com a criança, o profissional deve buscar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida.			
48	Trajes inadequados e higiene insuficiente são indícios de violência psicológica.			
49	É um indicador na conduta dos pais agressores em relação a violência a exigência de perfeição.			
50	O profissional que acolhe a criança deve dizer que ela agiu corretamente ao decidir relatar o ocorrido.			
51	Suicídio e gravidez precoce podem ser consequências da violência sexual.			
52	Omissão de cuidados é uma forma de negligência.			
53	É importante anotar como a criança se comportou durante o relato e seus sentimentos expressos.			
54	No atendimento, o profissional deverá informar à criança que, se ela está sofrendo violência, deverá contar isso a outras pessoas, pois só assim poderão protegê-la.			
55	Secreções vaginais ou penianas podem ser indicadores de violência sexual na criança.			
56	O profissional não deve fazer promessas que não possa cumprir.			
57	Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança deverão ser obrigatoriamente comunicados a Polícia Civil.			
58	Notificar maus-tratos às autoridades é obrigação, após confirmação da violência.			
59	Identificada a violência pelo enfermeiro, ele deve encaminhar ao médico, para notificação.			
60	Podem ser consequências da violência sexual: doenças sexualmente transmissíveis e corrimento vaginal.			
61	O profissional deve fazer, sempre que necessário, perguntas sugestivas no atendimento à criança vítima de violência.			
62	A intervenção do Conselho Tutelar exige a interrupção do atendimento iniciado pelo profissional de saúde que encaminhou o caso.			
63	É um indicador de violência sexual na criança, limpeza compulsiva.			

64	Os casos de suspeita de maus-tratos contra criança deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar.			
65	Os registros devem conter o tipo de violência, local de ocorrência e informações sobre o possível agressor.			
66	Os profissionais de saúde devem notificar os casos de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)			
67	Os casos de maus-tratos contra criança deverão ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar.			
68	Após suspeita de alguma violência, deve ser feita comunicação ao Centro de Referência em Assistência Social – CRAS.			
69	Recém-nascidos prematuros ou que permaneceram longe da mãe têm menor probabilidade de sofrer violência.			
70	Notificações sobre violência infantil deverão ser feitas somente nas localidades onde existir o Conselho Tutelar.			
71	O trabalho do profissional de saúde deve ser continuado, e a intervenção deve ser planejada e avaliada em conjunto pelos profissionais envolvidos.			
72	O auxiliar de enfermagem e o técnico não podem fazer notificação de violência contra a criança.			
73	A notificação de violência ao Conselho Tutelar deve ser feita após confirmação do caso.			
74	A ausência de políticas públicas de proteção para crianças e famílias aumenta os casos de violência.			
75	O Estatuto da Criança e do Adolescente contém determinações que protegem contra a violência doméstica.			
76	O Agente Comunitário de Saúde, diante de uma suspeita de violência, não deve notificar ao Conselho Tutelar sem anuência de sua equipe de trabalho.			
77	A Lei Maria da Penha, apesar de ser conhecida como uma lei de proteção à mulher, também se aplica à violência contra a criança.			
78	O profissional de saúde que apresentar alguma notificação de violência poderá ser processado pela família.			
79	Diante de situações de abuso sexual, a equipe de saúde também deve cuidar do abusador, que, geralmente, repete um comportamento sofrido na infância.			

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da abordagem da violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde da família.
Pesquisadora Responsável: Lanuza Borges Oliveira
Orientadora: Professora Dra. Maisa Tavares de Souza Leite
Convidamos você a participar desta pesquisa aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros sob o parecer consubstanciado número 401.241.
Atenção:
Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.
1.Objetivo: Avaliar a abordagem da violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais inseridos na atenção primária a saúde e nas equipes de saúde da família. Para tal será elaborado e validado um questionário com base em evidências.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Os dados serão coletados por meio da aplicação de um questionário aos profissionais de saúde, médico, enfermeiro e dentista inseridos na atenção primária e cadastrados na estratégia saúde da família. Após a coleta de dados os resultados obtidos serão utilizados única e exclusivamente para fins científicos.
3- Justificativa: Compreender os aspectos relacionados à abordagem do profissional de saúde em relação à violência doméstica contra a criança é extremamente essencial para o manejo adequado no atendimento oferecido as crianças, bem como para o estabelecimento de novas medidas a fim de prevenir este acontecimento.
4- Benefícios: Os dados coletados serão devolvidos a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros, para que possam planejar ações para elevar a eficácia e a qualidade da assistência prestada à criança vítima de violência doméstica.
5- Desconfortos e riscos: Poderá haver desconforto devido ao tempo desprendido pelos profissionais para responder o questionário, tal fato se ocorrer será amenizado pela participação de pesquisadores treinados.
6- Danos: O estudo não tem potencial de causar danos aos profissionais ou indiretamente à população estudada.
7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não são previstos procedimentos alternativos.
8- Confidencialidade das informações : A identidade dos profissionais será preservada. Asseguramos o sigilo e o anonimato das informações que os identifiquem.
9- Compensação/indenização : esta pesquisa é de total responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Além disso, nós, nos comprometemos após finalização da pesquisa devolvê-los em forma de dados estatístico a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros.
10- Outras informações pertinentes
Você têm a liberdade de recusar a autorizar a realização deste estudo, bem como retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Além disso, lhes é garantida a solicitação de informações sobre o andamento do estudo em qualquer fase do mesmo.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	___/___/___
Nome do participante	**Assinatura do participante**	**Data**
_____	_____	___/___/___
Nome da testemunha	**Assinatura da testemunha**	**Data**
Lanuza Borges Oliveira	LBorges	04/04/11
Nome da Pesquisadora	**Assinatura da Pesquisadora**	**Data**

ENDEREÇO DO PESQUISADOR: Rua Três Corações 571- Ibituruna- Montes Claros MG
TELEFONE: (38) 99770282

APÊNDICE C- Termo de Concordância da instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Avaliação da abordagem da violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde da família.
Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros-MG - Equipes de Saúde da Família.
Pesquisador responsável: Lanuza Borges Oliveira
Endereço e telefone: Rua Três Corações 571- Ibituruna- Montes Claros-MG (38) 99770282
Atenção:
Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.
1-Objetivo: Avaliar a abordagem da violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais inseridos na atenção primária a saúde e nas equipes de saúde da família.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Os dados serão coletados por meio da aplicação de um questionário aos profissionais de saúde, médico, enfermeiro e dentista inseridos na atenção primária e cadastrados na estratégia saúde da família. Após a coleta de dados os resultados obtidos serão utilizados única e exclusivamente para fins científicos.
3- Justificativa: Compreender os aspectos relacionados à abordagem do profissional de saúde em relação à violência doméstica contra a criança é extremamente essencial para o manejo adequado no atendimento oferecido as crianças, bem como para o estabelecimento de novas medidas a fim de prevenir este acontecimento.
4- Benefícios: Os dados coletados serão devolvidos a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros, para que possam planejar ações para elevar a eficácia e a qualidade da assistência prestada à criança vítima de violência doméstica.
5- Desconfortos e riscos: Poderá haver desconforto devido ao tempo desprendido pelos profissionais para responder o questionário, tal fato se ocorrer será amenizado pela participação de pesquisadores treinados.
6- Danos: O estudo não tem potencial de causar danos aos profissionais ou indiretamente à população estudada.
7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não são previstos procedimentos alternativos.
8- Confidencialidade das informações : A identidade dos profissionais será preservada. Asseguramos o sigilo e o anonimato das informações que os identifiquem.
9- Compensação/indenização : esta pesquisa é de total responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Além disso, nós, nos comprometemos após

finalização da pesquisa devolvê-los em forma de dados estatístico a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros.

10- Outras informações pertinentes

Você têm a liberdade de recusar a autorizar a realização deste estudo, bem como retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuizo. Além disso, lhes é garantida a solicitação de informações sobre o andamento do estudo em qualquer fase do mesmo.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Cláudia Mendes Campos Vercesi

Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa — 08 / 08 / 2013 Data

Janiza Borges Oliveira

Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

Janiza Borges Oliveira — ___/___/___

Assinatura — Data

Endereço e telefone: Rua Três Corações 571- Ibituruna- Montes Claros-MG (38) 99770282

ANEXOS

ANEXO A- Parecer do comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Lanuza Borges Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20796013.7.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.241

Data da Relatoria: 20/09/2013

Apresentação do Projeto:

O conhecimento dos profissionais de saúde no manejo dos casos de violência doméstica sofrida por crianças é de extrema importância. A identificação precoce de situações que podem gerar violência, a elaboração de propostas de medidas de prevenção de maus tratos e promoção da saúde têm sido cada vez mais necessárias, visto que, o fato de sofrer a violência pode gerar problemas irreversíveis às crianças.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a abordagem da violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros, MG.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá haver desconforto devido ao tempo desprendido pelos profissionais para responder o questionário, tal fato se ocorrer será amenizado pela participação de pesquisadores treinados.

Benefícios:

Os dados coletados serão devolvidos a coordenação da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros, para que possam planejar ações para elevar a eficácia e a qualidade da assistência prestada à criança vítima de violência doméstica.

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** maisa.leite@unimontes.br

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este trabalho constitui-se em um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Inicialmente será elaborado um questionário e validado por profissionais e especialistas da área da saúde e da Educação, baseado em evidências estatísticas. O cenário para o desenvolvimento deste estudo será o município de Montes Claros. O estudo irá utilizar uma amostra por conveniência constituída por profissionais atuantes nas equipes da estratégia de saúde da família contratados como médicos ou enfermeiros ou dentistas, compreendendo 204 profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Termo de Concordância da Instituição para a participação em pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ressaltando os benefícios da pesquisa e sigilo quanto a identificação dos participantes do estudo, devidamente preenchidos.

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo Pro-reitor de pesquisa da Unimontes.

Recomendações:

Apresentação do relatório por meio da Plataforma Brasil em Enviar Notificação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se de acordo com as recomendações do CEP/Unimontes

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O comitê de Ética da universidade estadual de Montes Claros entende que o projeto foi elaborado em consonância as normas da ABNT e atende as normas vigentes.

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profª Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** maisa.leite@unimontes.br

MONTES CLAROS, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: maisa.leite@unimontes.br