

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Larissa Fernandes Correia Gonzaga

**SIGNIFICADOS, CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO
HORIZONTE FRENTE AO ABUSO INFANTIL: *TEORIZAÇÃO SOBRE
A NÃO NOTIFICAÇÃO***

**Belo Horizonte
2023**

Larissa Fernandes Correia Gonzaga

**SIGNIFICADOS, CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO
HORIZONTE FRENTE AO ABUSO INFANTIL: *TEORIZAÇÃO SOBRE
A NÃO NOTIFICAÇÃO***

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia - área de concentração em Odontopediatria.

Orientadora: Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

Coorientadora: Viviane Elisângela Gomes

Belo Horizonte
2023

Ficha Catalográfica

G643s Gonzaga, Larissa Fernandes Correia.
2023 Significados, concepções e experiências de enfermeiros
T da estratégia saúde da família de Belo Horizonte frente ao
abuso infantil: teorização sobre a não notificação / Larissa
Fernandes Correia Gonzaga. -- 2023.

112 f. : il.

Orientadora: Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar.
: Viviane Elisângela Gomes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Maus-tratos infantis. 2. Notificação. 3. Enfermeiros.
4. Abuso físico. 5. Estratégias de saúde nacionais. I.
Zarzar, Patrícia Maria Pereira de Araújo. II. Gomes, Viviane
Elisângela. III. Universidade Federal de Minas Gerais.
Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

SIGNIFICADOS, CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE FRENTE AO ABUSO INFANTIL: TEORIZAÇÃO SOBRE A NÃO NOTIFICAÇÃO

LARISSA FERNANDES CORREIA GONZAGA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em ODONTOLOGIA, área de concentração ODONTOLOGIA PEDIÁTRICA.

Aprovada em 28 de agosto de 2023, pela banca constituída pelos membros:

Profa. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar - Orientadora
Faculdade de Odontologia da UFMG

Profa. Viviane Elisângela Gomes
Faculdade de Odontologia da UFMG

Prof. Antônio Paulo Gomes Chiari
SMSPBH

Profa. Viviane Colares Soares de Andrade Amorim
UPE/FOP

Belo Horizonte, 28 de agosto de 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Paulo Gomes Chiari, Usuário Externo**, em 28/08/2023, às 17:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patricia Maria Pereira de Araujo Zarzar, Professora do Magistério Superior**, em 28/08/2023, às 17:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Viviane Elisangela Gomes, Professora do Magistério Superior**, em 28/08/2023, às 17:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Viviane Colares, Usuária Externa**, em 28/08/2023, às 18:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2544055** e o código CRC **F01C492A**.

Referência: Processo nº 23072.211324/2023-28

SEI nº 2544055

Esta dissertação é dedicada às crianças!

AGRADECIMENTOS

Não foi fácil chegar até aqui. O caminho foi desafiador, mas chego ao final desta etapa bem mais forte. A sensação é de que tudo que aconteceu nesses 2 anos valeu a pena, e os sentimentos que permanecem são de felicidade e muita gratidão. É impossível concluir uma jornada como essa sem ajuda, então quero expressar minha sincera gratidão a todos que contribuíram de alguma forma.

Primeiramente quero agradecer à Deus. Reconheço que estive ao meu lado em todos os momentos, me abençoando, sendo meu amigo, minha força e esperança para seguir em frente. Como chamei por Ele esses anos! E, como sempre, me ouviu e me concedeu muito mais do que eu preciso, e mais até do que mereço. Obrigada por olhar por mim.

Agradeço também à minha família; meu eterno amor Rodrigo, por se mostrar mais uma vez ser meu verdadeiro parceiro na vida, meu porto seguro, incentivador dos meus sonhos e a dupla mais fiel nessa trajetória. A minha princesa linda Beatriz, quantas vezes a mamãe escutou você chamando e não pôde ir brincar, porque tinha aulas em tempo real e prazos para cumprir os afazeres, mas ainda assim, você não desistiu de mim e sempre me recebeu com o melhor sorriso e com todo seu amor. Ao mais novo integrante da família, Bernardo, que mesmo na barriga da mamãe pôde vivenciar a reta final de todo esse processo e já sabe o quão emocionante e intenso tem sido. Aos meus pais, Gilberto e Ana, que são meu exemplo de dedicação, superação, fé e vida. Obrigada por me amarem tanto, torcerem por mim e cuidarem com tanta dedicação e amor da minha filha, meu bem mais precioso. E também ao meu irmão André por todo companheirismo, amizade e incentivo. Eu amo vocês!

Professora Patrícia Zarzar, mais uma vez estamos aqui! É graças a você, que hoje estou aqui com esse trabalho que tanto amo. Você me deu essa oportunidade, acreditou que seria possível quando até eu duvidava. Sempre com uma palavra de incentivo, coragem, mostrando o quão apaixonante e importante é o mundo da pesquisa. Não me canso de repetir: serei eternamente grata por tê-la conhecido. Foi você quem me apresentou ao mundo da pesquisa científica na época do projeto de TCC, e desde então, tive certeza, que se um dia seguisse essa trajetória seria sob sua orientação, afinal se tornou o meu exemplo de pesquisadora. Obrigada por toda

sabedoria, paciência, cuidado e prontidão comigo. Você é incrível e com certeza o exemplo de professora que quero seguir.

Agradeço à minha querida coorientadora, Viviane Gomes, por ter compartilhado tanto conhecimento, ser tão dedicada e atenciosa, tornando esse estudo possível e tão valioso. Meu carinho e admiração iniciaram ainda na faculdade, quando tive o privilégio de ser sua aluna no projeto Escolas Saudáveis e você não imagina a alegria que foi saber que seria minha coorientadora no mestrado. Sou grata por me ensinar tudo com tanto cuidado e sempre muito bem embasada cientificamente.

Ao professor Fernando Oliveira, pela gentileza, paciência e competência. Obrigada por todo ensinamento, disponibilidade, ajuda e atenção no desenvolvimento desse trabalho. Você foi fundamental para que esse sonho chegasse até aqui. À professora Kênia Lara Silva por seu olhar criterioso e toda sua experiência.

Agradeço imensamente a minha parceira nessa jornada de estudos, Brenda Torres. Desde o início até o fim, você esteve presente, ao meu lado. Sabe melhor que ninguém o quão longa e trabalhosa foi essa caminhada, mas também sabe o quanto o nosso trabalho foi importante e gratificante. Estudamos e trabalhamos juntas e é por isso que esse trabalho existe. Te admiro muito, tão nova e já tão comprometida e correta; não tenho dúvidas de que seu futuro profissional será lindo e repleto de realizações. Te desejo querida, que todos os seus sonhos se realizem e que você seja muito feliz.

Aos amigos que fiz durante o mestrado, meu profundo agradecimento por tornarem essa jornada mais leve, alegre e divertida. Com vocês, pude compartilhar minhas alegrias e angústias, sabendo que sempre encontraria apoio e compreensão. Vocês fizeram toda a diferença, e sou grato por tê-los em minha vida durante esse período tão significativo.

Meu sincero agradecimento às instituições Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia e Departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente. Desde 2010, essas instituições têm sido o meu lar, proporcionando uma educação gratuita e de qualidade, além de infinitas oportunidades de crescimento pessoal e profissional. Sou imensamente grato por fazer parte dessa comunidade educacional que tanto contribuiu para o meu desenvolvimento.

Agradeço de coração aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG, cujo ensinamento e dedicação foram essenciais para a minha formação. Vocês são pilares fundamentais nesse projeto e sou imensamente grata pela contribuição de cada um.

Agradeço também a cada profissional participante do estudo, cuja confiança e compartilhamento de experiências foram fundamentais na construção desse novo conhecimento e na inspiração para o nosso trabalho.

A todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa jornada, meu sincero agradecimento. Muito obrigada pelo apoio e pela oportunidade de crescimento que me proporcionaram.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Expresso minha profunda gratidão à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro concedido à nossa equipe e ao nosso estudo, que foi fundamental para a realização deste trabalho de dissertação. Sem esse apoio, nossa jornada não teria sido possível, e por isso sou grata pela confiança e investimento em nosso projeto.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.”

Guimarães Rosa

RESUMO

O abuso infantil tem sido considerado um problema de saúde pública entre crianças e adolescentes sendo reconhecido, cada vez mais como uma questão social complexa e endêmica. Os profissionais da saúde desenvolvem um papel fundamental no combate ao abuso infantil, porém o padrão encontrado na atuação dos enfermeiros diante de casos de abuso infantil sugere a existência de dificuldades e barreiras, indicando uma alta prevalência de comportamento de não-notificação entre esses profissionais. Nesse contexto, este estudo objetivou compreender os significados, concepções e experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte frente ao abuso infantil, bem como, construir teorização sobre o comportamento de não notificação. Trata-se de um estudo qualitativo baseado no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) e teórico do Interacionismo Simbólico (IS). A seleção dos participantes (enfermeiros) se deu de forma intencional e paralelamente foi utilizada a técnica “snowball”, na qual cada profissional entrevistado indicou outro para participar do estudo, possibilitando a definição da amostragem por referência. Foram realizadas 14 entrevistas intensivas com enfermeiros que atuam na ESF de nove Centros de Saúde de Belo Horizonte. A coleta e a categorização dos dados ocorreram simultaneamente segundo a TFD e a partir do processo de análise emergiram quatro categorias principais. A categoria “Concepção de abuso infantil”, segundo os enfermeiros, é um assunto difícil de ser tratado, sendo associado à violação dos direitos da criança. A “Concepção sobre a notificação” dos enfermeiros da ESF evidenciou confusão teórica entre os termos notificação e denúncia, o que em parte, pode explicar o comportamento de não notificação. A categoria “Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio” sugere que, a comunicação geralmente ocorre por meio de uma assistente social, sendo a atuação desta, para a maioria dos participantes, mais efetiva que a do conselho tutelar. “Barreiras e Facilitadores” incluem medo e alta demanda dos profissionais, o que pode dificultar a identificação e notificação do abuso. Treinamento, capacitação e reuniões da ESF foram identificados como possíveis fatores facilitadores para a notificação. Das conexões entre as categorias emergentes e suas relações construiu-se a “Teoria do comportamento de não notificação entre enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”. Entender as experiências, concepções e comportamentos dos enfermeiros frente ao abuso infantil, permitiu identificar ações que ainda precisam ser realizadas para que o propósito da notificação se cumpra, uma vez que estes profissionais desempenham um papel fundamental no cuidado das crianças e no combate ao abuso infantil.

Palavras-chave: maus-tratos infantis; notificação; enfermeiros; abuso físico; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Meanings, conceptions, and experiences of nurses from the Family Health Strategy when faced with child abuse: theorization of non-reporting

Child abuse has been recognized as a complex and endemic social issue, and a public health problem among children and adolescents. Healthcare professionals play a pivotal role in addressing child abuse. However, the patterns observed in the actions of nurses when dealing with cases of child abuse suggest the existence of difficulties and barriers, suggesting a high prevalence of non-reporting behavior among these professionals. In this context, this study aimed at understanding the meanings, conceptions, and experiences of nurses from the Family Health Strategy (FHS) in Belo Horizonte regarding child abuse, as well as to construct a theory about non-reporting behavior. This is a qualitative study based on the methodological framework of Grounded Theory (GT) and the theoretical framework of Symbolic Interactionism (SI). The participants (nurses) were selected in an intentional manner, and the snowball technique was also used, which each interviewed professional indicated another to participate in the study, allowing for reference-based sampling. Fourteen intensive interviews were conducted with nurses working in the FHS of nine Health Centers in Belo Horizonte. Data collection and categorization occurred simultaneously according to GT, and four main categories emerged from the analysis process. The category "Conception of child abuse" suggests that nurses find it difficult to address this issue, as it is associated with the violation of children's rights. The category "Conception of reporting" revealed theoretical confusion among FHS nurses regarding the terms "reporting" and "denunciation," which may partly explain the non-reporting behavior. The category "Communication between professionals and support agencies" suggests that communication usually occurs through a social worker, and most participants perceived the social worker's actions as more effective than those of the child protective services. The category "Barriers and Facilitators" includes fear and high workload, which can jeopardize the identification and reporting of abuse. Training, and FHS meetings were identified as potential facilitators for reporting. By analyzing the connections between the emerging categories and their relationships, the "Theory of non-reporting behavior among nurses in the Family Health Strategy" was developed. Understanding nurses' experiences, conceptions, and behaviors regarding child abuse allowed for the identification of actions that still need to be taken to fulfill the purpose of reporting, as these professionals play a fundamental role in caring for children and combating child abuse.

Keywords: child abuse; physical abuse; mandatory reporting; nurses; National Health Strategies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da localização da distribuição das regionais ou distritos sanitários no município de Belo Horizonte.....	25
Artigo		
Figura 1 -	Diagrama conceitual da categoria Concepção de Abuso Infantil.....	56
Figura 2 -	Diagrama conceitual da categoria Concepção sobre a Notificação.....	57
Figura 3 -	Diagrama conceitual da categoria Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio.....	58
Figura 4 -	Diagrama conceitual da categoria Barreiras e Facilitadores.....	59
Figura 5 -	Diagrama ilustrativo da teorização “Teoria do comportamento de não notificação entre enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (TCNE-ESF)”.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AI	Abuso Infantil
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CoEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i> 2019
CS	Centro de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	equipe Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FO-UFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
IS	Interacionismo Simbólico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ISPCAN	<i>International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect</i>
MTI	Maus-tratos Infantis
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	15
2 OBJETIVO GERAL	22
3 METODOLOGIA EXPANDIDA	23
3.1 Desenho do estudo	23
3.2 Referencial teórico-metodológico	24
3.2.1 O Interacionismo Simbólico.....	24
3.2.2 The Grounded Theory	25
3.3 Local do estudo	27
3.4 Amostragem	28
3.4.1 Saturação	29
3.4.2 Seleção dos participantes	29
3.5 Coleta dos dados	30
3.6 Treinamento dos pesquisadores	33
3.7 Análise dos dados	34
3.8 Considerações Éticas.....	36
4 ARTIGO	38
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	72
ANEXOS	77
PRODUÇÃO INTELECTUAL E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO	112

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O abuso infantil tem sido considerado um problema de saúde pública entre crianças e adolescentes sendo reconhecido, cada vez mais como uma questão social complexa e endêmica e isso, devido à alta prevalência e alto impacto psicossocial (GILBERT *et al.*, 2009; HIBBARD; BARLOW; MACMILLAN, 2012; HILLIS *et al.*, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014), acometendo as classes sociais em todo o mundo (HILLIS *et al.*, 2016). Dados do último levantamento nacional dos Estados Unidos, realizado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos do país, revelaram que em 2018 um total de 677.529 crianças e adolescentes (9,2 a cada 1.000 crianças na população) foram vítimas de abuso infantil (ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA [EUA], 2020). Anualmente, em todo o mundo, estima-se que cerca de 1 bilhão de crianças e adolescentes - mais de 50% entre 2 e 17 anos - sejam expostos a pelo menos um tipo de abuso infantil (HILLIS *et al.*, 2016).

De acordo com Cicchetti e Toth (2016), comprometimentos no desenvolvimento cognitivo, de linguagem, socioemocional e neurobiológico, estão associados ao abuso infantil. Os problemas de saúde mental estão entre as sequelas mais relevantes do abuso. Pesquisas apontam para a importância de profissionais de saúde reconhecerem o abuso infantil, mas também para uma alta frequência do comportamento de não notificação, mesmo em países onde a notificação é obrigatória, como o Brasil. Embora se saiba da alta prevalência, os números oficiais representam apenas uma pequena parte do problema (BRASIL, 2010; UNICEF, 2021). No Brasil, o dimensionamento da violência infantil ainda é instável, não possuindo estatística com índices oficiais que revelem os reais números dos abusos, assim como suas consequências. Entretanto, esforços locais do poder público e acadêmico, indicam que o país segue a tendência mundial com uma alta prevalência de abusos infantis (BRASIL, 2018; FRANZIN *et al.*, 2014; RATES *et al.*, 2015; ZANOTI-JERONYMO *et al.*, 2009). No Brasil, 35 mil crianças e adolescentes de zero a 19 anos foram mortos de forma violenta entre 2016 e 2020 – uma média de sete mil por ano. E entre 2017 e 2020, 180 mil crianças e adolescentes sofreram violência sexual – uma média de 45 mil por ano (UNICEF, 2021).

Ao se fazer uma breve revisão nas mídias sociais e internet, percebe-se que o aumento da violência contra crianças e adolescentes durante o período da

pandemia do *Corona Virus Disease* (COVID-19), tem sido observado em alguns países, como China, Reino Unido, Estados Unidos, França e Brasil (BRASIL, 2020; CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2020; COSTA, 2020; GOVERNO DE MINAS GERAIS, 2020; KATZ *et al.*, 2021). Entre janeiro e abril de 2023, o Disque Direitos Humanos (Disque 100), recebeu 69,3 mil denúncias de violações de direitos humanos de crianças e adolescentes. Dessas denúncias, 17 mil eram de violações sexuais contra criança; um aumento de 68% em relação ao mesmo período de 2022. O local mais frequente das ocorrências era a residência das crianças (BRASIL, 2023). Já de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) de 2020 e 2021, verificou-se uma redução no número de notificações relacionados ao abuso infantil (LETOURNEAU *et al.*, 2022; PLATT *et al.*, 2020) no início da pandemia do COVID-19. Tal redução pode ser explicada pela implementação de medidas de isolamento social, o que impactou a disponibilidade dos canais de denúncia de violência doméstica. A quarentena pode ter forçado a convivência de crianças vulneráveis com seus agressores. Além disso, as interrupções de escolas e serviços de saúde serviram como uma barreira para a identificação do abuso infantil (PARK, WALSH, 2022).

O abuso infantil, também chamado de maus-tratos infantis (MTI), é classicamente definido como qualquer forma de violência física e / ou emocional, maus tratos, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outras explorações que apresentem potencial de causar danos à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, em uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 2006). De acordo com a organização mundial da saúde, o abuso infantil pode ser dividido em quatro categorias gerais: abuso físico, negligência, abuso sexual e abuso emocional ou psicológico. É importante ressaltar que, apesar da divisão didática, o mais comum é que os diferentes tipos de abuso infantil ocorram em concomitância uma vez que compartilham causas substanciais comuns (EUA, 2020; WHO, 2006).

Para a WHO e a *International Society for the Prevention of Child Abuse & Neglect* (ISPCAN, 2006), abuso físico se caracteriza pelo uso intencional da força física que cause ou tenha potencial de causar ferimentos à criança ou adolescente. Nesta definição, estão inclusas as ações de bater, chutar, espancar, queimar, morder, intoxicar, chacoalhar, estrangular e sufocar. O abuso psicológico está associado a

agressões verbais ou gestuais com o objetivo de assustar, ameaçar, rejeitar, depreciar, culpabilizar, discriminar, ridicularizar, restringir o movimento de liberdade da vítima ou até mesmo isolá-la do convívio social, e outras formas não físicas de rejeição e tratamento hostil. Já o abuso sexual é definido pelo envolvimento da criança numa atividade sexual quando ela não é capaz de compreender, de dar seu consentimento. Esse abuso pode ocorrer em relação hétero ou homossexual, visando estimular a vítima ou utilizá-la para práticas sexuais, pornográficas e eróticas impostas através da violência física, ameaças ou aliciamento. De acordo com o boletim epidemiológico publicado pelo ministério da saúde em 2018, houve um aumento de 83% nas notificações de violências sexuais contra criança e adolescente no Brasil, no período de 2011 a 2017. Foram notificados 184.524 casos de violência sexual e dentre estes o sexo feminino está em maior prevalência nos dados (OLIVEIRA, 2020). A negligência é caracterizada pela falha em garantir os cuidados básicos à criança e pode ser intencional ou estrutural. A negligência intencional ocorre quando não há interesse quanto as necessidades da criança (alimentação, higiene, distanciamento emocional, entre outras). Já a negligência estrutural, limita o acesso de crianças aos direitos básicos para ter uma vida digna, como condições seguras de moradia e acesso a cuidados médicos (MATA, SILVEIRA, DESLANDES, 2017).

A Constituição Federal Brasileira determina que é obrigação do Estado, da Família e da Sociedade defender os direitos da criança e do adolescente. Porém, essa determinação é insuficiente para esconder a triste realidade brasileira em que a pobreza, o trabalho infantil e o analfabetismo - como diferentes formas de violência - impossibilitam que as necessidades básicas das crianças sejam preservadas (CAMARGO, BURALLI, 1998). De acordo com os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) é obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de abuso infantil, havendo penalidade aos profissionais de saúde que omitirem suspeita ou confirmação dos casos de abuso infantil na infância e adolescência (OLIVEIRA, 2020). A legislação é amparada pelo ECA que em seu Artigo 13º dispõe que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicadas ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”, sendo a suspeita embasamento suficiente e bastante para a obrigatoriedade da notificação por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 1990).

A complexidade do abuso infantil requer cooperação multidisciplinar para fornecer cuidados adequados. E levando-se em consideração os possíveis resultados da violência, o setor da saúde constitui um lócus importante para onde se convergem esses desfechos pela demanda que as vítimas apresentam de serviços de urgência, de assistência social e de atenção especializada e reabilitação física (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, (1994), citado por Minayo, 2006, p.5).

O Brasil possui um Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários se fundamentam no acesso universal, na equidade e integralidade, atendendo principalmente à população de baixa renda. O SUS é dividido em diferentes níveis de atenção, sendo a atenção básica a porta de entrada. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma política governamental que foi desenvolvida pelo governo federal com o objetivo de reorientar o modelo de assistência à saúde no Brasil (BRASIL, 2011), atuando nos centros de saúde, visando à organização da atenção primária, de acordo com os preceitos do SUS, garantindo à população acesso a saúde de qualidade, levando serviços multidisciplinares às comunidades. Além disso, por possuírem proximidade e vínculo com a população envolvida, se encontram em posição importante para o reconhecimento e a notificação do abuso infantil (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010; MOREIRA *et al.*, 2014). Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), objetiva promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

O enfermeiro da ESF por atuar no cuidado individual e coletivo, por meio da sua prática clínica, educacional e administrativa/gerencial, ocupa uma posição de destaque frente a esse fenômeno, podendo contribuir com o reconhecimento e notificação do abuso infantil. Há relatos na literatura de alta frequência do reconhecimento do abuso infantil pelos profissionais da saúde (BRATTABØ *et al.* 2018; GILBERT *et al.*, 2009), entretanto, muitos estudos também demonstraram uma alta frequência de comportamento de não notificação e subnotificação por parte desses profissionais, estando entre eles os enfermeiros (BRAGANÇA-SOUZA *et al.*, 2023; CUNHA, 2007; SANTOS, 2005; SILVA, 2006; SILVA; FERRIANI, 2007).

A notificação, tornou-se obrigatória para os profissionais da saúde através da lei federal, a Portaria nº 1.968/2001 MS (BRASIL, 2002) e em 2011, após a

implementação da portaria nº 104/2011, a violência infantil passou a ser um agravo de notificação compulsória em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011). E o Código de Ética de Enfermagem considera responsabilidade do profissional a proteção de seus pacientes em situações graves, e explica que se configura como justa causa a comunicação das situações de abuso às autoridades competentes (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2008). Compartilhamento de informações com outros profissionais da equipe intencionando à proteção da criança e do adolescente é reconhecido e considerado um dever do enfermeiro (SILVA, 2006).

As atuações da enfermagem junto às famílias são de fundamental importância, principalmente nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Ao nível da prevenção primária, as estratégias devem ser direcionadas a toda a população, objetivando diminuir a incidência e prevalência dos casos de abuso. Para isso, podem ser desenvolvidas estratégias de prevenção primária por meio de programas de pré-natal, promovendo a acomodação das mães com seus bebês, motivando aos pais a participarem na sala de parto, fortalecendo o vínculo primário entre crianças e famílias. Nesse contexto, além de cuidadores, os enfermeiros devem também assumir o papel de educadores na sua prática de cuidar. Na prevenção secundária, o papel do enfermeiro é identificar famílias com risco potencial de violência, com o intuito de verificar a existência de elementos que possam levar a uma modalidade de abuso. Já na prevenção terciária, o enfermeiro vai atuar quando já ocorreu uma situação de abuso contra crianças e adolescentes objetivando, além do tratamento, prevenir sua recorrência (PEREIRA, 2005; SILVA, 2011).

O padrão encontrado na atuação dos enfermeiros diante de casos de abuso infantil sugere a existência de dificuldades e barreiras. Entre os principais fatores que impedem a identificação e a notificação dos casos pelos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, estão o medo de que a criança possa sofrer algum tipo de consequência negativa e o medo de retaliação por parte da família e da comunidade (BERCHTOLD *et al.*, 2023; CUNHA, 2007; SANTOS, 2005; SILVA, 2006; SILVA; FERRIANI, 2007); apesar de conhecerem os sinais e sintomas sugestivos de abuso infantil, mostram pouco conhecimento a respeito da lei e dos procedimentos que envolvem a notificação (CIUFFO *et al.*, 2009; WOISKI; ROCHA, 2010); a alta demanda e pouco tempo de atendimento, resultando em escuta reduzida, uma vez que seria esse o momento em que o enfermeiro teria como orientar e principalmente estabelecer

vínculo com a criança e adolescente para que o mesmo possa ter confiança e que consiga desabafar (CIUFFO; RODRIGUES; CUNHA, 2009); terceirização da notificação por parte dos enfermeiros por acreditarem que é de responsabilidade de outros profissionais como: médico, assistentes sociais e psicólogos (BERCHTOLD *et al.*, 2023; SCHEK *et al.*, 2018).

É muito importante compreender os fatores que estão associados às dificuldades de identificação e ao comportamento de não-notificação por parte dos enfermeiros brasileiros. Sendo assim, alguns questionamentos surgiram e embasaram este estudo: i) Por que apesar dos enfermeiros saberem identificar sinais e sintomas relacionados ao abuso infantil, normalmente apresentam comportamento de não-notificação? ii) Quais são as concepções dos enfermeiros sobre abuso infantil? iii) Quais são as barreiras mais comumente associadas à não notificação? iv) Como os enfermeiros percebem os abusos infantis no seu contexto e cotidiano de trabalho na atenção primária à saúde?

Dessa forma, para responder a esses questionamentos, é necessário ter uma maior compreensão do mundo experiencial desses profissionais. Por apenas apontarem a direção do problema, estudos quantitativos são limitados. Este estudo buscou obter dados por meio de uma abordagem qualitativa, a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), que por ajudar a suprir essa lacuna de pesquisa, contribuirá para uma melhor compreensão do objeto estudado.

A pesquisa qualitativa tem sido definida como a investigação de fenômenos, normalmente de forma mais aprofundada e holística, por meio da produção de materiais narrativos ricos, visando fornecer insights e entendimentos profundos de problemas do mundo real (POLIT; BECK, 2017) permitindo uma análise mais detalhada dos casos, dando mais liberdade aos participantes para determinar o que é importante para eles (FLICK, 2009; FLICK, 2013). Ela visa fornecer insights e entendimentos profundos de problemas do mundo real (POLIT; BECK, 2017), respondendo questões particulares, com apoio nas ciências sociais, incluindo o universo de significados, motivações, valores, experiências e percepções, que são processos que não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis predefinidas que são características dos estudos quantitativos (MINAYO, 2001; POLIT; BECK, 2017). Além disso, a *Grounded Theory*, é um método que permite a concepção e construção de uma teoria substantiva objetivando explicar um

fenômeno específico (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008), sendo neste caso a abordagem do abuso infantil pelos enfermeiros da ESF.

Apesar de encontrarmos estudos na literatura que têm investigado o reconhecimento do abuso infantil pelos profissionais da saúde, principalmente os brasileiros (FRANZIL *et al.*, 2014; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.* 2020) e os fatores associados ao processo de reconhecimento dos casos, a maioria destes estudos foi desenvolvida com metodologia quantitativa. Os estudos desenvolvidos com metodologias qualitativas (BORIMNEJAD; FOMANI, 2015; LINES; GRANT, 2020; SALTMARSH; WILSON, 2017), não abordaram os significados e concepções relacionados às experiências dos enfermeiros quanto ao abuso infantil no que se refere aos enfermeiros da ESF.

Dentre os que abordaram o significado do abuso infantil para os enfermeiros, o estudo de Feng, Jezewski e Hsu (2005) revelou que este significado é multidimensional. Neste estudo foi identificado uma falta de consenso na definição de maus tratos infantis entre os cuidadores, o que levou a dificuldades nos atendimentos e notificações de casos de abuso infantil. Tal estudo aponta para a importância do desenvolvimento de estudos que aprofundem os significados e experiências dos enfermeiros que possam esclarecer quanto ao comportamento de não notificação de abuso infantil.

Para uma melhor compreensão dos motivos de comportamentos de não notificação de abuso infantil entre enfermeiros da ESF, pesquisas que possibilitem adentrar o mundo experiencial desses profissionais permitem a construção de conhecimento aprofundado com base na realidade dos serviços, nas suas ações frente aos eventos de abuso infantil, no significado que atribuem a estes eventos enquanto membros de uma equipe e, as estratégias que adotam para lidar com esses eventos, além de ajudar a interpretar as interações e interconexões e desenvolver teorias relativas ao fenômeno (BLUMER, 1969; CHARMAZ, 2017; HANDBERG *et al.*, 2015; STRAUSS; CORBIN, 2008). Neste contexto, este estudo objetivou desenvolver um modelo teórico substantivo que permitisse compreender os significados, concepções e experiências dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte frente ao abuso infantil e construir uma teorização sobre o comportamento de não notificação.

2 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é compreender os significados, concepções e experiências dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte frente ao abuso infantil e construir uma teorização sobre o comportamento de não notificação.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA

3.1 Desenho do estudo

As perguntas do estudo tinham como objetivo explorar as perspectivas subjetivas sobre os significados e concepções de abuso infantil, além de examinar os possíveis processos sociais envolvidos nas concepções, experiências e condutas dos enfermeiros da ESF diante desse problema. A abordagem escolhida foi qualitativa, utilizando como referencial metodológico a *Grounded Theory* ou TFD, conforme proposto por Charmaz (2009) e Strauss e Corbin (2008). Além disso, a investigação embasou-se na perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, buscando a compreensão dos enfermeiros da ESF acerca dos significados e experiências relacionados ao abuso infantil, assim como as ações empreendidas no contexto e na rotina do cuidado primário em saúde.

Trata-se de um estudo qualitativo, pertencente a um estudo maior intitulado “Abuso físico infantil: Significados e atitudes de profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte – um estudo qualitativo e de intervenção”. O projeto recebeu financiamento do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), na chamada 07/2017 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), sendo identificado pelo número de processo APQ-04344-17 (ANEXO A). Previamente, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CoEP/UFMG) e obteve aprovação, de acordo com o protocolo número CAAE 00198518.1.0000.5149 (ANEXO B), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Inicialmente, foram levantadas questões sobre os fatores relacionados à identificação e notificação do abuso infantil por parte dos enfermeiros, assim como sobre a construção da concepção desse tipo de abuso por esses profissionais e como isso afetava sua abordagem e conduta no contexto e no dia a dia da atenção primária. À medida que os dados foram coletados e as análises preliminares foram realizadas, tornou-se evidente a necessidade de formular novas perguntas, à medida que surgiam novas informações. Através do processo de análise de dados indutivo/dedutivo, com a constante comparação e validação de códigos e categorias emergentes, os pesquisadores puderam identificar a importância de explorar as concepções dos

enfermeiros da ESF em relação ao sistema de notificação. Inicialmente, foram estabelecidas questões iniciais que, ao longo do estudo, foram refinadas com base nos dados emergentes (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Foi adotado como referencial metodológico a TFD (STRAUSS; CORBIN, 2008) por permitir a análise e a interpretação de perspectivas e experiências, focando no discurso dos próprios participantes (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2006). Ou seja, tem a capacidade de induzir uma teoria fundamentada na realidade dos participantes do estudo em um processo interativo em que os pesquisadores coletaram e analisaram dados simultaneamente (CHARMAZ, 2006). Adotou-se como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (IS) que é definido como abordagem sociológica das relações humanas que considera a influência dos significados particulares nas interações sociais e nos significados que o indivíduo alcança dessas interações a partir de sua interpretação pessoal. Por entender que a abordagem de casos de abuso infantil envolve processos diferentes repletos de significados, tanto técnicos quanto culturais e sociais, tal referencial teórico adequa-se ao objeto e aos objetivos propostos neste estudo (BLUMER, 1969; HANDBERG *et al.*, 2015).

3.2 Referencial teórico-metodológico

3.2.1 O Interacionismo Simbólico

O embasamento teórico deste estudo fundamenta-se no Interacionismo Simbólico (IS). O IS é uma abordagem sociológica que se baseia no pragmatismo, que defende a inexistência de certezas, a condição da verdade como relativa e a fluidez da realidade, que é permeada por múltiplas perspectivas (RITZER; STEPNIISKY, 2018). O IS, por sua vez, considera a influência dos significados particulares nas interações sociais, bem como os significados atribuídos pelo indivíduo a partir de sua interpretação pessoal dessas interações. Ele se concentra na natureza das interações e nas atividades sociais dinâmicas que ocorrem entre os significados e as ações realizadas entre as pessoas (NICO *et al.*, 2007), abordando os processos ativos pelos quais as pessoas constroem significados (CHARMAZ, 2014).

Ao adotarem a abordagem do IS, Strauss e Corbin (2008) enfatizaram que os seres humanos são agentes ativos que interagem uns com os outros e com o ambiente ao seu redor de maneira reflexiva. Segundo eles, o processo de construção

de significados ocorre por meio de interações e se manifesta em ações concretas. Essa perspectiva ressalta a importância da interpretação subjetiva das pessoas diante de uma situação específica, em vez de considerar apenas a apresentação objetiva da situação. Essa compreensão é fundamental para este estudo, uma vez que busca explorar como os indivíduos respondem a situações relacionadas ao abuso infantil na prática clínica, levando em consideração suas próprias definições e interpretações dessas situações. Aldiabat e Le Navenec (2011) também destacam esse aspecto, afirmando que a percepção e resposta dos indivíduos são influenciadas pela forma como eles definem a situação, e não apenas pela sua apresentação objetiva. Dessa forma, o IS destaca a importância dos significados simbólicos na construção das nossas ações e na forma como nos relacionamos com o mundo ao nosso redor.

Portanto, essa abordagem teórica é apropriada para o objeto de estudo e os objetivos propostos neste trabalho, uma vez que reconhece que a análise de casos de abuso infantil envolve diversos processos impregnados de significados, tanto do ponto de vista técnico quanto cultural e social. Esses significados podem ser construídos e/ou modificados por meio das interações sociais e estão diretamente relacionados às condutas adotadas pelos enfermeiros em seu contexto e no seu dia a dia.

3.2.2 The Grounded Theory

A pesquisa orientada pelo marco metodológico da *Grounded Theory* tem como propósito desenvolver uma teoria embasada em uma abordagem estruturada e sistemática, que engloba a produção, análise e codificação simultâneas de dados relacionados aos processos do fenômeno em estudo (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Essa metodologia pode resultar em uma teoria de natureza geral, aplicável em diferentes áreas do conhecimento, ou em uma teoria substantiva, que se aplica a uma realidade específica em termos de tempo e espaço (CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A principal característica da *Grounded Theory* é sua natureza indutiva, em que os dados são analisados de forma iterativa e códigos emergentes são identificados a partir das observações e entrevistas. Esses códigos são então agrupados em categorias, que são refinadas e desenvolvidas ao longo do processo de análise.

Ao contrário de outras abordagens, a *Grounded Theory* permite a construção de teorias substantivas, que se aplicam a contextos específicos, bem como teorias formais, que podem ter aplicação mais ampla. A ênfase está na compreensão aprofundada dos fenômenos estudados, por meio da exploração dos significados atribuídos pelos participantes e da identificação de padrões e relações entre os dados.

A abordagem da *Grounded Theory* reconhece que a teoria é construída por meio de interpretações, o que implica que os pesquisadores estão intrinsecamente envolvidos nesse processo (BRYANT, 2002; CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). De acordo com Strauss e Corbin (2008), a análise detalhada dos dados é essencial para permitir a descoberta de novas perspectivas sobre os fenômenos estudados e para classificá-los de maneiras originais, que talvez não tenham sido consideradas anteriormente. No entanto, é fundamental que essas interpretações sejam controladas a fim de evitar qualquer manipulação dos dados. Para garantir a integridade da análise, os pesquisadores utilizam técnicas e procedimentos estruturados, que permitem compreender a lógica subjacente aos dados e manter as interpretações ancoradas nos mesmos, evitando distorções ao longo do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A *Grounded Theory* é considerada apropriada para este estudo devido à sua ênfase na compreensão interpretativa dos significados e experiências dos participantes (CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008). Essa abordagem permite que os pesquisadores analisem os dados de forma aprofundada, identificando padrões, categorias e teorias emergentes que surgem a partir das próprias informações coletadas. Ao adotar essa abordagem, busca-se uma compreensão mais completa e contextualizada do fenômeno em estudo, levando em consideração as perspectivas e vivências dos participantes envolvidos.

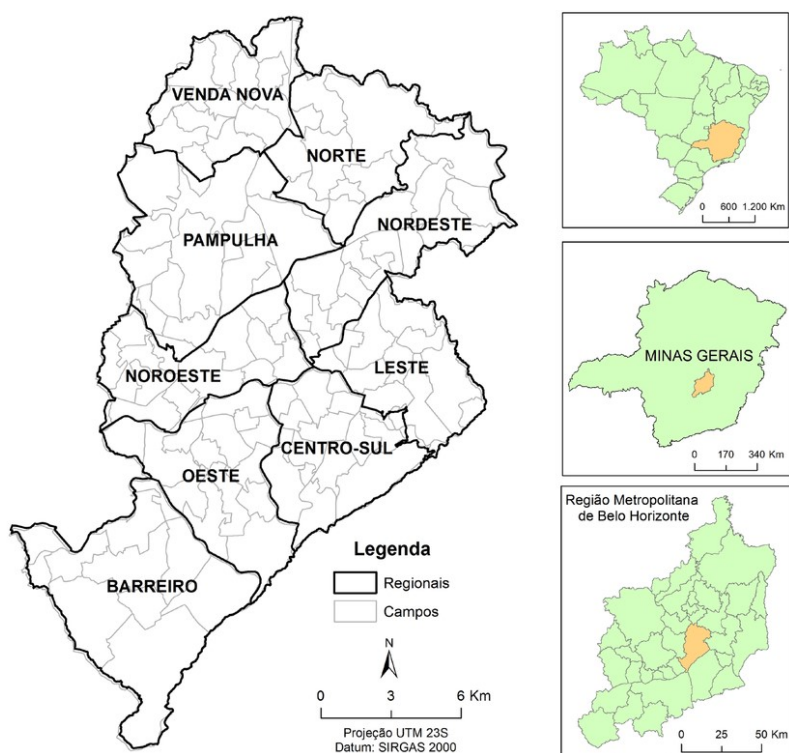
A adoção da *Grounded Theory* como referencial metodológico foi motivada pela intenção de desenvolver uma teoria substantiva sobre o abuso infantil na prática clínica dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa escolha foi feita devido à escassez de estudos aprofundados sobre esse tema específico na literatura. A *Grounded Theory* permite uma investigação detalhada e aprofundada do fenômeno em questão, permitindo a construção de uma TFD coletados diretamente dos enfermeiros que atuam na ESF. Essa abordagem visa compreender os

significados, as concepções e as experiências dos profissionais de saúde envolvidos, buscando insights e descobertas que contribuam para a compreensão e aprimoramento da prática clínica nesse contexto específico.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado em nove centros de saúde localizados em cinco regionais do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, (FIGURA 1) a saber: Regional Norte, Regional Nordeste, Regional Noroeste, Regional Leste e Regional Pampulha (FIGURA 1).

Figura 1: Mapa da localização da distribuição das regionais ou distritos sanitários no município de Belo Horizonte.



Fonte:

https://www.researchgate.net/publication/333993058_A_mobilidade_urbana_em_Belo_HorizonteMinas_GeraisBrasil_indicadores_e_projecoes_para_as_viagens_por_automoveis/figure

A Atenção Primária à Saúde no sistema de saúde público brasileiro é caracterizada por um elevado grau de descentralização e ampla cobertura, sendo prestada nos centros de saúde localizados mais próximos à comunidade. Equipes de

profissionais da ESF atuam nesses Centros de Saúde. Trata-se de uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – eSF) e cada equipe da ESF é responsável por uma população específica de uma microrregião bem delimitada, sendo responsável sanitariamente por essa população (CORBIN; STRAUSS, 2015). Apesar dos Centros de Saúde estarem localizados em regiões com diferentes índices de vulnerabilidade socioeconômica e do atendimento ser aberto a toda população, a demanda nesses locais é principalmente de famílias mais vulneráveis socioeconomicamente (RITCHIE; LEWIS; ELAM, 2003).

Belo Horizonte, a sexta maior cidade do país em termos de população, possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,810 (IBGE, 2019). Seu território é dividido em nove regionais político-administrativas, também conhecidas como distritos sanitários: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. O município abriga uma população estimada de 2.512.070 habitantes (IBGE, 2019), distribuídos em uma área territorial de 331.401 km². Belo Horizonte conta atualmente com 152 Centros de Saúde e 589 Equipes da Estratégia Saúde da Família, conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde.

3.4 Amostragem

Ao determinar a amostragem deste estudo, foram levados em consideração diversos aspectos. Inicialmente, foram consideradas a extensão e a complexidade do objeto de pesquisa, o que caracteriza a adoção da amostragem teórica (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Além disso, levou-se em conta a heterogeneidade da população estudada, buscando selecionar participantes capazes de fornecer informações relevantes sobre o fenômeno investigado com base em suas percepções, perspectivas e experiências vividas (CHARMAZ, 2009; FLICK, 2009; RITCHIE, LEWIS; ELAM, 2003).

Também foram considerados fatores observados em estudos quantitativos anteriores (SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020) para a definição da amostra, com o objetivo de respeitar a premissa de heterogeneidade da população estudada (FLICK, 2009; MAXWELL, 2005; RITCHIE; LEWIS; ELAM, 2003).

3.4.1 Saturação

A saturação desempenha um papel fundamental na pesquisa qualitativa, estando diretamente relacionada à amostragem. Ela é utilizada como critério para determinar o término da coleta e análise de dados, impactando o tamanho da amostra e o número de entrevistas realizadas (CHARMAZ, 2009; GLASER; STRAUSS, 1967; MORSE, 2015; SAUNDERS *et al.*, 2018; STRAUSS; CORBIN, 2008). Segundo Glaser e Strauss (1967), a saturação ocorre quando a coleta de novos dados não acrescenta mais insights significativos para o fenômeno em estudo. Nesse ponto, as citações e conceitos emergentes dos dados começam a se repetir, e não são mais encontrados dados novos e relevantes, indicando a alcançada saturação, sugerindo que o pesquisador explorou abrangentemente o fenômeno (CHARMAZ, 2009; NICO *et al.*, 2007; REBAR *et al.*, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste estudo, foram adotados tanto a "saturação dos dados" quanto a "saturação teórica" como critérios de amostragem. A "saturação teórica", frequentemente utilizada na *Grounded Theory*, envolve o desenvolvimento de categorias e teorias emergentes durante a análise dos dados, determinando a saturação e a necessidade de coleta de dados adicionais, em linha com a amostragem teórica (SAUNDERS *et al.*, 2018). Por outro lado, a "saturação dos dados" estabelece como critério a identificação de redundâncias nos dados, independentemente das categorias ou teorias subjacentes (SAUNDERS *et al.*, 2018). A combinação desses dois tipos de saturação é comumente recomendada por autores como Goulding (2005), Drisko (1997) e Morse (2015).

3.4.2 Seleção dos participantes

A amostra foi constituída por enfermeiros da ESF de Belo Horizonte caracterizando, inicialmente, a amostragem por intencionalidade, sendo esta guiada pela análise dos dados, emergência de códigos e categorias, saturação desses códigos e categorias e saturação teórica (CONLON *et al.*, 2020; STRAUSS; CORBIN, 2008). Foram convidados profissionais de ambos os sexos, com diferentes faixas etárias e com diferentes tempos de trabalho na rede pública, com o intuito de encontrar uma variação nas experiências vividas e alcançar uma maior heterogeneidade da amostra

(MOSER; KORSTJENS, 2018). Esse contato inicial foi mediado, em sua maioria, pelos gerentes dos Centros de Saúde, que se encarregaram de apresentar os pesquisadores aos profissionais de saúde.

O contato com os enfermeiros participantes foi estabelecido presencial ou por meio de comunicação telefônica realizada por dois pesquisadores nos centros de saúde. Esse contato inicial foi mediado, em sua maioria, pelos gerentes dos Centros de Saúde, que se encarregaram de apresentar os pesquisadores aos profissionais de saúde.

3.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2019 e abril de 2020, com a realização de entrevistas intensivas com enfermeiros da ESF (CHARMAZ, 2006), até que se atingiu, por meio da análise dos dados, a saturação teórica (MOSER; KORSTJENS, 2018). A escolha realizada para a coleta de dados foi a utilização de entrevistas individuais semiestruturadas, uma vez que essa técnica permite aprofundar nas questões sociais e pessoais de cada participante (CHARMAZ, 2009; CHARMAZ, 2014; CORBIN; STRAUSS, 2008; FLICK, 2013; GLASER; STRAUSS, 1967).

Essa abordagem proporciona um espaço adequado para explorar as perspectivas e experiências únicas de cada entrevistado, enriquecendo a compreensão do tema em estudo, preservando a privacidade dos entrevistados. Esse formato de entrevistas semiestruturadas está em total consonância com a *Grounded Theory* (CHARMAZ, 2009; CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008). No presente estudo, todas as entrevistas foram conduzidas individualmente, garantindo um ambiente propício para a abordagem franca e confidencial dos participantes.

Dois pesquisadores, devidamente treinados por um especialista em estudos qualitativos, foram responsáveis pela condução das entrevistas. Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro temático semiestruturado e flexível, que tinha como objetivo guiar as entrevistas de forma abrangente. Esse roteiro abrangia perguntas amplas, opções de sondagem e explorava diversos tópicos de interesse para o estudo, sem emitir qualquer tipo de julgamento.

Utilizou-se um roteiro norteador, produzido pelo grupo de pesquisa, com base nas informações sobre o fenômeno estudado e no conhecimento de conceitos prévios sobre o tema (STRAUSS; CORBIN, 2008; HANDBERG *et al.*, 2015) para guiar as entrevistas. As perguntas realizadas durante as entrevistas buscaram capturar a perspectiva dos participantes em relação a definições, situações, eventos, preocupações, significados e experiências (CHARMAZ, 2014). A construção do roteiro foi embasada em elementos extraídos do referencial teórico da pesquisa, bem como em estudos transversais realizados anteriormente pela equipe de pesquisa (NUNES *et al.*, 2020; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2019; SILVA-OLIVEIRA *et al.*, 2020). Dessa forma, o roteiro contemplou os temas relevantes para o estudo e foi dividido em sete partes, abrangendo um total de seis temas.

Para garantir a validação do roteiro de pesquisa e dos temas abordados, foram realizadas três entrevistas piloto. O objetivo dessas entrevistas foi identificar perguntas supérfluas ou ambíguas, avaliar a clareza dos termos utilizados e verificar a adequação do tempo de duração estimado para as entrevistas. Com base nos resultados do estudo piloto, foi possível fazer ajustes no roteiro, reduzindo o tempo de duração das entrevistas e incluindo uma nova opção de sondagem relacionada à interação dos profissionais com os serviços de proteção à criança e ao adolescente. Além disso, durante a coleta e a análise inicial dos dados, os pesquisadores identificaram a importância de abordar a concepção dos enfermeiros em relação ao processo de notificação, o que levou à adição dessa questão ao roteiro. O roteiro final, apresentado no Apêndice A, foi estruturado em sete partes, abordando os seis temas de interesse identificados durante o desenvolvimento da pesquisa.

- a) Introdução e apresentação do entrevistador.
- b) Ambiente de trabalho e caracterização do entrevistado
- c) Concepções e valores em relação aos Maus-tratos Infantis e ao Abuso Físico Infantil
- d) Conduas e Experiências relacionadas aos Maus-tratos Infantis e ao Abuso Físico Infantil
- e) Barreiras e facilitadores para identificar e notificar Maus-tratos Infantis e Abuso Físico Infantil
- f) Competências quanto à identificação e notificação da casos de Abuso Físico Infantil.

g) Notificação e Sistema de Proteção à Crianças e Adolescentes

As entrevistas foram realizadas nos próprios centros de saúde onde os profissionais selecionados estavam trabalhando. Esses locais foram escolhidos por serem convenientes e facilmente acessíveis tanto para os pesquisadores quanto para os participantes. Ao selecionar os espaços, foi dada preferência a ambientes que fossem silenciosos, bem ventilados e propiciassem conforto aos participantes, garantindo que a entrevista ocorresse sem interrupções. Considerando a relevância da contribuição de cada participante para o estudo, em decorrência das medidas de isolamento social estabelecidas durante o período de pandemia da COVID-19, duas entrevistas foram realizadas online por meio de videochamada utilizando um aplicativo de videoconferências³⁵. Antes de iniciar as entrevistas, todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo e tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas com os pesquisadores. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo sua participação voluntária (Apêndice B).

As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo (apenas as entrevistas online) e transcritas em documento do Word (Microsoft Office®). As primeiras impressões foram registradas imediatamente após o término das entrevistas por meio de memorandos intuitivos, a fim de possibilitar comparações sucessivas e permitir que eventos relevantes não fossem perdidos (CHARMAZ, 2006; MOSER; KORTJENS, 2018). O memorando é uma anotação analítica informal, fundamental para a etapa de análise dos dados, que possibilita ao pesquisador analisar constantemente os seus dados, códigos e categorias desde o início da pesquisa, mantendo-o envolvido na análise e elevando o nível de abstração de suas ideias. Os memorandos também são úteis na formulação de conceitos e hipóteses, além de orientar a progressão da análise e o desenvolvimento teórico (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). As entrevistas foram conduzidas em português por ser a língua nativa dos dois entrevistadores e de todos os profissionais participantes.

As entrevistas foram realizadas até que as citações e conceitos emergentes fossem repetidos e dados novos ou adicionais não mais encontrados, atingindo assim a saturação (CHARMAZ, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008; MOSER; KORTJENS,

2018). A amostragem teórica considera as questões feitas ou tópicos explorados e dessa forma são baseados no que foi emergindo do processo de análise. Portanto, as entrevistas foram realizadas até que: (i) nenhum dado novo ou relevante emergiu; (ii) as categorias estivessem bem desenvolvidas em termos de suas propriedades e dimensões; (iii) fosse possível configurar um relacionamento entre as categorias e emergir a teoria (CHARMAZ, 2006).

3.6 Treinamento dos pesquisadores

Ao longo do processo houve 12 encontros da equipe de pesquisa (pesquisadoras – mestrandas e bolsista de iniciação científica da graduação e 3 professores com experiência no método e no tema) para a elaboração da teorização. O treinamento das pesquisadoras constou de discussões teóricas que permitiram o consenso em todo o processo da análise, até a formulação da teorização. Em um primeiro momento, as mesmas receberam instruções sobre estudos qualitativos e as abordagens metodológicas da *Grounded Theory*, de acordo com o livro "A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa" de Kathy Charmaz (2009) que foi estudado e discutido, com a leitura e análise dos capítulos.

Posteriormente, realizou-se o treinamento com base nas entrevistas previamente coletadas, transcritas e analisadas. Deste trabalho, 3 de um total de 14 entrevistas com enfermeiros foram escolhidas por intencionalidade para o desenvolvimento da calibração. Os memorandos das entrevistas, foram elaborados especificamente para esse estudo. Os mesmos foram realizados e discutidos com a equipe de pesquisa.

Ambas as entrevistadoras participaram de um grupo de estudos em pesquisa qualitativa, liderado por professoras do departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da UFMG (FO-UFMG) e do departamento de Saúde Bucal da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da UFMG (FO-UFMG), que possuem expertise na área. Esse grupo de estudos ocorreu de abril de 2023 a junho de 2023, com reuniões mensais. Durante esse período, foram abordados artigos relacionados a metodologias em pesquisa qualitativa, fundamentos teóricos, história da *Grounded Theory*, entre outros tópicos.

3.7 Análise dos dados

A opção escolhida foi a utilização da *Grounded Theory* (STRAUSS; CORBIN, 2008) para o tratamento e análise dos dados qualitativos. Essa abordagem implica na análise dos dados logo após a coleta, antes de retornar ao campo para realizar novas coletas. Na *Grounded Theory*, destaca-se a importância da transcrição integral de todas as gravações das entrevistas. Uma vez concluída a transcrição, dá-se início à análise dos dados.

A análise dos dados teve início simultaneamente à coleta, através da elaboração de memorandos para cada entrevista, possibilitando a análise constante dos dados desde o início da pesquisa e elevando o nível de abstração ao longo do seu desenvolvimento, além de uma categorização preliminar que se manteve ativa ao longo de todo o processo.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de forma independente por dois pesquisadores, diferentes dos que conduziram as entrevistas, utilizando o método comparativo de análise indutiva. A codificação foi realizada em três etapas: aberta, axial e seletiva. A análise foi conduzida seguindo o método comparativo de análise indutiva, o qual envolve a constante comparação entre dados, códigos e categorias estabelecidos pelos pesquisadores (STRAUSS; CORBIN, 2008). Trechos de texto com códigos semelhantes foram agrupados para assegurar uma adequada categorização dos dados, utilizando os códigos mais apropriados.

Na codificação aberta e microanálise as entrevistas foram avaliadas para que rotulassem as passagens e emergissem códigos iniciais para resumir e categorizar parte dos dados. Durante essa etapa, foram utilizadas técnicas de leitura e codificação minuciosas, abrangendo palavra por palavra, linha por linha e parágrafo por parágrafo, com o objetivo de identificar os códigos iniciais potenciais. Cada trecho foi codificado com base em conceitos extraídos diretamente dos dados. Buscou-se identificar as características que definem e delimitam uma categoria, conhecidas como propriedades, bem como as variações dessas características que fornecem especificações e variabilidade para a teorização, conhecidas como dimensões. Além disso, estabelece-se aproximações e comparações entre as categorias, definindo também suas respectivas subcategorias. Um exemplo da codificação aberta está representado no Apêndice C.

Em seguida a fase da codificação axial marcou o início do processo de reorganização dos dados codificados na fase anterior, conhecida como codificação aberta, e proporcionou um refinamento dos conceitos das categorias através da organização de suas propriedades e dimensões. Embora esse processo tenha sido iniciado durante a codificação aberta, ele foi aprimorado e continuou durante a codificação axial. Durante essa etapa, foram identificadas as condições e interações associadas ao fenômeno estudado, e as categorias e subcategorias foram relacionadas tanto entre si quanto com as categorias principais. Também foram estabelecidas declarações que descrevem as relações entre as categorias. Os memorandos e a construção de diagramas desempenharam um papel fundamental nesse sentido. A codificação axial marcou ainda o início da formulação preliminar da teoria.

Durante a fase de codificação seletiva, ocorreu um processo de integração e aperfeiçoamento da teoria. Nessa etapa, foram identificadas as categorias principais ou centrais da teoria, assim como as categorias que se relacionavam em torno delas, formando uma estrutura teórica mais sólida. E, por fim, na codificação seletiva, definiram-se as categorias e fez-se a interação entre as categorias e conceitos emergentes realizando-se o “salto” entre estes achados e o que existe de teorias pré-existentes (CHARMAZ, 2006).

A revisão da literatura foi realizada ao longo da pesquisa e os pesquisadores mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e seus significados (STRAUSS; CORBIN, 2008). No Apêndice D deste trabalho, é possível encontrar um exemplo de memorando utilizado durante o processo de coleta e análise de dados. Da mesma forma, diagramas foram elaborados ao longo da análise até a construção da categoria principal e desenvolvimento da teorização. Tanto os memorandos quanto os diagramas desempenham um papel essencial na *Grounded Theory*, podendo ser incluídos no relatório final do estudo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os diagramas elaborados permitiram uma representação visual do desenvolvimento das categorias, subcategorias, propriedades e dimensões correspondentes. Adicionalmente, os diagramas desempenharam um papel importante na organização e representação visual das relações e interações entre as categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008). Os principais diagramas deste estudo foram incluídos no artigo apresentado nesta dissertação e foram categorizados da seguinte forma:

- a) Diagrama conceitual da categoria Concepção de Abuso Infantil
- b) Diagrama conceitual da categoria Concepção sobre a Notificação
- c) Diagrama conceitual da categoria Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio
- d) Diagrama conceitual da categoria Barreiras e Facilitadores
- e) Diagrama ilustrativo da teorização “Teoria do comportamento de não notificação entre enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (TCNE-ESF)”

As interpretações e codificações realizadas viabilizaram a formação de conceitos, modelos e hipóteses explicativas neste estudo. A etapa final teve como objetivo integrar e aprimorar as categorias em um modelo analítico, com foco na definição das categorias centrais. Em geral, a análise percorreu as fases de descrição, organização conceitual e culminou com a construção da teoria correspondente (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Apesar da distinção em etapas, o processo de coleta e análise dos dados foi conduzido de forma dinâmica, fluida e combinada (CHARMAZ, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008). Para garantir a confiabilidade dos dados, os memorandos foram submetidos a revisões por pares para se testar ideias emergentes e discussão dos dados. Para a organização, categorização e análise dos dados utilizou-se o Excel (Microsoft Office®).

3.8 Considerações Éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CoEP/UFMG) e obteve aprovação, de acordo com o protocolo número CAAE 00198518.1.0000.5149 (ANEXO B), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todos os profissionais convidados a participar do estudo receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e apenas aqueles que assinaram o termo foram entrevistados. Devido à natureza do estudo, que envolvia seres humanos e abordava assuntos pessoais com impacto em suas vidas, os participantes foram devidamente informados sobre os riscos e benefícios envolvidos, e tiveram a opção de recusar-se a responder a qualquer pergunta específica. Além disso, todas as

informações fornecidas pelos participantes foram tratadas com estrita confidencialidade pela equipe de pesquisa. Levando em consideração que este estudo aborda temas sensíveis para algumas pessoas, foi tomado o cuidado de preservar a identidade dos participantes ao divulgar os resultados, omitindo informações pessoais e nomes dos centros de saúde. Dessa forma, a privacidade e a confidencialidade dos participantes foram asseguradas.

4 ARTIGO

Meanings, conception and experiences of nurses faced with child abuse: non reporting theorization

Artigo formatado de acordo com as normas de publicação da *Pediatrics* (ANEXO C) – Fator de impacto: 8.0; Qualis CAPES: A1.

49 comportamento de não-notificação.

50

51 **What This Study Adds**

52 O entendimento a concepção, experiências e comunicação dos enfermeiros frente ao AI,
53 permitiu identificar barreiras associadas à não notificação. Tal compreensão pode ser
54 útil para desenvolver ações que instrumentalizem os enfermeiros no processo de
55 notificação e enfrentamento do AI.

56 Contributors Statement Page

57

58

59 Larissa Fernandes Correia Gonzaga collected data, carried out the analyses, wrote de
60 paper, critically reviewed and revised the manuscript.

61

62 Brenda Torres Santos collected data, carried out analyses, and critically reviewed and
63 revised the manuscript.

64

65 Fernando Silva-Oliveira conceptualized and designed the study, collected data, carried
66 out analyses, and critically reviewed and revised the manuscript.

67

68 Kênia Lara Silva critically reviewed and revised the manuscript.

69

70 Viviane Elisângela Gomes carried out analyses, critically reviewed and revised the
71 manuscript.

72

73 Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar conceptualized and designed the study,
74 coordinated, and supervised data collection, and critically reviewed and revised the
75 manuscript.

76

77 All authors approved the final manuscript as submitted and agree to be accountable for
78 all aspects of the work.

79

80 **Meanings, conception and experiences of nurses faced with child abuse: non**
81 **reporting theorization**

82

83 **Resumo**

84

85 **Objetivo**

86 Desenvolver um modelo teórico substantivo que permita compreender os significados,
87 concepções e experiências dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo
88 Horizonte diante do abuso infantil, além de construir uma teorização sobre o
89 comportamento de não notificação.

90

91 **Métodos**

92 Trata-se de um estudo qualitativo baseado no referencial metodológico da Teoria
93 Fundamentada nos Dados (TFD) e teórico do Interacionismo Simbólico. A amostra foi
94 constituída por intencionalidade. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2019 e
95 abril de 2020, com a realização de entrevistas intensivas até atingir a saturação teórica e
96 a saturação dos dados. O conteúdo das entrevistas foi transcrito em Word e, analisadas
97 antes de retornar ao campo para nova coleta. Além disso, memorandos foram redigidos
98 possibilitando a análise constante dos dados elevando o nível de abstração.

99

100 **Resultados**

101 Foram realizadas 14 entrevistas intensivas com enfermeiros da ESF de nove Centros de
102 Saúde de Belo Horizonte. A coleta e a categorização dos dados ocorreram
103 simultaneamente segundo a TFD e a partir do processo de análise emergiram as
104 categorias principais “Concepção de abuso infantil”, “Concepção sobre a notificação”,
105 “Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio” e “Barreiras e Facilitadores”.
106 Das conexões entre as categorias emergentes e suas relações construiu-se a “Teoria do
107 comportamento de não notificação entre enfermeiros da ESF”.

108

109 **Conclusão**

110 O comportamento de não notificação dos eventos de abuso infantil é uma realidade entre
111 os enfermeiros da ESF. Os motivos da não notificação podem ser compreendidos a partir
112 dos elementos que emergiram dos dados.

113 **Meaning, conception, and experience of nurses faced with child abuse: non-**
114 **reporting theorization**

115

116 **Introdução**

117 O abuso infantil (AI), ou maus-tratos infantis, abrange diversas formas de
118 violência que podem prejudicar a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade
119 de uma criança.^{1,2} É um problema de saúde pública que afeta crianças e adolescentes em
120 todo mundo, independente da classe social. Anualmente, em todo o mundo, estima-se que
121 cerca de 1 bilhão de crianças e adolescentes sejam expostos a algum tipo de AI³. Apenas
122 no Brasil, 180 mil casos de abuso sexual foram estimados entre 2017 e 2020 – uma média
123 de 45 mil por ano.⁴

124 A complexidade do AI requer uma abordagem multidisciplinar e, o setor saúde, é
125 o local onde as vítimas buscam serviços de urgência, assistência social e atenção
126 especializada.⁵ Dessa forma, os profissionais da saúde tem um papel de destaque na
127 identificação e notificação dos casos de AI. Dentre esses profissionais, estão os
128 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois atuam no cuidado individual e
129 coletivo no âmbito da atenção primária a saúde. Ainda que alguns relatos na literatura
130 demonstrem a alta frequência do reconhecimento do AI pelos profissionais da saúde,^{6,7}
131 outros estudos também demonstraram uma alta frequência de não notificação e
132 subnotificação.⁸⁻¹⁰

133 Para uma melhor compreensão dos motivos que levam os enfermeiros da ESF a
134 não notificar casos de AI, é necessário realizar estudos que permitam adentrar o mundo
135 experiencial desses profissionais. Tais estudos possibilitam a construção de um
136 conhecimento aprofundado, baseado na realidade dos serviços, nas ações dos enfermeiros
137 diante dos casos de abuso, no significado que eles atribuem a esses eventos enquanto
138 membros de uma equipe e nas estratégias que adotam para lidar com essas situações.

139 Além disso, pesquisas de abordagem qualitativa sobre a temática ajudam e interpretar as
140 interações e interconexões entre diversos fatores envolvidos e a desenvolver teorias
141 relativas ao fenômeno AI.^{11, 12} Nesse contexto, objetivamos desenvolver um modelo
142 teórico substantivo que permita compreender os significados, concepções e experiências
143 dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte diante do abuso
144 infantil, além de construir uma teorização sobre o comportamento de não notificação.

145

146 **Métodos**

147 **Desenho do estudo**

148 Foi adotado como referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados
149 (TFD)¹³ por permitir a análise e a interpretação de perspectivas e experiências, focando
150 no discurso dos próprios participantes.^{13, 14} Ou seja, tem a capacidade de induzir uma
151 teoria fundamentada na realidade dos participantes do estudo em um processo interativo
152 em que os pesquisadores coletaram e analisaram dados simultaneamente.¹⁴ Adotou-se
153 como referencial teórico o Interacionismo Simbólico (IS). Por entender que a abordagem
154 de casos de AI envolve processos diferentes repletos de significados, tanto técnicos
155 quanto culturais e sociais, tal referencial teórico adequa-se ao objeto e aos objetivos
156 propostos neste estudo.¹²

157

158 **Local do estudo**

159 O estudo foi realizado em nove Centros de Saúde (CS) do município de Belo
160 Horizonte, que é uma das capitais da região sudeste e a sexta maior cidade do Brasil em
161 número de habitantes.¹⁵ Equipes multiprofissionais (equipe de Saúde da Família – eSF)
162 da ESF atuam nesses CS e cada equipe é responsável sanitariamente por uma população
163 específica de uma microrregião delimitada.¹⁶

164

165 **Seleção dos participantes**

166 A amostra foi constituída por enfermeiros da ESF de Belo Horizonte
167 caracterizando, inicialmente, a amostragem por intencionalidade, sendo esta guiada pela
168 análise dos dados, emersão de códigos e categorias, saturação desses códigos e categorias
169 e saturação teórica.^{17, 18} Foram convidados profissionais de ambos os sexos, com
170 diferentes faixas etárias e com diferentes tempos de trabalho na rede pública, com o
171 intuito de encontrar uma variação nas experiências vividas e alcançar uma maior
172 heterogeneidade da amostra.¹⁹ Esse contato inicial foi mediado, em sua maioria, pelos
173 gerentes dos CS, que se encarregaram de apresentar os pesquisadores aos profissionais
174 de saúde.

175

176 **Coleta dos dados**

177 A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2019 e abril de 2020, com a
178 realização de entrevistas intensivas com enfermeiros da ESF,²⁰ até que se atingiu, a
179 saturação dos dados teórica.¹⁹

180 As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos. Dois entrevistadores, com
181 treinamento prévio em pesquisa qualitativa, realizaram as entrevistas. Em decorrência
182 das medidas de isolamento social durante o período de pandemia da COVID-19, duas
183 entrevistas foram realizadas por meio de videochamada.²¹ As primeiras impressões foram
184 registradas imediatamente após o término das entrevistas por meio de memorandos
185 intuitivos,^{19, 20} As entrevistas foram gravadas em áudio e vídeo (apenas as entrevistas
186 online) e transcritas em documento do Word (Microsoft Office®).

187 Utilizou-se um roteiro norteador, produzido pelo grupo de pesquisa, com base nas
188 informações sobre o fenômeno estudado e no conhecimento de conceitos prévios sobre o
189 tema para guiar as entrevistas.^{12, 13} Em acordo com a TFD, o roteiro foi inteiramente
190 revisado quando novos entendimentos foram adquiridos a partir das entrevistas

191 anteriores.

192 As entrevistas foram realizadas até que as citações e conceitos emergentes fossem
193 repetidos e dados novos ou adicionais não mais encontrados, atingindo assim a saturação.

194 ^{13, 19, 20} A amostragem teórica considera as questões feitas ou tópicos explorados e dessa
195 forma são baseados no que foi emergindo do processo de análise.²⁰

196

197 **Análise dos dados**

198 Os dados foram analisados assim que coletados, antes de retornar ao campo para
199 uma nova coleta. Memorandos foram redigidos para cada entrevista, possibilitando a
200 análise constante dos dados desde o início da pesquisa e elevando o nível de abstração ao
201 longo do seu desenvolvimento.²⁰

202 As entrevistas foram transcritas e analisadas de forma independente por dois
203 pesquisadores com o método comparativo de análise indutiva. A codificação foi realizada
204 em três etapas: aberta, axial e seletiva. Na codificação aberta e microanálise as entrevistas
205 foram avaliadas para que rotulassem as passagens e emergissem códigos iniciais para
206 resumir e categorizar parte dos dados, em seguida, na codificação axial, refinados em
207 códigos e temas. Segmentos de texto com códigos similares foram pareados para garantir
208 uma correta adequação dos códigos que melhor categorizassem os dados. E, por fim, na
209 codificação seletiva, definiram-se as categorias e fez-se a interação entre as categorias e
210 conceitos emergentes realizando-se o “salto” entre estes achados e o que existe de teorias
211 pré-existentes.²⁰

212 A revisão da literatura foi realizada ao longo da pesquisa e os pesquisadores
213 mantiveram a “mente aberta” em relação aos dados e seus significados.¹³ Diagramas
214 foram elaborados ao longo das análises.

215 Para garantir a confiabilidade dos dados, os memorandos foram submetidos a
216 revisões por pares para se testar ideias emergentes e discussão dos dados. Os memorandos

217 foram úteis na formulação de conceitos e hipóteses, além de orientar a progressão da
218 análise e o desenvolvimento teórico. Ao longo do processo houve 12 encontros da equipe
219 de pesquisa (pesquisadoras – mestranda e bolsista de iniciação científica da graduação e
220 três professores com experiência no método e no tema). O treinamento das pesquisadoras
221 constou de discussões teóricas que permitiram o consenso em todo o processo da análise,
222 até a formulação da teorização. Para a organização, categorização e análise dos dados
223 utilizou-se o Excel (Microsoft Office®).

224

225 **Considerações éticas**

226 Esse estudo foi aprovado pelo Comitês de Ética da Universidade Federal de Minas
227 Gerais (CAAE: 00198518.1.3002.5140) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo
228 Horizonte.

229

230 **Resultados**

231 Foram entrevistados 14 enfermeiros da ESF de Belo Horizonte, sendo 13 do sexo
232 feminino, com tempo médio de trabalho na ESF de 13,71 anos. A TFD resultou na
233 “Teoria do comportamento de não notificação entre enfermeiros da Estratégia Saúde da
234 Família”, tendo como categorias principais: “Concepção de AI”, “Concepção sobre a
235 notificação”, “Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio” e “Barreiras e
236 Facilitadores”.

237

238 **Concepção de abuso infantil**

239 O AI foi definido pelos enfermeiros com base em percepções, achados clínicos e
240 vivências. Para eles, o AI é um assunto difícil de ser tratado, sendo associado à violação
241 dos direitos da criança: “(E10) O abuso que a gente vê...é algo que às vezes não é
242 atividade sexual consumada, mas desde que envolva às vezes o toque na criança...ou ela

243 *presenciar cenas que não era para ela está vivendo nesse ambiente familiar.” Apesar da*
244 *identificação nas entrevistas dos tipos de abuso (físico, psicológico, sexual e negligência),*
245 *o termo abuso parece estar mais relacionado ao abuso sexual na percepção dos*
246 *enfermeiros “(E2) Passar a mão, passar a mão no corpo, passar a mão nas partes*
247 *íntimas já configura abuso, né.”.*

248 O abuso psicológico, segundo os entrevistados é compreendido: “(E2) *O abuso*
249 *psicológico eu acho que já é um leque maior... Você pode ver vários sinais, né? Atraso*
250 *no aprendizado, retrocesso na questão de urinar na cama, retrocesso na questão da*
251 *alimentação, da ansiedade, eu acho que são vários sinais.; “(E8)... os abusos*
252 *psicológicos que as vezes é... marcam muito mais do que um físico.”.*

253 Os entrevistados definem abuso físico como uma agressão ou uma violência
254 contra a criança: “(E4) *O físico eu, eu acho que ele é... ele é mais fácil de ver né. Se você*
255 *tiver um olhar é, mais cuidadoso pra criança e tudo... você vai ver que elas vai trazer*
256 *marcas no, no corpo de abuso físico.”; “(E12) *Eu não sou contra a palmada, porque eu*
257 *acho que a criança tem que ter limite.” Ressalta-se que, para a maioria dos enfermeiros,*
258 *a palmada não deve ser aceita em nenhum momento, sendo considerada abuso e um*
259 *método não eficaz. Um diagrama conceitual da categoria concepção de AI é apresentado*
260 *na figura 1.**

261

262 **Concepção sobre a notificação**

263 Mesmo o AI sendo identificado e presenciado dentro do CS, o que se identificou
264 nas entrevistas foi que a notificação por parte dos enfermeiros nem sempre é realizada.
265 Os achados apontam que isso se dá por confundirem os termos notificação e denuncia:
266 “(E2) *Faz, a gente faz sim...às vezes pode ser que não seja notificação, por exemplo, eu*
267 *não posso fazer uma denúncia para o conselho tutelar de uma coisa que eu não tenho*
268 *certeza, mas as notificações estão no prontuário do paciente.”; “(E2) *Não, quando você**

269 *fala assim... uma suspeita, uma suspeita é sempre uma suspeita, não é uma certeza. Eu*
270 *não tenho uma confirmação. Então se é pra fazer uma denúncia, seja no conselho tutelar*
271 *ou em qualquer outro órgão, isso é uma coisa muito séria...eu acho que eu tenho que ter*
272 *certeza. ”.*

273 Os enfermeiros que possuem habilidade para realizar notificações, em geral,
274 possuem conhecimento a respeito do fluxo de notificação, estão cientes da existência da
275 ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e, compreendem a
276 importância desse ato para proteger a criança, mesmo nos casos de suspeita. Por outro
277 lado, aqueles que demonstram comportamento de não notificação diante de um caso de
278 AI, tendem a compartilhar o caso com a equipe por receio de que a notificação possa
279 trazer mais prejuízos para a criança: “(E3) Primeiro eu acho que eu não tenho condições,
280 eu não tenho condições de definir isso sozinha. Eu sempre vou dividir com a médica da
281 equipe, porque às vezes você tem uma percepção que não é baseada na realidade...”. A
282 figura 2 apresenta um diagrama conceitual a respeito da concepção sobre a notificação.

283

284 **Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio**

285 A relação com os órgãos de apoio se dá normalmente por meio da assistente social
286 e do conselho tutelar. A maioria dos enfermeiros considera que o assistente social é
287 resolutivo, porém alguns poucos participantes apontaram que estes profissionais podem
288 apresentar conduta ineficaz e não tomar decisões: “(E12) O Conselho... ele tenta ver a
289 situação da melhor forma, resolver da melhor forma, né? Conversar, ver o que pode ser
290 feito...ele faz várias tentativas. A assistente social é mais para resolver. Resolutiva.”;
291 “(E8) Eu acho que é um sentimento da equipe. Eu acho que eles estão mais para cumprir
292 uma função do que realmente resolver aquele problema.” (Figura 3).

293

294 **Barreiras e Facilitadores**

295 A partir dos relatos, foram citadas barreiras para a não notificação do AI, sendo
296 uma delas o medo, que se divide em medo de perda de vínculo; medo associado a
297 insegurança: “(E13) *É porque a gente sofre muita violência no CS e isso é medo do*
298 *profissional de se expor, de falar porque, se é uma suspeita, e ele faz uma notificação,*
299 *ele tem medo da exposição...*”; “(E5) *Que é o vínculo. Eu tô aqui a, há quase 19 anos...*
300 *Eu sei quem é você. Eu sei a sua família toda. E as vezes a gente fica meio cego com isso.*
301 *A gente fala, não, mas, será que essa. Nossa, mas ela... Será que ela vai me agredir”.*

302 Os enfermeiros relatam, também, tempo e demanda como dificultadores devido
303 ao grande número de pacientes: “(E8) *A demanda é muito alta. Dificulta muito que às*
304 *vezes a gente tem que agilizar para conseguir atender a quantidade de pessoas que tem*
305 *e às vezes passa despercebido alguma coisa”.*

306 A falta de capacitação da equipe é mencionada: “(E5) *Não. O fluxo não é claro.*
307 *A logística para o fluxo fluir não é claro. Quais são os passos? Notifica... Onde fica a*
308 *notificação”.*

309 Apesar de citarem muitas barreiras como dificultadores, alguns enfermeiros
310 sugeriram facilitadores para a notificação do AI. Para eles, seria primordial capacitar a
311 equipe envolvida, por meio de treinamentos, cursos de identificação e notificação, além
312 de reuniões frequentes da equipe nos CS. Citam, também, a importância de um fluxo de
313 notificação, contendo protocolos, passo-a-passo e maior conhecimento sobre a ficha do
314 SINAN. A figura 4 apresenta um diagrama conceitual da categoria barreiras e
315 facilitadores.

316

317 **Teorização**

318 Após entender a conexão entre as categorias emergentes e suas relações foi
319 possível formular a teorização, nomeada “Teoria do comportamento de não notificação
320 entre enfermeiros da ESF”. As entrevistas realizadas permitiram compreender a

321 existência de um processo, representado pelas condutas dos enfermeiros em relação a não
322 notificação do AI, favorecendo assim o entendimento de como o fenômeno ocorre. A
323 figura 5 ilustra o modelo teórico construído através das interligações das categorias.

324

325 **Discussão**

326 A teorização emergente possibilitou compreender o comportamento de não
327 notificação do AI entre os enfermeiros da ESF. Elementos identificados incluem conduta
328 baseadas na concepção de AI, comportamento frente a necessidade de notificação e
329 ruídos na comunicação. Além disso, barreiras e facilitadores do fenômeno da não
330 notificação foram mapeados.

331 Os entrevistados definiram AI como agressão ou violência contra a criança, está
332 associada a um sinal físico visível, podendo, em alguns casos, estar até relacionado a
333 finalidade educativa, como a palmada. O castigo físico no Brasil ainda é comum,²² mas
334 enfermeiros não o legitimam, considerando-o abusivo e ineficaz. Alguns defendem a
335 palmada como método cultural de educação, porém a Lei da Palmada proíbe seu uso.²³
336 A OMS e a Associação Americana de Pediatria também se posicionam contra, pois
337 evidência sugere que até mesmo palmadas leves podem ter efeitos deletérios duradouros
338 até na vida adulta.²⁴

339 O abuso sexual é definido como a utilização da sexualidade de uma criança ou
340 adolescente para a prática de qualquer ato de natureza sexual.²⁵ Os enfermeiros parecem
341 concordar que o abuso sexual é sempre considerado AI, sendo consenso que sempre deve
342 ser notificado, embora nem sempre o seja. Em relação ao abuso psicológico/emocional
343 muitos dos enfermeiros entrevistados acreditam que a conduta de identificar e
344 diagnosticar este tipo de abuso não seja competência do enfermeiro, por denominarem
345 essa função a um profissional de saúde mental, portanto, cabe aos enfermeiros realizar
346 apenas o devido encaminhamento. É notável que a concepção dos enfermeiros sobre

347 abuso psicológico merece atenção, uma vez que muitos dos conceitos apresentados
348 podem refletir na não notificação.

349 A negligência foi considerada um evento difícil de ser notificado, pois é vista
350 como uma forma menos grave de AI. Os participantes acreditam que a negligência pode
351 ser intencional ou não intencional e, preferem ajudar diretamente os responsáveis
352 (encaminhar para acompanhamento psicológico, tentam conseguir horário integral para a
353 criança na escola) antes de fazer a notificação. Contudo, mesmo que a família tenha
354 dificuldades, isso não justifica a negligência. É necessário que o Estado adote estratégias
355 de prevenção e combate a negligência infantil.²⁶ Esse enfrentamento requer abordagem
356 robusta e intersetorial, pois o setor saúde não pode enfrentar sozinho um problema
357 multifacetado e com determinantes nos diferentes âmbitos da vida das crianças em
358 situação de negligência.

359 A concepção de AI revela lacunas na formação dos profissionais, que por vezes
360 confundem notificação e denúncia. No Brasil, a notificação é o ato de informar, sendo
361 realizado por meio da ficha de notificação do SINAN pelos profissionais da rede pública,
362 ou pelo disque 100 ou conselho tutelar pelos profissionais da rede pública ou privada. Já
363 a denúncia, é o ato de acusar em segredo algo contrário à lei, sendo suscetível a punição
364 e realizada pelo Ministério Público.²⁷

365 Nesse estudo, a maioria dos enfermeiros afirmaram que a comunicação com
366 assistentes sociais é mais eficiente do que com o conselho tutelar. Isso ressalta a
367 necessidade de capacitação na área da violência intrafamiliar, já que os profissionais têm
368 informação clínica e os conselhos tutelares atuam com base no Estatuto da Criança e do
369 Adolescente.²⁸ A falta de feedback e o compromisso dos órgãos de apoio gera frustração
370 e desmotivação nos enfermeiros, afetando seu comportamento de notificação.²⁹

371 Algumas barreiras e facilitadores para a notificação do abuso observadas neste
372 estudo foram também identificadas por outros autores: i) falta de conhecimento do

373 assunto.³⁰⁻³³ ii) Preocupações com relação a confidencialidade, que pode estar associada
374 ao medo de retaliação por parte tanto dos familiares das vítimas quanto dos abusadores.
375 ³⁴ iii) Medo de que a notificação possa causar mais consequências negativas do que
376 positivas.^{31, 35, 36} Fatores como trabalhar por cinco anos ou mais, ter um formulário de
377 notificação dentro do CS, treinamento sobre AI e formas de notificação, e acreditar no
378 sistema de proteção à criança foram descritos como facilitadores.^{37, 38}

379 O comportamento de não notificação do AI permanece uma realidade.⁴⁰ A teoria
380 elaborada a partir da abordagem do abuso infantil pelos enfermeiros da ESF indica que
381 esses profissionais possuem diferentes concepções sobre o AI, o que dificulta o
382 reconhecimento e a decisão de notificar às autoridades. A comunicação com os órgãos de
383 apoio também é deficiente, afetando a notificação. Barreiras incluem alta demanda de
384 atendimento, falta de tempo, medo de retaliação ou prejudicar a criança e, falta de
385 conhecimento sobre o fluxo de notificação. Facilitadores incluem treinamento adequado
386 e apoio dos colegas e liderança. Conhecer essa teoria pode ajudar a combater o AI pelos
387 enfermeiros da ESF, permitindo uma compreensão mais profunda dos desafios e
388 oportunidades que enfrentam em sua práxis.

389

390 **Conclusão**

391 O comportamento de não notificação dos eventos de abuso infantil é uma
392 realidade entre os enfermeiros da ESF de Belo Horizonte e o presente estudo possibilitou
393 uma melhor compressão deste comportamento.

394

Acknowledgments

Os autores gostariam de agradecer também ao CNPq e à Pró-reitoria de Pesquisa de Universidade Federal de Minas Gerais.

References

1. World Health Organization (WHO). International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. 1 ed. WHO; 2006. Accessed June 7, 2023. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_eng.pdf;jsessionid=56F3398255357C38B63934626F9DE159?sequence=1
2. U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. 2022. *Child Maltreatment 2020*. U.S. Department of Health & Human Services; 2022. Accessed June 7, 2023. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm2020.pdf>
3. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079.
4. United Nations Children's Fund (UNICEF). The Brazilian forum for public security. Panorama of lethal and sexual violence against children and adolescents in Brazil. 1 ed. UNICEF; 2021. Accessed June 7, 2023. <https://www.unicef.org/brazil/media/17341/file/panorama-lethal-sexual-violence-against-children-adolescents-in-brazil.pdf>
5. Feng JY, Jezewski MA, Hsu TW. The meaning of child abuse for nurses in Taiwan. *J Transcult Nurs*. 2005;16(2):142-149.
6. Brattabo IV, Iversen AC, Astrom AN, Bjorknes R. Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. *Acta Odontol Scand*. 2016;74(8):626-632.
7. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-180.
8. Goncalves HS, Ferreira AL. [Health professionals' reporting of family violence against children and adolescents]. *Cad Saude Publica*. 2002;18(1):315-319.
9. Roberts JM, Roberts JL, Harrington AL, Vudy VA, Krumenacker JB. Clinical Supervision Dilemmas Related to Child Abuse in Wraparound Treatment. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(7):2258-2267.
10. Silva MAI, Ferriani MdGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15.
11. Charmaz K. Constructivist grounded theory. *The Journal of Positive Psychology*.

2017;12(3):299-300.

12. Handberg C, Thorne S, Midtgaard J, Nielsen CV, Lomborg K. Revisiting Symbolic Interactionism as a Theoretical Framework Beyond the Grounded Theory Tradition. *Qual Health Res.* 2015;25(8):1023-1032.

13. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory.* 3 ed. SAGE Publications, Inc.; 2008.

14. Charmaz K. *Constructing grounded theory.* 1 ed. SAGE Publications, Inc.; 2006.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades. IBGE website. Accessed June 7, 2023. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>

16. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet.* 2019;394(10195):345-356.

17. Conlon C, Timonen V, Elliott-O'Dare C, O'Keeffe S, Foley G. Confused About Theoretical Sampling? Engaging Theoretical Sampling in Diverse Grounded Theory Studies. *Qual Health Res.* 2020;30(6):947-959.

18. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* 1 ed. Aldine Transaction; 1967.

19. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):9-18.

20. Charmaz K, Belgrave LL. *Grounded Theory.* The Blackwell Encyclopedia of Sociology. John Wiley & Sons, Ltd.; 2015.

21. Sah LK, Singh DR, Sah RK. Conducting Qualitative Interviews using Virtual Communication Tools amid COVID-19 Pandemic: A Learning Opportunity for Future Research. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020;58(232):1103-1106.

22. Moreira GA, Vieira LJ, Deslandes SF, Pordeus MA, Gama Ida S, Brilhante AV. [Factors associated with the report and adolescent abuse in primary healthcare]. *Cien Saude Colet.* 2014;19(10):4267-4276.

23. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n 13.010, de 26 de junho e 2014. Accessed June 7, 2023. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113010.htm

24. Sege RD, Siegel BS, Council On Child A, Neglect, Committee On Psychosocial Aspects Of C, Family H. Effective Discipline to Raise Healthy Children. *Pediatrics.* 2018;142(6).

25. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS, et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20(3):163-172.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Violência Faz Mal à Saúde.* 1 ed. Ministério da Saúde; 2006.

Accessed June 7, 2023.

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

27. Conselho Regional de Enfermagem de Tocantins (Coren - TO). Termo de Denúncia. Coren – TO. 2018. Accessed June 7, 2023. <http://www.corentocantins.org.br/termo-de-denuncia/>
28. Lira SVG, Moreira DP, Carneiro GMA, Noronha CV, Vieira LJEdS. Articulação Entre o conselho tutelar e o setor saúde no enfrentamento à violência intrafamiliar. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2018;16.
29. Saltmarsh T, Wilson D. Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. *J Clin Nurs*. 2017;26(15-16):2244-2255.
30. Abrahams N, Casey K, Daro D. Teachers' knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. *Child Abuse Negl*. 1992;16(2):229-238.
31. Alvarez KM, Kenny MC, Donohue B, Carpin KM. Why are professionals failing to initiate mandated reports of child maltreatment, and are there any empirically based training programs to assist professionals in the reporting process? *Aggression and Violent Behavior*. 2004;9(5):563-578.
32. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012;26(1):5-11.
33. Stein TJ. The Child Abuse Prevention and Treatment Act. *Social Service Review*. 1984;58(2):302-314.
34. Kilpatrick NM, Scott J, Robinson S. Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia. *Int J Paediatr Dent*. 1999;9(3):153-159.
35. Steinberg KL, Levine M, Doueck HJ. Effects of legally mandated child-abuse reports on the therapeutic relationship: a survey of psychotherapists. *Am J Orthopsychiatry*. 1997;67(1):112-122.
36. Tilden VP, Schmidt TA, Limandri BJ, Chiodo GT, Garland MJ, Loveless PA. Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence. *Am J Public Health*. 1994;84(4):628-633.
37. Pisalchaiyong T, Trairatvorakul C, Jirakijja J, Yuktarnonda W. Comparison of the effectiveness of oral diazepam and midazolam for the sedation of autistic patients during dental treatment. *Pediatr Dent*. 2005;27(3):198-206.
38. Kuruppu J, McKibbin G, Humphreys C, Hegarty K. Tipping the Scales: Factors Influencing the Decision to Report Child Maltreatment in Primary Care. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(3):427-438.

Figura 1. Diagrama conceitual da categoria Concepção de Abuso Infantil.

Figura 2. Diagrama conceitual da categoria Concepção sobre a Notificação.

Figura 3. Diagrama conceitual da categoria Comunicação entre os profissionais e os órgãos de apoio.

Figura 4. Diagrama conceitual da categoria Barreiras e Facilitadores.

Figura 5. Diagrama ilustrativo da teorização “Teoria do comportamento de não notificação entre enfermeiros da Estratégia Saúde da Família”.

Figure 1

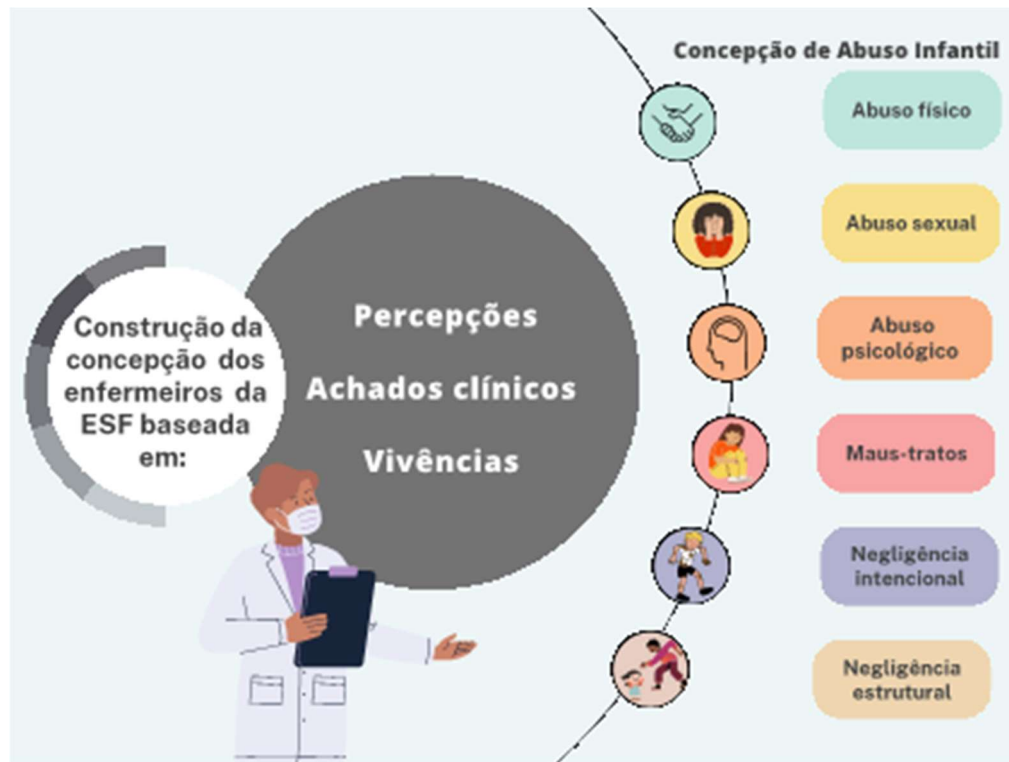


Figure 2

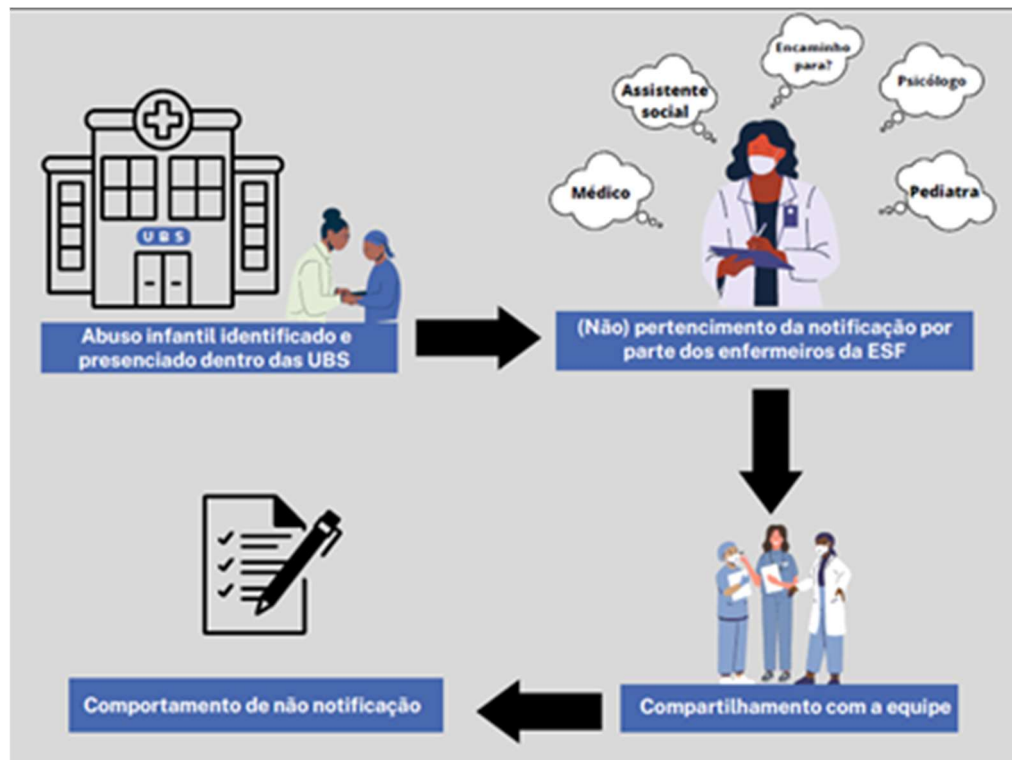


Figure 3

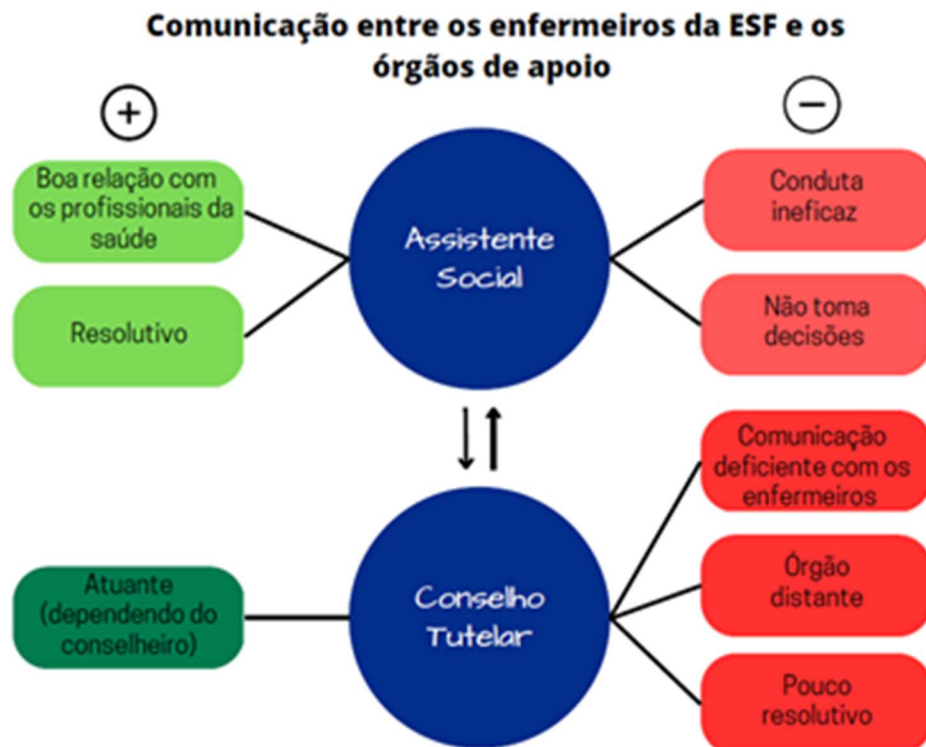


Figure 4

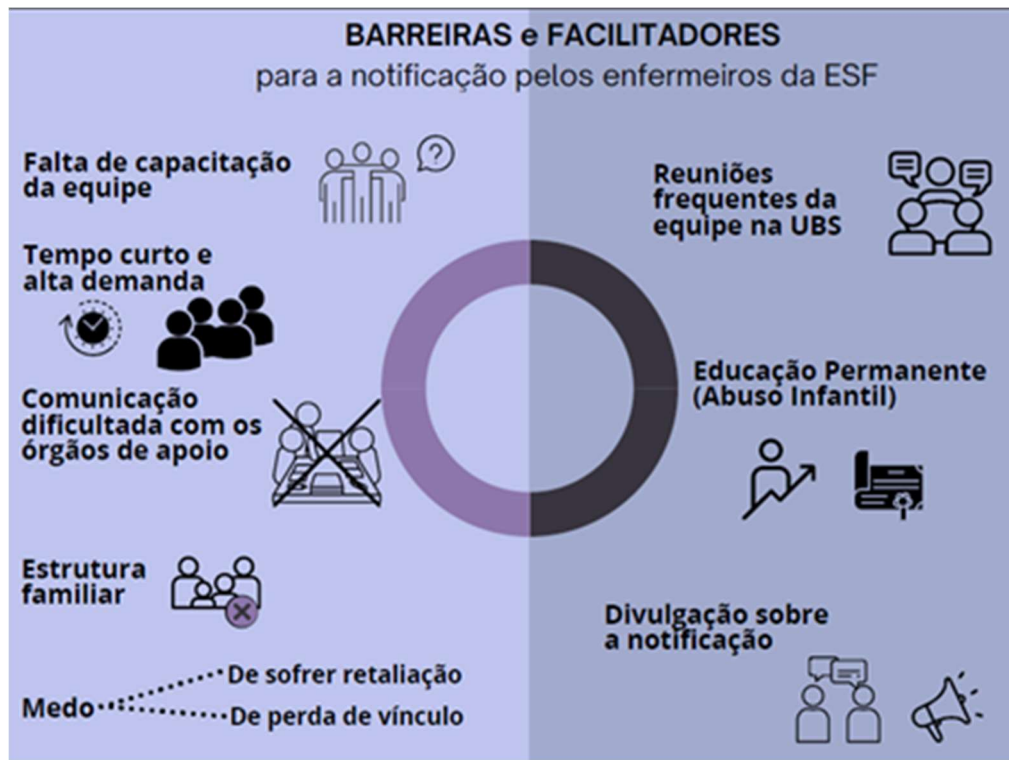


Figure 5



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura deixa claro que o abuso infantil é um fenômeno preocupante que afeta crianças e adolescentes em todo o mundo. É considerado um problema de saúde pública devido à sua extensão e às consequências negativas que podem ter na vida das vítimas. A alta prevalência do abuso infantil indica que muitas crianças estão expostas a situações de violência, negligência, abandono e exploração.

É sabido que as consequências do abuso infantil são vastas e duradouras. As crianças que sofrem abuso podem enfrentar problemas de saúde física e mental, como lesões, transtornos de ansiedade, depressão, distúrbios alimentares e até mesmo tentativas de suicídio, podendo afetar negativamente também o desenvolvimento cognitivo, emocional e social das crianças, prejudicando seu desempenho escolar, relacionamentos interpessoais e perspectivas de vida futura.

A concepção dos enfermeiros, sobre o abuso infantil e o sistema de notificação desempenha um papel crucial na abordagem desses casos. Essa concepção influencia diretamente o modo como esses profissionais lidam com o abuso infantil em seu trabalho diário. Portanto, compreender essa concepção é fundamental para melhorar a abordagem e a resposta apropriada a essa questão. O conceito de abuso infantil é moldado ao longo da vida dos profissionais, incorporando aspectos de suas experiências pessoais, profissionais e sociais relacionadas ao tema. Essas vivências e trajetórias de vida têm um impacto significativo na forma como os enfermeiros percebem, interpretam e lidam com casos de abuso infantil. Portanto, pesquisas que investigam a influência das experiências pessoais e profissionais na construção dessas concepções são cruciais para melhorar as práticas e intervenções nessa área.

Os resultados deste estudo são de extrema importância para a elaboração de intervenções direcionadas aos enfermeiros da ESF, a fim de modificar o atual cenário de dúvidas e altos índices de comportamentos de não notificação diante do abuso infantil. Digo isso, porque acredito que compreender as concepções existentes e os fatores que influenciam a abordagem do abuso infantil é um passo essencial para promover mudanças significativas e efetivas nas práticas dos profissionais de saúde.

Esse estudo demonstrou que, apesar de estarem em uma posição estratégica para identificar casos de abuso infantil, os enfermeiros da ESF

apresentaram um comportamento de não notificação com base em vários fatores, como alta demanda, falta de tempo, falta de resolutividade dos órgãos de apoio, insegurança nos CS, capacitação deficiente e falta de clareza sobre seu papel na notificação. Precisamos refletir sobre essas descobertas, pois destacam a importância de abordar esses desafios por meio de estratégias como capacitação adequada, suporte institucional e melhorias nas condições de trabalho, a fim de promover uma notificação efetiva e, conseqüentemente, proteger as crianças em situação de abuso.

Vale ressaltar que a proteção das crianças é uma responsabilidade coletiva da sociedade. A vulnerabilidade das crianças exige que priorizemos suas necessidades e tomemos medidas efetivas para protegê-las. A implementação de ações de educação na saúde, aliada à fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, é uma estratégia fundamental para capacitar os profissionais e promover um ambiente seguro e protegido para as crianças.

Assim, as contribuições aqui sugeridas não se baseiam apenas em teorias estabelecidas, mas também na sensibilidade teórica dos pesquisadores e em suas práticas no campo. Essa combinação de teoria e sensibilidade permite uma compreensão mais holística e abrangente do abuso infantil, resultando em propostas que visam abordar os problemas de maneira efetiva e sensível às necessidades das vítimas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

ALDIABAT, K; LE NAVENEC, C. Philosophical roots of classical grounded theory: Its foundations in symbolic interactionism. **The Qualitative Report**, Fort Lauderdale, v. 16, n. 4, p. 1063-1080, Jul.. 2011.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: perspective and method**. New Jersey. 1 ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969. 208 p.

BORIMNEJAD, L.; FOMANI, F. K. Child abuse reporting barriers: Iranian nurses' experiences. **Iran Red Crescent Med J.**, Dubai, v. 17, n. 8, p. 1-7, Aug. 2015.

BRAGANÇA-SOUZA, K. K. *et al.* Health Professionals: Identifying and Reporting Child Physical Abuse-a Scoping Review. **Trauma Violence Abuse**, Thousand Oaks, *online ahead of print*, Fev. 2023.

BERCHTOLD, M. B. *et al.* Nurses' and physicians' reported difficulties and enablers to recognising and reporting child abuse in Swiss paediatric emergency and paediatric surgery departments - an observational study. **Swiss Med Wkly.**, Basel, *online ahead of print*, Jun. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei nº 14.022, de julho de 2020**. Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e ao enfrentamento à violência contra crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do responsável pelo surto de 2019. Brasília: Diário Oficial da União; 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1990. 13 jul. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em: 4 fev.2022.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Disque Direitos Humanos (Disque 100)**. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/disque100>. Acesso em: 06 de nov. 2023

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Recomendações do CONANDA para a proteção integral às crianças e adolescentes durante a pandemia do COVID-19**. Brasília: CONANDA, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 4 Fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, 2001 a 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>. Acesso em: 4 fev.2022.

BRATTABØ, I. V. *et al.* Experience with suspecting child maltreatment in the Norwegian public dental health services, a national survey. **Acta Odontol. Scand.**, Stockholm, v. 74, n. 8, p. 626-632, Nov. 2016.

BRYANT, A. Re-grounding grounded theory. **JITTA**, Trier, v. 4, n. 1, p. 25-42, Out. 2002.

CAMARGO, C. L.; BURALLI, K. **Violência familiar contra crianças e adolescentes.** 1998. 169 f. Monografia – Fiocruz, Salvador, 1998.

CHARMAZ, K. **Constructivist grounded theory.** J Posit Psychol., Oxfordshire, v. 12, n. 3, p. 299–300, Mar. 2017.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada:** guia prático para análise qualitativa. São Paulo: Artmed Editora S.A., 2009. 271p.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory.** 2 ed. Londres: SAGE, 2014. 406p.

CICCHETTI, D.; TOTH, S. L. Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective. **Developmental psychopathology**, v. 3, p. 457-512, Jul. 2016.

CIUFFO, L. L.; RODRIGUES, B. M. R. D.; DA CUNHA, J. M. O enfermeiro na atenção à criança com suspeita de abuso sexual: uma abordagem fenomenológica. **Online braz. j. nurs.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, Dez. 2009.

CONLON, C. *et al.* Confused about theoretical sampling? Engaging theoretical sampling in diverse grounded theory studies. **Qual Health Res**, Thousand Oaks, v. 30, n. 6, p. 947–959, Jan. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Sinal Vermelho: CNJ lança campanha de ajuda a vítimas de violência doméstica na pandemia.** Brasília: CNJ, 2020.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research:** Techniques and procedures for developing Grounded Theory. 4 ed. Thousand Oaks: SAGE. 2015. 456 p.

COSTA R [homepage na Internet]. CNJ lança campanha nacional para denúncia de violência doméstica. Polícia Militar de Santa Catarina. Notícias. Florianópolis, SC: PMSC; 2020 jun. 10 [citado em 16 de junho de 2020]. Disponível em: [Disponível em: <https://www.pm.sc.gov.br/noticias/cnj-lanca-campanha-nacional-para-incentivar-denuncia-de-violencia-domestica>](https://www.pm.sc.gov.br/noticias/cnj-lanca-campanha-nacional-para-incentivar-denuncia-de-violencia-domestica) Acesso em: 4 fev.2022.

CUNHA, J. M. **A atenção de enfermagem à criança vítima de violência familiar.** 2007. 177f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

DRISKO, J. W. Strengthening qualitative studies and reports: Standards to promote academic integrity. **J. Soc. Work Educ.**, Londres, v. 33, n. 1, p. 185–187. Jan. 1997.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA. Department of Health & Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. **Child maltreatment 2018.** Washington, D.C.: Children's Bureau, 2020. Disponível em: <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>. Acesso em: 4 fev.2022.

FENG, J.-Y.; JEZEWSKI, M. A.; HSU, T.W. The meaning of child abuse for nurses in Taiwan. **J Transcult Nurs.**, Memphis, v. 16, n. 2, p. 142–149, Abr. 2005. Disponível em: [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15764637/>](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15764637/) Acesso em: 4 fev.2022.

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 408p.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes.** 1 ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 256p.

FRANZIN, L. C. S. *et al.* Child and adolescent abuse and neglect in the city of Curitiba, Brazil. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 38, n. 10, p. 1706–1714, Out. 2014.

GILBERT, R. *et al.* Recognizing and responding to child maltreatment. **Lancet**, Londres, v. 373, n. 9658, p. 167–180, Jan. 2009.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.** New York: Aldine Publishing Company, 1967. 272 p.

GOULDING, C. Grounded theory, ethnography and phenomenology: a comparative analysis of three qualitative strategies for marketing research. **Eur. J. Mark.**, Bradford, v. 39, n. 3/4, p. 294–308, Mar. 2005.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. **Lei nº 23.644/MG/2020, de 22 de maio de 2020.** Dispõe sobre o registro de ocorrência e a ocorrência de medida protetiva de urgência relativa ao ato de violência doméstica e familiar contra a mulher durante o pedido de estado de calamidade pública em decorrência da pandemia de Covid-19, providências pelo coronavírus, e dá outras evidências. Belo Horizonte, MG: Diário do Executivo; 2020.

HANDBERG, C. *et al.* Revisiting symbolic interactionism as a theoretical framework beyond the grounded theory tradition. **Qual Health Res.**, Thousand Oaks, v. 25, n. 8, p. 1023–1032, Ago. 2015.

HIBBARD, R. *et al.* Psychological maltreatment. **Pediatrics**, Springfield, v. 130, n. 2, p. 372–378, Ago. 2012.

HILLIS, S.; MERCY, J.; AMOBI, A.; KRESS, H. Global Prevalence of Past-year Violence Against Children: A Systematic Review and Minimum Estimates. **Pediatrics**, Springfield, v. 137, n. 3, p. e20154079, Mar. 2016.

KATZ, I. *et al.* Child maltreatment reports and Child Protection Service responses during COVID-19: Knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Colombia, Germany, Israel, and South Africa. **Child Abuse Negl.**, Oxford, v. 116, n. 2, p. 105078, Jun. 2021.

LETOURNEAU, N. *et al.* COVID-19 and family violence: A rapid review of literature published up to 1 year after the pandemic declaration. **EClinicalMedicine**, Londres, v.53, p. 1-20, Sep.2022

LINES, L. E; GRANT, J.M. Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. **Nurs Inq.**; Carlton, v. 27, n.2, p.1-9, Abr. 2020.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. DE S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481–491, Mar. 2010.

MATA, N. T.; SILVEIRA, L. M. B.; DESLANDES, S. F. Família e negligência: uma análise do conceito de negligência na infância. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, n. 22, n.9, p. 2881-2888, Set. 2017.

MAXWELL, J. A. **Qualitative Research Design: An Interactive Approach.** 2 ed. Thousand Oaks: SAGE, 2005. 175p.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259–1267, Mar. 2006.

MINAYO, M.C.S (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 80 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 4 fev.2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Análise epidemiológica da violência sexual contra crianças e**

adolescentes no Brasil, 2001 a 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/25/2018-024.pdf>

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267-4276, Dez, 2013.

MORSE, J. M. “Data were saturated....” **Qual. Health Res.**, Thousand Oaks, v. 25, n. 5, p. 587–588. Mar. 2015.

MOSER, A.; KORSTJENS, I. Series: practical guidance to qualitative research. Part 3: sampling, data collection and analysis. **Eur J Gen Pract.**, Londres, v. 24, n. 1, p. 9–18, 2018.

NICO, L. S. *et al.* A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 789-797, Jun. 2017.

NUNES, L. S. *et al.* Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, suppl 3, p. 5013–5022, Out. 2021.

OLIVEIRA, F. G. *et al.* Atuação do Enfermeiro frente à criança/adolescente vítima de abuso sexual. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 7, p. 126-147, Out. 2021.

PARK, W. J.; WALSH, K. A. COVID-19 and the unseen pandemic of child abuse. **BMJ Paediatr Open.**, Londres, v. 6, n. 1, p. e001553, Set. 2022.

PEREIRA, A. L. Educação em Saúde. In: Figueiredo N. M. A. (org). **Ensinar a cuidar em Saúde Coletiva**. 2 ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2005, p. 25-46

PLATT, V. B.; GUEDERT, J. M.; COELHO, E. B. S. Violence against children and adolescents: notification and alert in times of pandemic. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 39, p.1-7, Out. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice**. 11 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2017. 814 p.

RATES, S. M. M. *et al.* Violence against children: an analysis of mandatory reporting of violence, Brazil 2011. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 655–665, Mar. 2015.

REBAR, C. R. *et al.* **Understanding nursing research: using research in evidence-based practice**. 3 ed. Londres: Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 424p.

RITCHIE, J.; LEWIS, J.; ELAM, G. Designing and selecting samples. In: RITCHIE, J.; LEWIS, J. **Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers**. Thousand Oaks: SAGE, 2003. p. 77-108.

RITZER, G.; STEPNIISKY, J. **Sociological theory**. 10 ed. Los Angeles: SAGE, 2018. 832p.

SALTMARSH, T.; WILSON, D. Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. **J Clin Nurs.**, Londres, v. 26, n.15–16, p. 2244–2255, Ago. 2017.

SANTOS, N. C. DOS. **Práticas sanitárias frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF: um estudo de caso**. (Tese) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

SAUNDERS, B. *et al.* Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual quant.**, Padova, v. 52, n. 4, p. 1893-1907. Set. 2018.

SCHEK, G. *et al.* Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. **Texto Contexto Enferm.**, v. 27, n. 1, p. e1680016, Out. 2016.

SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. C. Domestic violence: from the visible to the invisible. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 275–281, Abr. 2007.

SILVA, L. M. P. da. **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual: o discurso dos profissionais da saúde**. 2006. 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

SILVA, L. M. P. DA; FERRIANI, M. DAS G. DE C.; SILVA, M. A. I. Atuação da enfermagem frente à violência sexual contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 919–924, Out. 2011.

SILVA-OLIVEIRA, F. *et al.* Recognition of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 29, n. 5, p. 624– 634, Set. 2019.

SILVA-OLIVEIRA, F. *et al.* Reporting of child physical abuse by a group of Brazilian primary care health professionals and associated factors. **Child abuse & neglect**, Oxford, v. 107, p. 104571, Set. 2020.

STRAUSS, A.; CORBIN J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

UNICEF. **Child abuse: A painful reality behind closed doors**. Challenges, 2009. n. 9, p. 1-12. . Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36006/1/Challenges9-cepal-unicef_en.pdf>. Acesso em: 4 fev.2022.

UNITED STATES. Department of Health & Human Services. Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's

Bureau. **Child maltreatment 2018**. [internet]. Washington: Children's Bureau, 2020. Disponível em: <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>. Acesso em: 4 fev.2022.

WOISKI, R. O. S.; ROCHA, D. L. B. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 143-150, Mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE NEGLECT. **Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2006. 90 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43499/1/9241594365_eng.pdf. Acesso em: 4 fev.2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on violence prevention 2014**. Geneva: WHO Press, 2014. Disponível em: file:///C:/Users/cecil/Downloads/9789241564793_eng.pdf> Acesso em: 4 fev.2022.

ZANOTI-JERONYMO, D. V. *et al.* Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2467-2479, Nov. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro semiestruturado utilizado como guia para as entrevistas do estudo

Roteiro semiestruturado

- Introdução do pesquisador e pesquisa;
 - Assunto introdutório que leve a uma aproximação:
(Experiência profissional/caracterização do entrevistado; abordar que não existem respostas certas nem erradas, o importante é a percepção e experiência do entrevistado. Lembrar que os dados e o participante não serão identificados);
1. Sondar sobre o ambiente de trabalho, as funções e responsabilidades que o profissional acredita ter os profissionais de saúde e ESF:
 - Como você percebe seu trabalho aqui?
 - Quais são as suas funções e responsabilidades?
 2. Sondar conceitos, concepções e valores do profissional em relação ao abuso físico infantil:
 - Sondar o que o profissional acredita ser o abuso físico, os limites, e sobre a palmada ou castigo físico com fim educativo;
 - Tentar sondar experiências de abuso e se essas experiências influenciam na concepção de abuso;
 3. Sondar a experiência do profissional em relação ao tema dentro do serviço e **tentar** sondar possível vivência:
 - Na sua experiência profissional, você já se deparou com uma situação de AFI ou de suspeita de AFI? Como foi?
 - Você já vivenciou algo parecido?
 4. Sondar as opiniões no que diz respeito às barreiras para **identificar** e para **notificar** os casos de AFI:
 - Você considera que existem barreiras para **identificar** casos de AFI? Quais?
 - E para **notificar**?
 5. Sondar as opiniões no que diz respeito aos facilitadores para **identificar** e para **notificar** os casos de AFI:
 - Nós falamos sobre as barreiras e facilitadores? Você considera que existem facilitadores para **identificar** casos de AFI?
 - E para **notificar**?
 6. Sondar os conhecimentos, capacitações e/ou competências quanto a identificação e notificação do AFI:
 - Como você considera que deve ser a abordagem de pacientes diante da suspeita ou confirmação de AFI?
 - O que precisa ser feito? Como?
 - (Tentar sondar se existe comportamento de não notificação e conhecimento sobre os possíveis meios para realizar a notificação).
 7. Apresentar os dados da nossa pesquisa e sondar a opinião do profissional à respeito dos dados de frequência de não notificação.
58 % dos profissionais da rede da ESF de Belo Horizonte já identificaram algum caso de AFI na experiência profissional, mas, dentre esses profissionais que já identificaram, apenas 41% realizou a notificação. O que você acha desse quadro?
- Agradecimento.
 - Fechamento e considerações finais.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família frente ao abuso físico infantil”. Esta pesquisa tem como objetivo compreender os significados, percepções, perspectivas e experiências de dentistas, enfermeiros, médicos da família da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pediatras das equipes de apoio à ESF de Belo Horizonte, em relação aos maus-tratos infantis e o abuso físico infantil (AFI) e as condutas tomadas no contexto e cotidiano da atenção básica à saúde.

Caso concorde em participar deste estudo, você participará de uma entrevista individual realizada por um entrevistador, previamente agendada com você, em seu local de trabalho ou local combinado, com duração máxima de 30 minutos. Essa entrevista será gravada em áudio e transcrita textualmente, na íntegra. Você pode se recusar a responder qualquer questão específica. Não haverá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação neste estudo e você não terá nenhum prejuízo financeiro.

Este estudo apresenta riscos controláveis. O tema da entrevista é desagradável para alguns profissionais, e pode ocorrer algum constrangimento durante a entrevista. Outro risco de prejuízo diz respeito à confidencialidade dos dados coletados. Portanto, para minimizar esses riscos, a equipe de pesquisa se compromete a trabalhar os dados com total confidencialidade, especialmente no momento de divulgação dos dados coletados. Os registros e resultados da pesquisa não serão divulgados como pertencentes a você. O áudio da entrevista será armazenado na Faculdade de Odontologia da UFMG para análises apenas por parte dos pesquisadores e não será apresentado em local algum. Como benefício, a pesquisa fornecerá evidências qualitativas de fatores que estão relacionados à dificuldades dos profissionais para a identificação e notificação de casos de AFI. Sua importância consiste na possibilidade de serem desenvolvidas ações que visem diminuir a frequência de subnotificação e de comportamento de não notificação de abuso físico infantil pelos profissionais de saúde do serviço público brasileiro, a partir das informações obtidas.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Os resultados obtidos pela pesquisa, estarão à sua disposição quando finalizada.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “Atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família frente ao abuso físico infantil”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante: _____

Declaro que concordo em participar desta pesquisa. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

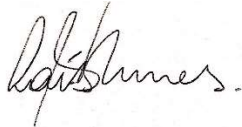
Nome completo do participante Data

Assinatura do participante

Pesquisador responsável: Efigênia Ferreira e Ferreira
Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha.
CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG
Telefones: 31 3409 2457
E-mail: efigeniaf@gmail.com



Assinatura do pesquisador responsável Data
Pesquisador: Laís Soares Nunes
Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha.
CEP: 31270-901 / Belo Horizonte – MG
Telefones: 34 9 9193 2628
E-mail: lais08sn@gmail.com



Assinatura do pesquisador Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG – Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005.
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP: 31270-901.
E-mail: coep@prpq.ufmg.br Tel: (31) 34094592.

APÊNDICE C – Exemplo de codificação aberta

Falas significativas (microanálise e conceituação)	Codificação palavra-palavra	Codificação linha-linha	Codificação Aberta (Categorias Iniciais)
<p>“Então, eu acredito que o maus-tratos físicos e o castigo não chegam a ensinar, para mim não é educativo (“castigo físico” “não é educativo”).”</p> <p>“Agora assim, de vez em quando a pessoa vai dar um tapa, mas sem ser...acaba que é de uma forma agressiva, mas eu não sei se igual...como meus pais sempre desde novinha de vez em quando eu sempre recebia um tapinha (“histórico de palmada”), mas eu nunca recebi um tapa a ponto de machucar (“histórico de palmada” e “sem causar lesões”; “intensidade” e “presença de lesão”). É mais um tapa de barulho...eu não acho que um tapa de barulho é tão cruel (“aceitação da palmada de baixa intensidade”). É, eu acho que ele não é nem para...o tapa de baixa intensidade (“intensidade”; dimensão: baixa ou alta) e dependendo da ocasião (“contexto”), eu não acho que ele é para educar, eu acho que ele é para chamar atenção (“imposição de autoridade”).”</p>	<p>Abuso é quando (o tapa) é com maior intensidade.</p> <p>Agressão é quando é a ponto de fazer a criança chorar, de machucar (causa lesões).</p> <p>Quando é <i>leve</i> (intensidade) para chamar atenção da criança (imposição de autoridade), não considera agressão (abuso).</p> <p>O tapa de baixa intensidade não é para educar, é para “impor autoridade”.</p> <p>Palmada de alta intensidade é abuso.</p> <p>Palmada que machuca ou faz chorar é abuso.</p>	<p>Considerando que a palmada e o castigo físico não educam, mas considera que palmadas, dependendo do contexto, se não for de alta intensidade e não machucar, é aceitável para impor autoridade.</p> <p>(Definindo quando a palmada é aceitável e, portanto, não seria considerada abuso em sua concepção).</p>	<p>“Aceitação da palmada para impor autoridade.”</p> <p>“Quando começa o abuso (limites do abuso)”</p>

APÊNDICE D – Exemplo de memorando

Memorando sobre a concepção e notificação de abuso

A concepção desta enfermeira de abuso infantil é “qualquer tipo de negligência, seja ela qual for.” E citou que o fator social sempre agrava os efeitos do abuso infantil. Assim como em outros relatos, a notificação não é a primeira opção como conduta em um caso, geralmente a compreensão da história da família e tentar se aproximar dos envolvidos para conversar e tentar resolver a questão diretamente é mais plausível.

Na questão da palmada, apesar de achar “crueldade”, a enfermeira demonstra um discurso de aceitação do problema em virtude de ser uma questão cultural. Na questão de identificação de um caso, a observação dos sinais é muito importante, sobretudo nas crianças que aparecem com comportamento alterado.

Sobre as barreiras da notificação, a enfermeira relata que os profissionais ficam muito expostos, com medo de retaliação da comunidade, outro fator citado também é a perda da relação profissional X paciente, no qual a boa vontade do profissional pode ser considerada crítica, tornando-se assim, um desafio para notificar. A perda de vínculo é um medo também dos profissionais. Além disso, a percepção do processo de notificação ser muito “moroso” e da falta de instrumentos sociais para realmente ajudarem as famílias, gera bastante descrença no processo.

ANEXOS

ANEXO A – Financiamento proveniente do Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), chamada 07/2017 da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG)

#	PROC.	COORDENADOR	TÍTULO	INSTITUIÇÃO	VALOR
42	APQ-04327-17	Leticia Helena Januário	TECNOLOGIAS DE AXLILIO NA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR PARA PROFISSIONAIS E SOCOPRISTAS LEIGOS	Universidade Federal de São João del-Rei	65.424,00
43	APQ-04335-17	José Otávio Do Amaral Correa	PREVALENCIA E AVALIAÇÃO DE FATORES ASSOCIADOS A CASOS DE FEBRE Q ENTRE PACIENTES SUSPEITOS DE Dengue	Universidade Federal de Juiz de Fora	107.660,00
44	APQ-04344-17	Eligênia Ferreira e Ferreira	Abuso físico infantil: Significados e atitudes de profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família de Belo Horizonte - um estudo qualitativo e de intervenção	Universidade Federal de Minas Gerais	88.194,88
45	APQ-04347-17	Frederico Duarte Garcia	Catexococ: Estudo pre-clínico em primatas e clínico de fase I para avaliação da molécula UFMGV-02 no tratamento da dependência de cocaína e crack através da coadministração de cocaína na corrente sanguínea utilizando a estimulação do sistema imunológico.	Universidade Federal de Minas Gerais	563.022,40
46	APQ-04354-17	Márcia Cristina Da Silva Faria	Avaliação da Exposição dos Gametócitos de Gênsis Na Região do Vale do Jequitinhonha Através de Parâmetros Toxicológicos	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	77.300,00
47	APQ-04358-17	Simone De Araújo Medina Mendonça	Gerenciamento da terapia medicamentosa na atenção primária à saúde: estudo educacional	Universidade Federal de Juiz de Fora	15.505,40
48	APQ-04373-17	Lasara Patrícia Rodrigues	Otimização da configuração e operação do sistema de atendimento médico emergencial em Ouro Preto	Universidade Federal do Ouro Preto	56.629,59
49	APQ-04380-17	Juarez Rocha Guimarães	Saúde Pública e Comunicação: massas do SUS a luz da formação democrática da opinião pública	Universidade Federal de Minas Gerais	73.836,20
					6.785.535,13

Belo Horizonte, 26 de novembro de 2017.

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATITUDES DE PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO ABUSO FÍSICO INFANTIL.

Pesquisador: Efigenia Ferreira e Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 00198518.1.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.980.471

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa com entrevistas individuais com Profissionais da Estratégia Saúde da Família e de apoio à ESF para compreender as perspectivas, significados e percepções dos profissionais com relação ao abuso físico infantil, sua relação com suas profissões e cotidiano de trabalho, e também com os fatores que estão relacionados à identificação e notificação de casos de AFI.

Segundo a metodologia proposta, o roteiro das entrevistas será iterativamente revisado quando novos entendimentos forem adquiridos a partir das entrevistas anteriores. Será realizado um estudo piloto para adequações no roteiro das entrevistas. O local em que serão realizadas deverá ser apropriado, silencioso, arejado, onde a entrevista possa ocorrer sem interrupções, em local definido de comum acordo com o entrevistado. Um observador acompanhará cada entrevista. As entrevistas serão realizadas até que: (i) nenhum novo dado relevante emergir; (ii) a categoria esteja bem desenvolvida em termos de suas propriedades e dimensões; (iii) configure um relacionamento entre as categorias. Nos critérios de inclusão dos participantes estão 10 cirurgiões-dentistas, 10 enfermeiros, 15 médicos da saúde da família e 15 pediatras das equipes de apoio, em atividade na equipe da Estratégia Saúde da Família, em Belo Horizonte, há pelo menos cinco anos.

No TCLE informa: "Caso concorde em participar deste estudo, você participará de uma entrevista individual realizada por dois entrevistadores, previamente agendada com você, em local a ser definido de comum acordo, com duração de 40 a 60 minutos. Essa entrevista será gravada em áudio e transcrita na íntegra. Você pode se recusar a responder qualquer questão específica. Não

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.471

haverá nenhum tipo de gratificação financeira pela sua participação neste estudo e você não terá nenhum gasto."

No projeto completo apresenta o Roteiro Semiestruturado: 1. Introdução do pesquisador e da pesquisa 2. Compreensão do que seja abuso físico infantil. Sondar se sabe diferenciar os tipos. 3. Relação do tema com o trabalho dos profissionais de saúde? 4. Capacidade de identificar e notificar casos de AFI entre pacientes infantis 5. Conhecimento de estratégias para a abordagem de um paciente vítima de AFI 6. A vivência no que tange a esse tema, dentro do serviço.

Objetivo da Pesquisa:

Foram definidos pelo proponente:

Objetivo Primário: Compreender os significados, percepções, perspectivas e experiências de dentistas, enfermeiros, médicos da família da saúde da Estratégia Saúde da Família e pediatras das equipes de apoio à ESF de Belo Horizonte, em relação aos maus-tratos infantis e abuso físico infantil e as atitudes tomadas no contexto e cotidiano da atenção básica à saúde.

Objetivo Secundário: Desenvolver um modelo teórico que permita compreender como os fatores se relacionam com a identificação e notificação de AFI por esses profissionais no cotidiano de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No TCLE informa: "Este estudo apresenta riscos como o tema da entrevista, que pode ser constrangedor para alguns profissionais. Outro risco diz respeito à segurança da não identificação de sua fala. Para minimizar e controlar esses riscos, esclarecemos que você tem o direito de responder ou não à cada questão colocada, além de poder abandonar o estudo, se assim o desejar. Além disso, a equipe de pesquisa se compromete a preservar totalmente sua identidade. O áudio e transcrições da entrevista serão guardados sob a responsabilidade dos pesquisadores, por cinco anos, na Faculdade de Odontologia da UFMG, após serem vistos e analisados exclusivamente por eles. Esperamos obter uma melhor compreensão dos fatores que estão relacionados à dificuldades dos profissionais na identificação e notificação de casos de AFI."

Na Plataforma informa: "Dessa forma, os dados levantados nesse estudo, permitirão compreender em profundidade e qualidade o fenômeno e poderá embasar políticas e atitudes públicas que visem diminuir a frequência de subnotificação e de comportamento de não notificação de AFI pelos profissionais de saúde do serviço público brasileiros. Como existe a proposta de um estudo posterior de intervenção, o benefício poderá ser mais consistente para o serviço, incluindo profissionais e usuários. De imediato, não existe benefício direto para os voluntários."

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2º Ad S1 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.471

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da UFMG, nível Mestrado.

Possui apoio financeiro da FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS.

Projeto possui coparticipação da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social, não apresenta comitê de ética, e a Instituição foi Selecionada Via Plataforma Brasil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-Folha de rosto preenchida.

- Projeto completo.

- Parecer consubstanciado aprovado Ad Referendum pelo Departamento de Odontologia.

Recomendações:

O projeto não apresenta carta anuência, mas possui centro coparticipante da Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. Como se trata de entrevistar profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre suas atividades desenvolvidas, verificar se a Secretaria Municipal de Saúde não entraria como coparticipante, e se se teria submissão de seu comitê de ética. Neste caso, deveria ser feita uma emenda para inclusão do centro coparticipante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou, S. M.J., favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1071845.pdf	26/09/2018 10:20:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALLaisNando.pdf	26/09/2018 10:19:56	Efigenia Ferreira e Ferreira	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad SII 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prp-q.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.980.471

Outros	Parecerconsubiado.pdf	26/09/2018 10:12:46	Efigenia Ferreira e Ferrera	Aceito
T.C.I.E / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	T.C.I.E.pdf	26/09/2018 10:09:15	Efigenia Ferreira e Ferrera	Aceito
Folha de Rosto	folhaacervoabuso.pdf	26/09/2018 10:03:18	Efigenia Ferreira e Ferrera	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 24 de Outubro de 2018

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad. Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-562

E-mail: coep@pq.ufmg.br

ANEXO C – Normas da Revista *Pediatrics*

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

Pediatrics is the official peer-reviewed journal of the [American Academy of Pediatrics](#). *Pediatrics* publishes original research, clinical observations, and special feature articles in the field of pediatrics, as broadly defined. Contributions pertinent to pediatrics also include related fields such as nutrition, surgery, dentistry, public health, child health services, human genetics, basic sciences, psychology, psychiatry, education, sociology, and nursing.

Pediatrics considers unsolicited manuscripts in the following categories: reports of original research, particularly clinical research; review articles; special articles; and case reports. When preparing a manuscript for *Pediatrics*, authors must first determine the manuscript type and then prepare the manuscript according to the specific instructions below.

The digital edition of *Pediatrics* is the journal of record. Some accepted article types may also be presented in full in print, in addition to the digital edition of *Pediatrics*.

Introduction	Manuscript Preparation	Manuscript Submission	Article Types	Additional Guidelines
<ul style="list-style-type: none"> Acceptance Criteria Publication Ethics Artificial Intelligence Use of Inclusive Language Journal Style Clinical Trials Reuse of Data Sets Data Sharing Open Access 	<ul style="list-style-type: none"> Formatting Requirements Double-Blind Peer Review Manuscript Formatting Title Page Contributors Statement Page Word Count Figures, Tables & Supplementary Material 	<ul style="list-style-type: none"> Cover Letter Getting Started Submitting Your Manuscript 	<ul style="list-style-type: none"> Regular Article Research Briefs Advocacy Case Studies Case Report Commentary Diagnostic Dilemmas and Clinical Reasoning Equity, Diversity, Inclusion, and Justice Ethics Rounds Family Partnerships Features <ul style="list-style-type: none"> SOPT History Global Health COMSEP Pediatrics Perspectives Quality Report Review Article, Systematic Review & Meta-Analyses Special Article State-of-the-Art Review Article State-of-the-Art Translational Science Brief "From the American Academy of Pediatrics" 	<ul style="list-style-type: none"> Reader Comments Letters to the Editor Errata Supplements to <i>Pediatrics</i> <i>Pediatrics</i> Editorial Offices



Acceptance Criteria

Relevance to readers is of primary importance in manuscript selection. The readership includes general and specialist pediatricians, pediatric researchers and educators, and child health policy-makers. *Pediatrics* receives many more high-quality manuscripts than can be accommodated in our available space. The acceptance rate is approximately 10%. An article that is thought by the editors to not be relevant to readers, outside of scope, or very unlikely to be accepted may be rejected without review. All manuscripts considered for publication are peer reviewed, including those written by members of the Editorial Board. Peer reviewers are selected by the editors. Selection is based on their expertise in the topic of the manuscript. Generally, at least 2 reviews are required before a decision is rendered. Authors can suggest reviewers who they believe should not review the manuscript but should provide a clear rationale for this request.

Authors should carefully follow instructions for manuscript preparation and ensure that the manuscript is proofread before submission. Manuscripts that do not follow the author instructions will not be considered for review. Careless preparation of a manuscript raises concerns about the quality of the work and makes acceptance less likely. Manuscripts are electronically scanned for plagiarism. Authors will be contacted if there is concern about potential plagiarism. *Pediatrics* follows the recommendations of the [Committee on Publication Ethics](#) for concerns about plagiarism or any other manuscript-related ethical issue.

Manuscripts are judged on the importance, originality, scientific strength, clinical relevance, and clarity of content. *Pediatrics* does not publish manuscripts that focus only on animal research. Refer to the sections below on the particular considerations for each of the manuscript types that appear in the journal. Authors should also consider the comprehensive reporting guidelines for a wide variety of study designs that are available at <http://www.equator-network.org/home/>. These can be helpful in improving manuscript clarity and completeness. Note that authors submitting manuscripts describing adverse drug or medical device events or product problems should also report these to the appropriate governmental agency. Responses to a published article should be submitted as online comments. The editors will determine which comments will be published in the journal as Letters to the Editor.

After the reviews are received, the editors may take one of the following actions: *Accept*; *Accept with Revisions*; *Reject with option to Resubmit*; *Reject*, or *Reject and Transfer* (if authors opted to have their manuscript transferred to *Hospital Pediatrics* in not accepted by *Pediatrics*). A rejected manuscript may not be resubmitted. A manuscript may be rejected with an option to resubmit with extensive revision. The resubmitted manuscript receives an additional round of peer review (which may include new reviewers), and the manuscript may or may not be accepted. A decision of *Accept with Revision* indicates that the editors intend to accept the manuscript contingent on adequate response to reviewers. A decision of *Accept*, which is exceedingly rare on first submission, indicates that the manuscript is ready to place into production without further modification. Appeals on decisions will be considered by the editorial board on a case-by-case basis.



[↑ Back to Top ↑](#)

Publication Ethics

Authorship. An "author" is someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. Each author is required to meet ALL FOUR of the following criteria:

1. Substantial contribution(s) to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; **and**
2. Drafting the article or revising it critically for important intellectual content; **and**
3. Final approval of the version to be published, **and**
4. Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

NOTE: Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group alone does not constitute a sufficient basis for authorship.

All persons listed as authors must meet these criteria, and all persons who meet these criteria must be listed as authors. Articles submitted with an unexpectedly large number of authors invite scrutiny by editors and reviewers for clear justification for the presence of each person on the authorship list. *Pediatrics* permits a statement of equal contribution for two first authors and two senior authors. On the title page, include asterisks

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

by each name and a statement that reads: * *Contributed equally as co-first authors* or * *Contributed equally as co-senior authors*.

Decide authorship issues, including the order, before submission. *Pediatrics* does not allow addition or removal of authors or changes to the author order after a manuscript is submitted without explicit approval from the editors.

If published, author names and affiliations will appear as seen in the submitted manuscript Word document and the final typeset proofs. All authors must ensure that their information is correct.

Conflict of Interest and Disclosure. After a paper is accepted by *Pediatrics* for publication, all authors must submit conflict of interest and disclosure forms. *Pediatrics* adheres to the policy and uses the standardized disclosure form of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). The collection of the forms is automated within the online system.

IRB Approval. All studies that involve human subjects must be approved or deemed exempt by an official institutional review board; this should be noted in the Methods section of the manuscript.

Industry Sponsorship. All industry sponsorship must be declared in the manuscript. Manuscripts in which all authors are employed by a commercial entity can raise additional scrutiny from the editorial board.

Registration of Clinical Trials. All clinical trials must be registered in a World Health Organization-approved Clinical Trial registry prior to enrollment of the first subject. The registry name and registration number should be included on the title page. Reports of unregistered trials will be returned to authors without review.

Publication of the results of a trial that was initiated prior to the ICMJE requirement for trial registration will be considered by the editors on a case-by-case basis.

Suspected Errors and Allegations of Misconduct. *Pediatrics* follows the processes outlined in the Committee on Publication Ethics (COPE) [flowcharts](#) when investigating suspected errors and allegations of misconduct. Please be aware that all investigations are confidential. If an error has been found or misconduct has been identified, the journal will publicly acknowledge the outcome through an erratum or retraction, depending on the severity of the issue. Investigations that result in no error or misconduct being found will not be publicized.

Editorial Board Members as Authors. The journal allows editorial board members to submit articles for consideration. These articles undergo the same rigorous peer review as all other submissions. The manuscript management system automatically blinds a user with administrative access from viewing a manuscript for which they are an author, so author editorial board members cannot view the manuscript from the administrative side once it has been submitted.

Editor Conflict of Interest: Journal editors recuse themselves from manuscripts for which they have a conflict of interest.

[↑ Back to Top ↑](#)



Artificial Intelligence

Artificial intelligence (AI) tools do not qualify for authorship. To qualify, authors must meet all four of the following criteria¹:

1. Substantial contribution(s) to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data; **and**
2. Drafting the article or revising it critically for important intellectual content; **and**
3. Final approval of the version to be published, **and**
4. Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved.

AI tools cannot take responsibility for the accuracy or integrity of a manuscript and, therefore, do not qualify for authorship.²

While the use of AI tools is discouraged, if generative AI tools are used in any part of manuscript preparation, from writing to data analysis to image creation, the authors must report it in the Methods and Acknowledgments sections³ and note use of an AI tool in the cover letter. Identification of AI must include the name and manufacturer of the AI tool and how it was used in relation to the work being submitted.² Authors are accountable for the integrity and accuracy of all material in their manuscript, including any content generated by AI.³

References

1. International Committee of Medical Journal Editors. Defining the Role of Authors and Contributors. Available at: <https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>. Accessed April 7, 2023
2. World Association of Medical Editors. Chatbots, ChatGPT, and Scholarly Manuscripts. Available at: <https://wame.org/page3.php?id=106>. Accessed April 7, 2023
3. Council on Publication Ethics. Authorship and AI Tools. Available at: <https://publicationethics.org/cope-position-statements/ai-author>. Accessed April 7, 2023

[↑ Back to Top ↑](#)

Use of Inclusive Language

Articles published in *Pediatrics* should use the most inclusive language possible. These recommendations are intended to guide authors but are not comprehensive. As the preferred terminology related to inclusive language evolves over time, these recommendations will be updated continuously. Please reach out to the editorial office for clarifications or suggestions.

Appropriate Use of Race and/or Ethnicity

The rationale for including race and/or ethnicity in a manuscript should always be provided. Race and ethnicity should be acknowledged as social constructs rather than as genetic or biological categories. In research articles, justification for including race and/or ethnicity should be described in the Methods section. Please also note if reporting race and/or ethnicity is required by the funder. The Methods section should also include a clear explanation of how race and/or ethnicity were assigned (eg, self-report, observation by an investigator or other third-party, electronic health record with uncertain method). Use of "other" as a category for race and/or ethnicity should be clearly defined. It is inappropriate to assign missing race and/or ethnicity to an "other" category. The use of racial and/or ethnic categories in statistical analyses should be justified in the Methods section, and the rationale for the comparator group should also be justified. Results related to race and/or ethnicity should be interpreted in the context of racism (eg, interpersonal, institutional, or internalized) and histories of exclusion, mistreatment, and exploitation, rather than as behaviors or presumed deficits. Please see the [AMA Manual of Style Section 11.12.3: Race and Ethnicity](#) for additional considerations.

Inclusive Language



- Person-first language, which emphasizes the individual or group rather than the condition, disease, or situation, should generally be used, eg, "child(ren) with diabetes" and "child(ren) with obesity" rather than "diabetic child(ren)" and "obese child(ren)." Exceptions to first-person language include certain identity-first language for individuals and groups who prefer it, eg, "Deaf child(ren)" or "autistic child(ren)."
- Race and ethnicity categories should be capitalized, including the White race. Race and ethnicity should be used as adjectives rather than nouns, eg, "Hispanic individuals" rather than "Hispanics." Race and ethnicity should be treated as separate categories rather than merging them, eg, "race and ethnicity" rather than "race/ethnicity."
- Articles that report race and/or ethnicity should use the specific terms used in data collection or in the original study referenced. The terms should be accurate, understandable to study participants, and consistent with participants' self-understanding.
- Refer to gender identity using terms such as "cisgender or transgender," "man or woman," "gender-nonbinary," "genderqueer," or "agender person," etc., rather than "transgendered," "transsexual," or "transvestite." Refer to the community as "transgender and non-binary" or "gender diverse," rather than "gender non-conforming."
- Refer to sexual orientation using specific terms such as "heterosexual," "lesbian," "gay," "bisexual," "queer," rather than terms such as "homosexual" or "non-heterosexual." Refer to the "LGBTQ+ community" rather than the "gay community" unless referencing specific subgroups. Restrict the use of "men who have sex with men" to refer to behaviors rather than to sexual orientation.
- Both pregnant women and "pregnant people" are acceptable terms. Avoid substituting "pregnant women" with phrases such as "birthing people" or "people with uteruses." Neutral terms, such as "pregnant patients" and "pregnant people" are inclusive alternatives. Authors of research studies should use the specific terms used in data collection or in the original study referenced.

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

The following table provides suggestions for preferred terms, those to avoid, and rationale for why some terms should be avoided.

Preferred term(s)	Terms to avoid	Rationale for terms to avoid
Racial and ethnic minority	Minority Person/people of color BIPOC Black and Brown people Non-White	Collective terms disregard individuals' identities, may not include all underrepresented groups, or eliminate differences between groups, implying a hierarchy. If comparing racial and ethnic groups, indicate the specific groups. The use of 'non-White' centers White as the dominant race, which should be avoided.
Language other than English	Limited English Proficient (LEP)	LEP is deficit-oriented, reinforces English as the preferred language, and may be considered stigmatizing.
Groups that have been or person that has been: <ul style="list-style-type: none"> economically or socially marginalized (define groups included) marginalized (define groups included) minoritized (define groups included) placed high risk for [outcome] 	Vulnerable person or groups Marginalized person or groups Minoritized person or groups	These terms are vague and may be considered stigmatizing. They imply that the condition is inherent to the group rather than actual causal factors.
Groups or person (define who is included): <ul style="list-style-type: none"> at higher risk of [outcome] experiencing disadvantage experiencing disproportionate impact 	High-risk person or group At-risk person on group	
Under-resourced communities		
Person experiencing homelessness or unstable housing Person experiencing food insecurity Person with food insecurity People with lower incomes People experiencing poverty	Homeless person/people Transient population Food insecure person Poverty-stricken The poor or poor people	These terms imply that the condition is inherent to the group rather than actual causal factors.



Person with intellectual or developmental disability	Mental retard(ation)	These terms are considered stigmatizing and outdated
Intellectual disabilities		

Inclusive Images

Images published in *Pediatrics* should be as inclusive as possible. Authors should strive to include images that reflect all children, including the full spectrum of skin color. Historically, the lack of variation in images has contributed to limited understanding of how disease can manifest.

[↑ Back to Top ↑](#)

Journal Style

All aspects of the manuscript, including the formatting of tables, illustrations, and references and grammar, punctuation, usage, and scientific writing style, should be prepared according to the most current *AMA Manual of Style* (<http://www.amamanualofstyle.com>).¹

Author Listing. All authors' names should be listed in their entirety, and should include institutional/professional affiliations and degrees held. If published, author names and affiliations will appear as seen in the submitted manuscript Word document and the final typeset proofs. All authors must ensure that their information is correct.

Authoring Groups. To include an authoring group, note the following to ensure all individuals are correctly acknowledged:

- On the title page, list any study group at the end of the author listing, preceded either by "for" or "on behalf of" and followed by an asterisk, such as: "on behalf of the XXXXX Study Group*."
- Add the following line: "*A complete list of study group members appears in the Acknowledgments." (Alternatively, list these non-author contributors in an Appendix and change the statement accordingly.)
- Ensure that your Acknowledgments section, placed at the end of the main text and before the References, clearly delineates group members and non-group members. For example: "Members of Study Group ABC include: Person 1, Person 2, Person 3, Person 4. We also wish to acknowledge Person 5 and Person 6 for technical editing."
- **Do not** list the group name as an author in the online metadata section. Only authors who fulfill all four authorship criteria should be included in the online metadata, the title page, and the contributors statement page. These authors should not be included in the acknowledgments, which are reserved for thanking non-author contributors.



Titles. *Pediatrics* generally follows the guidelines of the *AMA Manual of Style* for titles. Titles should be concise and informative, containing the key topics of the work. Declarative sentences are discouraged as they tend to overemphasize a conclusion, as are questions, which are more appropriate for editorials and commentaries. Subtitles, if used, should expand on the title; however, the title should be able to stand on its own. It is appropriate to include the study design ("Randomized Controlled Trial"; "Prospective Cohort Study", etc.) in subtitles. The location of a study should be included only when the results are unique to that location and not generalizable. Abbreviations and acronyms should be avoided. The full title will appear on the article, the inside table of contents, and in MEDLINE. Full titles are limited to 97 characters, including spaces. Short titles must be provided as well and are limited to 55 characters, including spaces. Short titles may appear on the cover of the journal as space permits in any given issue.

Abbreviations. List and define abbreviations on the Title Page. Unusual abbreviations should be avoided. All terms to be abbreviated in the text should also be spelled out at first mention, followed by the abbreviation in parentheses. The abbreviation may appear in the text thereafter. Abbreviations may be used in the abstract if they occur 3 or more times in the abstract. Abbreviations should be avoided in tables and figures; if used they should be redefined in footnotes.

Units of Measure. Like many US-based journals, *Pediatrics* uses a combination of Système International (SI)^{2,3} and conventional units. Please see the *AMA Manual of Style* for details.

Proprietary Products. Authors should use nonproprietary names of drugs or devices unless mention of a trade name is pertinent to the discussion. If a proprietary product is cited, the name and location of the manufacturer must also be included.

Page/Line Numbers. Include page numbers and line numbers in your manuscript so that editors and peer reviewers may more easily point out items/revisions. Line numbers may be continuous or restart on each page.

References. Authors are responsible for the accuracy of references. Citations should be numbered in the order in which they appear in the text. Reference style should follow that of the *AMA Manual of Style*, current edition. Abbreviated journal names should reflect the style of Index Medicus. Visit:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. If you used reference management software (eg, EndNote) to prepare your manuscript, you must convert the file to plain text prior to submission. Please note: The generated HTML page with the References is for staff/editorial use only; please do not use Word line numbering on your references.

References

1. Iverson C, Christiansen S, Flanagan A, et al. *AMA Manual of Style*. 10th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2007.
2. Lundberg GD. SI unit implementation: the next step. *JAMA*. 1988;260:73-76.
3. Système International conversion factors for frequently used laboratory components. *JAMA*. 1991;266:45-47.

[↑ Back to Top ↑](#)

Clinical Trials

A study is considered a clinical trial if it prospectively assigns human subjects (whether randomized or not) to intervention or concurrent comparison or control groups to study the cause-and-effect relationship between a medical intervention and a health outcome. Medical interventions include drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, and the like.

If authors report the results of a clinical trial, they must affirm that the study has been registered at www.clinicaltrials.gov or another WHO-approved national or international registry prior to the enrollment of the first subject. Information on requirements and appropriate registries is available at www.icmje.org. The trial registry name, registration number, and date of registration must be listed on the title page. To facilitate the review, please also provide the web link to the registration on the title page. Please also provide this registration information in the main methods section of the report.

All articles reporting results of clinical trials must include the [Data Sharing Statement](#) on their [Title Page](#).



Authors are also required to complete both pages of a CONSORT Form (flowchart and checklist) and submit these with their manuscript. In our submission system, these files appear under "Instructions and Forms." For observational epidemiological studies, follow the appropriate [STROBE checklist](#).

- [Download a CONSORT form checklist \(PDF\) here.](#)
- [Download a CONSORT form flowchart \(PDF\) here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Reuse of Data Sets

If a manuscript uses the same or similar data contained in previously published articles, the authors must state this in the cover letter (and provide citations to the related or possibly duplicative materials).

If a separate manuscript by the same authors using the same data set is under review or accepted but not yet published in another journal, the authors must state this in the cover letter and provide enough information to assure that the manuscript submitted to *Pediatrics* is not duplicative.

[↑ Back to Top ↑](#)

Data Sharing

The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) requires ICMJE journals to include data sharing statements in articles that report results of clinical trials.

Data sharing statements must include:

- Whether deidentified participant data (including data dictionaries) will be shared
- The data that will be shared
- Whether additional documents will be made available
- The start and end dates of data availability
- Access criteria
- How the data will be made available

The data sharing statement must be included on the title page of your manuscript and entered into the section provided in the manuscript management system.

If you will not be sharing your data, insert the following statement on your title page and in the manuscript submission system.

Data Sharing Statement: Deidentified individual participant data will not be made available.

If you will be sharing your data, refer to the table in the data sharing section of the [ICMJE clinical trials page](#) for examples of how to incorporate the required information into your statement, and refer to the example below.

Data Sharing Statement: Deidentified individual participant data (including data dictionaries) will be made available, in addition to study protocols, the statistical analysis plan, and the informed consent form. The data will be made available upon publication to researchers who provide a methodologically sound proposal for use in achieving the goals of the approved proposal. Proposals should be submitted to _____ [INSERT EMAIL ADDRESS OR OTHER CONTACT INFORMATION].

[↑ Back to Top ↑](#)

Open Access

Pediatrics primarily publishes under the traditional subscription model (Hybrid OA), with a 12-month embargo, but also offers [Green OA and Gold OA](#) options. You will be able to state your requirements during the manuscript submission process. Ensure that your OA funds are available before submission. If you have any questions, please reach out to the journal's editorial staff before final submission.

[↑ Back to Top ↑](#)

Formatting Requirements



All submissions must adhere to the following format:

- Typeset in portrait orientation.
- Times New Roman font, size 12, black.
- Title Page, Contributors Statement Page, Abstract, Acknowledgments, and References should be **single-spaced**.
- Only the Main Body Text should be **double-spaced**.
- Main Submission Document as a Microsoft Word file (no PDFs).
- Include line and page numbering in your Word document (excluding the References).
- Do **not** include page headers or footers in new submissions.
- Do **not** include footnotes within the manuscript body. Footnotes are allowed only in tables/figures.

Refer to the "Article Types" section for specific guidelines on preparing a manuscript in each category. Note in particular the requirements regarding abstracts for different categories of article.

Double-Blind Peer Review Manuscript Formatting

The journal offers the option of selecting single-blind or double-blind peer review. If selecting double-blind peer review, you must prepare your manuscript according to the following guidelines.

1. Upload a SEPARATE document (Word format only) containing your complete Title Page and Contributors Statement Page. Include ALL required Title Page and Contributors Statement Page information or your submission will be returned to you for correction.
2. When uploading your manuscript, upload the Title Page/Contributors Statement Page first by clicking the "Upload your title page" link.
3. Please make sure none of your other files have any identifying information on them, including the name of your institution. If you wish to include acknowledgments, include an Acknowledgments section on the title

page (see Title Page).

4. In your manuscript file, remove references to the specific institution at which the study was performed and replace those mentions with generic descriptors of the setting as appropriate (eg, our 400-bed freestanding children's hospital in the southeastern US).

[↑ Back to Top ↑](#)

Title Page

The Title Page should appear first in your manuscript document if selecting single-blind peer review, or as a separate file if selecting double-blind peer review. If you select double-blind peer review and are including acknowledgments, those should appear at the end of the Title Page file. Depending on the individual needs of a paper, the Title Page may encompass more than one page.

Title pages for all submissions **must** include the following items (as shown in the [sample Title Page](#)):

1. **Title** (97 characters [including spaces] or fewer)
2. **Author listing**. Full names for all authors, including degrees, and institutional/professional affiliations. These affiliations should list the institution where the research presented in the article took place; if the affiliation has changed, add a note indicating the additional affiliation. If published, author names and affiliations will appear as seen in the submitted manuscript Word document and the final typeset proofs; all authors must ensure that their information is correct. *Pediatrics* permits a statement of equal contribution for two first authors and two senior authors; on the title page, include asterisks by each name and a statement that reads: * *Contributed equally as co-first authors* or * *Contributed equally as co-senior authors*.
3. **Corresponding Author**. Contact information for the Corresponding Author (including: name, address, telephone, and e-mail). Note that the affiliation should list the institution where the research presented in the article took place; if the affiliation has changed, add a note indicating the additional affiliation. *Pediatrics* allows one Corresponding Author only; the position of Corresponding Author does not imply seniority or any other status.
4. **Short title** (55 characters [including spaces] or fewer). Please note: The short title may be used on the cover of the print edition.
5. **Conflict of Interest Disclosures** for all authors. This includes any potential conflicts of interest, any relevant financial relationships, and any other relationships or activities that could be perceived to have influenced the work. If none, say "The authors have no conflicts of interest relevant to this article to disclose."
6. **Funding/Support**. Research or project support, including internal funding, should be listed here; if the project was done with no specific support, please note that here. Technical and other assistance should be identified in Acknowledgments. If your funding body has open access requirements, please contact the Editorial Office prior to submission. *Pediatrics* offers [Green OA and Gold OA](#) options.
7. **If applicable, Clinical Trial registry name, registration number, and data sharing statement**. We adhere to ICMJE guidelines, which require that all trials must be registered with ClinicalTrials.gov or any other WHO Primary registry. All articles reporting results of clinical trials must also include the [Data Sharing Statement](#).
8. **Abbreviations**. List and define abbreviations used in the text. If none, say "Abbreviations: none".
9. **Article Summary**. All articles with abstracts require this summary. This brief summary is limited to 25 words. For accepted manuscripts, this will appear under the author names in the table of contents to give the reader a brief insight into what the article is about. It should entice the reader to read the full article. For example: "Through linkage of state Medicaid and Child Protective Services databases, this study captures similarities and differences in health care expenditures based on a history of child maltreatment."
10. For Regular Article submissions, include both the "**What's Known on This Subject**" and the "**What This Study Adds**" summaries (see below under Regular Article type for description). These are not needed for any other article type.

If a title page does not include all of the above items, the submission may be returned to the authors for completion.

- [Download and view a sample Title Page here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Contributors Statement Page

All submissions must contain a Contributors Statement Page, directly following the Title Page(s) and in the specific format described below. Manuscripts lacking a properly formatted Contributors Statement Page will be returned to the authors for correction. If you select double-blind peer review, the Contributors Statement Page should be part of your separate Title Page file.



All persons designated as authors must qualify for authorship (see "Publication Ethics" above), and all those who qualify should be listed. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. The Contributors Statement Page lists the authors and specifies the contribution(s) made by each individual. If multiple individuals have identical contributions they may be listed together; do not list an author more than once.

You must follow the required format when creating your Contributors Statement Page or your manuscript will be returned for correction.

- Each author should only appear once.
- Use full names, not initials.
- If multiple authors have identical contributions, you can list them in the same sentence; otherwise, list each author separately.
- Conclude your statement by confirming that: All authors approved the final manuscript as submitted and agree to be accountable for all aspects of the work.

Sample Contributors Statement:

Dr Katie Smith and Prof Clarence Jones conceptualized and designed the study, drafted the initial manuscript, and critically reviewed and revised the manuscript.

Drs Sarah Brown, Jim Grey, and Susan Black designed the data collection instruments, collected data, carried out the initial analyses, and critically reviewed and revised the manuscript.

Sam Johnson critically reviewed and revised the manuscript.

Dr Allen Green conceptualized and designed the study, coordinated and supervised data collection, and critically reviewed and revised the manuscript for important intellectual content.

All authors approved the final manuscript as submitted and agree to be accountable for all aspects of the work.

Note:

Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of a research group alone does not constitute a sufficient basis for authorship. Contributors who do not meet the criteria for authorship (such as persons who helped recruit patients for the study, or professional editors) should be listed in an Acknowledgments section placed after the manuscript's conclusion and before the References section. Because readers may infer their endorsement of the data and conclusions, these persons must give written permission to be acknowledged. These permissions do not need to be submitted with the manuscript unless requested by the editors.

[↑ Back to Top ↑](#)

Word Count



To determine article length, count the body of the manuscript (from the start of the Introduction to the end of the Conclusion). The title page, contributors statement page, abstract, acknowledgments, references, figures, tables, and multimedia are not included.

[↑ Back to Top ↑](#)

Figures, Tables, and Supplementary Material

For any figure, table, or supplementary material reproduced or adapted from another source, authors are required to obtain permission from the copyright holder, and proof of permission must be uploaded at the time of submission. The legend must include a statement that the material was used or adapted with permission.

Figures

Authors should number figures in the order in which they appear in the text. Figures include graphs, charts, photographs, and illustrations. Each figure must include a legend (placed in a list appearing after the References) that does not exceed 50 words. Abbreviations previously expanded in the text are acceptable. Upload figures as separate files; list figure legends as the last item in your main Word/text file. **Do not paste figures into your manuscript text/Word file.** There is no charge or maximum number for figures.

Figure arrays should be clearly labeled, preassembled, and submitted to scale. Figure parts of an array (A, B, C, etc.) should be clearly marked in capital letters in the upper left-hand corner of each figure part.

Style for figures: Readers should be able to understand figures without referring to the text. Avoid pie charts, 3-dimensional graphs, and excess ink in general. Make sure that the axes on graphs are labeled, including units

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

of measurement, and that the font is large enough to read. Generally delete legends or other material from the graph if it makes the picture smaller. Color graphs should be interpretable if photocopied in black and white.

Technical requirements for figures: The following file types are acceptable: TIFF, PDF, EPS. Color files must be submitted in their original RGB color. Pediatrics **cannot** accept Excel or PowerPoint files for any part of your submission.

The height of all figures should be less than or equal to 9.25" / 23.5 cm / 55.5 picas. The width of figures should be no smaller than 3.33" / 8.5 cm / 20 picas and no larger than 7" / 17.5 cm / 41.5 picas. Figure resolution should be 300 dpi for halftones (images with no text or line art), 600 dpi for combination halftones (images with text or line art), or 1000 dpi for monochrome line art.

For text within the figures, please use the same font for all figures in your manuscript, and use a standard font such as Arial, Helvetica, Times, Symbol, Mathematical Pi, and European Pi. Do not use varying letter type sizes within a single figure; use the same size or similar sizes throughout. The preferred font size is 8 points; the minimum font size is 6 points.

Remember to upload figures as separate files; list figure legends as the last item in your main Word/text file. Do not paste figures into your manuscript text/Word file.

Tables

Tables should be numbered in the order in which they are cited in the text and include appropriate headers. Tables should not reiterate information presented in the Results section, but rather should provide clear and concise data that further illustrate the main point. Tabular data should directly relate to the hypothesis. Table formatting should follow the current edition of the *AMA Manual of Style*. There is no maximum number of tables.

Technical requirements for tables: Tables should be constructed using a Microsoft Word program and inserted either in numerical order at the end of the main Word document (following the references) or as separate files. Tables may use any legible font size and may appear in portrait or landscape orientation; however, the main manuscript text pages must remain in portrait orientation. Do not provide tables in scan/image format. *Pediatrics cannot accept Excel or PowerPoint files for any part of your submission.*

- **Do NOT** include linked or cross-referencing cell functions and formulas in your Word document tables, as these can cause a file conversion error in the manuscript submission system.

Style for tables: Tables should be self-explanatory. Avoid abbreviations; define any abbreviations in footnotes to the table. Avoid excess digits and excess ink in general. Where possible, rows should be in a meaningful order (eg, descending order of frequency). Provide units of measurement for all numbers. In general, only one type of data should be in each column of the table.



Presentation of Numbers and Statistics

- Results in the abstract and the paper generally should include estimates of effect size and 95% confidence intervals, not just P values or statements that a difference is statistically significant. Where possible, focus on absolute and not relative differences. Measures of clinical impact like the number needed to treat can be especially helpful for our readers.
- All statistical methods should be clearly described.
- Units of independent variables must be provided in tables and results sections if regression coefficients are provided.
- Equations should be typed exactly as they are to appear in the final manuscript. The following table, adapted from the guidelines for authors for the *Annals of Internal Medicine* by editors of *Medical Decision Making*, shows how to present certain percentages and some statistical measures:

Reporting:	Details:
Percentages	Report percentages to one decimal place (ie, xx.x%) when sample size is greater than or equal to 200. To avoid the appearance of a level of precision that is not present with small samples, do not use decimal places (ie, xx%, not xx.x%) when sample size is less than 200.

Error Measures	Report confidence intervals, rather than standard errors, when possible. Use "mean (error measures)" rather than "mean \pm error measure" notation.
P values	Except when one-sided tests are required by study design, such as in noninferiority trials, all reported P values should be two-sided. In general, P values larger than 0.01 should be reported to two decimal places, those between 0.01 and 0.001 to three decimal places; P values smaller than 0.001 should be reported as P [is less than sign]0.001. Notable exceptions to this policy include P values arising in the application of stopping rules to the analysis of clinical trials and genetic-screening studies.
"Trend"	Use the word trend when describing a test for trend or dose-response. Avoid the term "trend" when referring to p-values near but not below 0.05. In such instances, simply report a difference and the confidence interval of the difference (if appropriate) with or without the p-value.

Supplemental Information

Authors may wish to include additional information in an appendix as part of their article. References to any online supplemental information must appear in the main article. Such supplemental information can include but are not limited to additional tables, figures, videos, audio files, slide shows, data sets (including qualitative data), and online appendices. If your study is based on a survey, consider submitting your survey instrument or the key questions as a data supplement. Authors are responsible for clearly labeling supplemental information and are accountable for its accuracy. Supplemental information will be peer reviewed, but not professionally copyedited.

Supplemental figures and tables should follow the same formatting requirements as main figures and tables.

Videos

Pediatrics encourages the submission of videos to accompany articles where relevant. Links can be placed in the article for use when it is accessed electronically. All videos must adhere to the same general permission rules that apply to figures (ie, parental consent when a patient is identifiable).



All videos should be submitted at the desired reproduction size and length. To avoid excessive delays in downloading the files, videos should be no more than 6MB in size and run between 30 and 60 seconds in length. In addition, cropping frames and image sizes can significantly reduce file sizes. Files submitted can be looped to play more than once, provided the file size does not become excessive. Video format must be either .mov or .mp4.

Authors will be notified if problems exist with videos as submitted and will be asked to modify them if needed. No editing will be done to the videos at the editorial office—all changes are the responsibility of the author.

Video files should be named clearly to correspond with the figure they represent (ie, figure1.mov, figure2.mp4, etc.). Be sure all video files have filenames that are no more than 8 characters long and include the suffix ".mov" or ".mp4." A caption for each video should be provided (preferably in a similarly named Word file submitted with the videos) stating clearly the content of the video presentation and its relevance to the materials submitted.

IMPORTANT: One to four traditional still images from the video **must** be provided. These still images may be published with the article and will act as thumbnail images that will link to the full video file. Please indicate clearly in your text whether a figure has a video associated with it, and be sure to indicate the name of the corresponding video file. A brief figure legend should also be provided.

[↑ Back to Top ↑](#)

Regular Article

Abstract length: 250 words or fewer (structured, as noted below)

Article length: 3,000 words or fewer

Regular Articles are original research contributions that aim to inform clinical practice or the understanding of a disease process. Regular Articles include but are not limited to clinical trials, interventional studies, cohort studies, case-control studies, epidemiologic assessments, and surveys. Components of a Regular Article include:

- **What's Known on This Subject**
- **What This Study Adds**

These two brief summaries are each limited to 40 words. Please use precise and accurate language in paragraph form (ie, not bullet points). For manuscripts accepted as Regular Articles, these summaries will become a highly visible part of your published paper, with prominence on the first page. Moreover, these summaries may be highlighted and presented in other areas of the journal. It is therefore paramount that you use language of the same caliber as the rest of your paper.

- **Structured Abstract (four paragraphs with headings in boldface type; single-spaced)**

The abstract should consist of: Objectives or Background and Objectives, Methods, Results, and Conclusions. The Objective should clearly state the hypothesis; Methods, inclusion criteria and study design; Results, the outcome of the study; and Conclusions, the outcome in relation to the hypothesis and possible directions of future study.

- **Body of Article**

For the body of your article, follow this general outline:

- Introduction

A 1- to 2-paragraph introduction outlining the wider context that generated the study and the hypothesis.

- Methods

This section should detail inclusion criteria and study design to ensure reproducibility of the research. All studies that involve human subjects must be approved or deemed exempt by an official institutional review board; this should be noted here.

- Results

This section should give specific answers to the aims or questions stated in the introduction. The order of presentation of results should parallel the order of the methods section.

- Discussion

The section should highlight antecedent literature on the topic and how the current study changes the understanding of a disease process or clinical situation. It should include a section on the limitations of the present study.

- Conclusion

A brief concluding paragraph presenting the implications of the study results and possible new research directions on the subject.

General submission instructions (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) apply to Regular Articles.

- **Download and view a sample Regular Article manuscript [here](#).**

[↑ Back to Top ↑](#)



Research Briefs

Abstract length: no abstract

Article length: 700 words or fewer

References: Up to 10 references can be cited.

Research Briefs summarize original research describing preliminary findings or descriptive studies that although meaningful are better suited to a shorter, focused report than other article types that appear in the journal. Although there is no restriction on the type of study design for Research Briefs, clinical trials are in most cases better suited for submission as a Regular Article.

Authors should follow the following format.

Introduction

A brief paragraph summarizing the context of the report and any hypotheses.

Methods

A concise description of the study design and approach. All studies that involve human subjects must be approved or deemed exempt by an official institutional review board; this should be noted here.

Results

A concise description of the findings. A combined total of two tables or figures can be used.

Discussion

A concise summary of how the findings influence the understanding of the topic. The limitations should be clearly described. Special attention should be on the implications and next steps that are needed beyond a statement that more research is needed.

- [Download and view a sample Research Brief manuscript here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Advocacy Case Studies

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no heading, single paragraph)

Article length: 3,000 words or fewer

Author limit: Four (4). All authors must have been engaged in the advocacy work described in the case study. Additional authors can be added with permission of the editors.

Advocacy Case Studies describe a specific, organized effort in child advocacy that results in changes to systems that affect child health and well-being.

These reports should focus on the advocacy process and outcomes of the intervention, not the evidence that underlies the advocacy work. We encourage reports that provide lessons that others could adopt.

Authors should follow the following format.

Introduction

What was the problem? Describe the local environment, situation, and motivation for the advocacy work. What was the overall goal of the advocacy work? Be specific and include objectives.

Methods and Process

Who was involved in the advocacy work? Describe the stakeholders involved and how they were brought together. What was the approach of the advocacy work? Describe the challenges faced and how they were addressed. How was success defined and measured? What sources of assistance or support was central to the advocacy work?

Outcomes

What were the results of your advocacy? Link these to the goals and objectives. Describe any communication of these results if integral to sustaining the project.

Lessons Learned

What are the lessons learned from the advocacy work that are relevant for pediatricians and other child health care providers?

Conclusions

How will your advocacy work be sustained? Describe any future plans.

The general submission instructions (including cover letter, title page, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to Advocacy Case Studies.

- [Download and view a sample Advocacy Case Studies manuscript here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Case Report

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no headings, run in a single paragraph)

Article length: 1,600 words or fewer

Author limit: Seven (7) authors or fewer (with rare exception)



Case Reports highlight unique presentations or aspects of disease processes that may expand the differential diagnosis and improve patient care. In general, case reports will include 10 cases or fewer. For a manuscript to be considered a Case Report, it must meet at least one of the following three criteria:

1. Challenge an existing clinical or pathophysiologic paradigm.
2. Provide a starting point for novel hypothesis-testing pre-clinical or clinical research.
3. Focus on topics pertinent to the pediatric generalist, allowing pediatrics colleagues to provide improved care. (Manuscripts meeting this criterion will be prioritized over other submissions.)

Case Reports should consist of an unstructured abstract that summarizes the case(s), a brief introduction (recommended length, 1-2 paragraphs), a section that details patient presentation, initial diagnosis and outcome, as well as a discussion that includes a brief review of the relevant literature and describes how this case brings new understanding about the presentation, diagnostic approach, and/or novel treatment of a disease. Case Reports that merely present, for example, the third published case of a clinical condition, that describe a patient who has 2 rare conditions, or that detail the youngest patient with a well-described disease do not on those merits alone meet the bar for publication in *Pediatrics*.

Authors may find the criteria for case reports as contained in the [CARE guidelines](#) useful in preparing their manuscript.

Written consent must be obtained from the parent or guardian. You do not need to include a copy with your submission unless the patient may be identifiable; however, a copy must be provided to *Pediatrics* upon request. *Pediatrics* does not supply a consent form.

The general submission instructions (including cover letter, title page, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to Case Reports. Do **not** include "a case report" or similar language in your title as this is redundant; published manuscripts will appear in the Case Reports section.

- [Download and view a sample Case Report manuscript here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Commentary

Abstract length: no abstract

Article length: 400 to 800 words

Commentaries are solicited by the editors. These contributions usually pertain to and are published concurrently with a specific article; the commentary serves to launch a broader discussion of a topic. The general submission instructions (including cover letter, title page, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to commentaries. Further instructions will be sent to authors after they are invited to write a commentary. Unsolicited opinion pieces are published as [Pediatrics Perspectives](#). **Responses to published articles should be submitted as online Comments.**



- [Download and view a sample Commentary manuscript here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Diagnostic Dilemmas and Clinical Reasoning

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no headings, run in a single paragraph)

NOTE: Abstracts must not reveal the final diagnosis

Article length: 3,500 words or fewer

Author limit: Seven (7) authors or fewer

Diagnostic Dilemmas and Clinical Reasoning articles are interactive case studies with comments inserted by generalists and specialists asked to comment on the case, simulating what might occur in an oral case presentation.

The goal of this feature is to present clinical cases that are diagnostic dilemmas and that involve the input of both generalists and subspecialists who comment as segments of the case are presented, similar to Ethics Rounds feature articles. Each case presented should generate a dialogue about unusual or complicated disease processes and stimulate discussion about clinical reasoning. The initial case description should include the chief

complaint and enough information to generate an initial differential diagnosis. Clinical details should alternate with input from generalists and from subspecialists as the case evolves and as the ultimate diagnosis is made. The case should culminate with a brief summary (750–1,000 words) of the key points of the case and of the ultimate diagnosis. Use of media, such as radiology studies, pathology specimens, or video clips, is encouraged to complement the discussion.

- Authors may come from any institution. The case may be one that was discussed in the hospital's teaching rounds (many hospitals have sessions entitled Case Conference, CPC, Professorial Rounds, or something similar).
- Manuscripts will be submitted for peer review, with acceptance contingent on positive peer reviews and input from the editorial board.
- All cases should be real cases.
- Written consent must be obtained from the parent or guardian, and authors should use their cover letter to attest that they have this consent. You do not need to include a copy with your initial submission unless the patient may be identifiable; however, a copy must be provided to *PEDIATRICS* upon request. If you upload consent, do so as a Supplemental File and be sure to click the 'internal use only' box for that file.
- Instances where there are extenuating circumstances in which family consent may be problematic will be handled on a case-by-case basis. If a case is published without family consent, enough elements should be changed so that the patient and family are not recognizable. If the case is too unique to be disguised, then those involved in the care of the patient cannot be authors, and the published paper must have no link to the institution where the case took place.
- The requirements of local institutional review boards should be followed.
- Authorship: As with all article types, authors must fulfill the [ICJME criteria](#) for authorship.

Questions can be addressed to Andrea Cruz, MD, MPH, section editor for Diagnostic Dilemmas and Clinical Reasoning, [here](#).

[↑ Back to Top ↑](#)

Equity, Diversity, Inclusion, and Justice

Abstract length: no abstract

Article length: 1,200 words or fewer

The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to this section.

- **Download and view a sample manuscript [here](#).**

The goal of the Equity, Diversity, Inclusion and Justice section is to highlight areas in which bias, discrimination, racism, and inequity have impacted the health of children and their families. Topics discussed should question assumptions of traditionally held beliefs of race and other social constructs and encourage the promotion of health equity. Suggested topics include, but are not limited to: the impact of social or structural factors on health, with respect to housing and geography, health care access, transportation, education, wealth, law, policy, and justice system involvement. A short synopsis, case report, opinion piece, or personal narrative is not appropriate.

Primary research, regardless of scope, should not be submitted to this section; please see additional Pediatrics Author Guidelines for research submissions.

For some examples of previously published articles, see these articles about: [Reflections of Growing Up in a World That Favors Whiteness](#); [Adolescent and Young Adult Menstrual Poverty](#); and [Using Words and Action in the Fight Against Racism](#).

Specific questions may be directed to Associate Editor Kimberly Montez, MD, MPH ([contact](#)).

[↑ Back to Top ↑](#)

Ethics Rounds

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no headings, run in a single paragraph)

Article length: 3,500 words or fewer

Ethics Rounds present discussions of cases that illustrate ethical dilemmas in patient care, research, or administration.



16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

Ethics Rounds usually consist of an abstract, a brief introduction, a case followed by several commentaries, the outcome of the case, and Section Editor comments. The abstract should briefly describe the case and summarize the commentators' substantive conclusions. The case may involve clinical, research, or organizational ethics. It should conclude with an ethical dilemma or conflict, and the need for an individual or group to make a decision.

Cases are typically 250 to 300 words in length. If the case is based on the care of an actual patient, informed consent should be obtained from the adult patient or the parents or guardian of a minor patient, or the case should be sufficiently anonymized that the participants cannot recognize it. Cases may also be a composite of the care of several actual patients.

The case is usually followed by 2-3 commentaries. Each commentary usually has 1-2 authors. The author(s) of the case are typically among the commentators. If there are 2 commentaries, they should each be 1,200 or fewer words; if there are 3 commentaries, each should be 800 or fewer words. It is preferable that the commentaries' authors represent different institutions, disciplines, and/or perspectives. Commentaries should not introduce new information about the case and should not be repetitive. Ethics Rounds generally conclude with a description of the outcome of the case and a brief comment by the Section Editor.

Unsolicited manuscripts are welcome. The Section Editor Armand Antommaria ([email](#)) is also happy to work with authors who have a case that raises ethical issues and who require additional assistance. In such cases, the Section Editor may fulfill the criteria for authorship. This will be discussed with the corresponding author during the submission process. Potential authors are strongly encouraged to review recently published Ethics Rounds to familiarize themselves with the format and topics that have already been covered. The Section Editor may also originate manuscripts.

The general submission instructions (including cover letter, title page, contributors statement page, abstract, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to Ethics Rounds.

For more information on this section's format and submission process, see the blog [Publishing Ethics in Pediatrics](#).

[↑ Back to Top ↑](#)

Family Partnerships

Abstract length: No abstract

Article length: 2,000 words or fewer

Author limit: None

Reference limit: 10 references or fewer



Family Partnership articles provide the opportunity to highlight the relationships that form between patients, families, and their pediatric care teams. These articles can describe partnerships that occur in caring for an individual patient with shared decision making to achieve comprehensive, coordinated, family-centered care or can illustrate opportunities where a family and pediatric health care professional work together to collaborate on policy development, health systems transformation, quality improvement, a clinical research study, or a medical education project. Articles should be written collaboratively, reflect shared experiences, and include generalizable suggestions for improving health care. Submissions for this article type do not present a singular opinion or perspective, but should aim to describe experiences that achieve a meaningful and equitable partnership between patients, families and pediatricians. Potential authors are strongly encouraged to review recently published Family Partnerships articles to familiarize themselves with the format and topics already covered. Authors with questions about a potential Family Partnerships article can email Associate Editor Cara Coleman at ccoleman@bluebirdconsults.org.

Specific points to consider:

1. Articles should include at least one author who is a family member related to the topic or the article and one author who is a healthcare professional.
2. The patient and/or family member should be actively involved in designing and carrying out the project being described and in drafting the article being submitted.
3. The role of the family member as author should be clear to the reader. For example, simply quoting a family member is not equivalent to shared authorship.

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

4. The introduction and conclusion should be written jointly by all authors reflecting a shared point of view. Additionally, the body of the article should provide active descriptions of and experiences reflective of the partnership.
5. Articles should include generalizable lessons about how to achieve or improve family partnerships in health care even if an individual's story is the focus of the narrative.

[↑ Back to Top ↑](#)

Features

Abstract length: no abstract

Article length: 1,200 words or fewer

The Features section offers an opportunity to gain insight into aspects of our field: past, present, and future.

While Features articles may be invited, submissions are welcome and any queries or proposals should be directed to the editors of their respective columns: Jay Berkelhamer, MD (jayeb@att.net) for Global Health; Robert Dudas, MD (rdudas@jhmi.edu) for COMSEP; Eli Cahan, MD (SOPTpediatrics@aap.org) for SOPT; and Jeffrey Baker, MD (jeffrey.baker@dm.duke.edu) for the AAP Gartner Pediatric History Center.

The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to Features.

- **Download and view a sample Features manuscript [here](#).**

SOPT Feature

This section publishes insightful updates and opinion articles on all aspects of pediatrics, written from the unique perspective of the trainee.

The goal of the editorial board of the AAP Section on Pediatric Trainees (SOPT) Feature is to work with trainee authors to develop thoughtful and timely articles related to pediatrics that appeal to everyone from medical students to well-seasoned practitioners. Topic content that focuses on training in pediatric medicine is preferred, but a range of other content areas will be considered. Topics should be relevant to students, residents, and fellows, but also of general interest to the readership of *Pediatrics*. The issue being discussed must be *uniquely viewed from the trainee's perspective*, not from that of the supervisor, educator, or attending.

A few questions to consider when writing include: Why is the issue important? What is causing the problem to persist? How might it be corrected? How is this issue important to pediatricians in training? How might it affect pediatric medicine in the future? We are looking for authors who take a stand and support it with evidence from the literature, and for articles with an "edge." A narrative thread that engages the reader and includes observations drawn from the author's clinical and professional experiences is recommended.



Points to Consider:

- The first author must be a resident, fellow, or medical student, but does not need to be a SOPT member. Collaborating authors at any career level are welcome. (Note: In order to promote a diversity of trainee voices, SOPT has a guideline of waiting at least 2 years to publish work from an author already published in SOPT Features.)
- One article will be published at least every 4 months as the Feature in *Pediatrics*.
- Word Limit: 1,200 words.
- Reference Limit: 15 references.
- Author limit: 4 authors.
- Identical or similar manuscripts that have been accepted or published elsewhere, including online, cannot be considered. Please refer to the *Pediatrics* main author guidelines for further explanation about *Pediatrics'* approach regarding plagiarism.

Specific questions may be directed to Section Editor Eli Cahan, MD, [here](#).

Historical Perspectives Feature

The historical perspectives Feature is intended to attract concise and engaging historical articles of interest to clinicians. These articles are more akin to a commentary than an original article and cannot be expected to provide the kind of in-depth analysis expected in professional historical journals. The content may draw from original research or develop a particular insight from existing scholarship. These articles are typically

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

qualitative and not divided into the conventional sections appropriate for original scientific contributions. Articles are peer reviewed by professionals with both medical and historical expertise.

Consider the following points as you develop your article:

- Frame a clear question or central argument. Historical articles do not just recite chronologies or lists of persons and dates, they investigate a particular question and develop an argument backed up by sources.
- Set your article in historical context—in its own time and place. Don't judge the past by the standards of the present. Secondary sources can be very helpful. Search for articles or books that can provide historical background. If you are not familiar with historical scholarship, see "resources" on the [Pediatric History Center](#) page of the American Academy of Pediatrics Web site.
- Will your article be of interest to pediatricians (the main audience for *Pediatrics*)? Is the writing clear, organized, and easy to follow?
- Is it original? Authors who have completed longer historical projects may wish to submit a short article related to a bigger project that may attract new readers to their other scholarship.
- Are assertions in the paper accurate and supported with appropriate references? Most articles will have about 10 to 20 references. Follow the AMA Manual of Style. Specific references in longer sources may require page numbers to be noted in parentheses.

Primary sources (produced by participants or contemporaries) are preferred when possible. The goal is to provide enough information that a reader could independently confirm the assertions in the text. Secondary sources (books and reviews written by historians or physician-historians) should be cited to provide context (to frame the story in space and time) and scholarly background.

Specific questions may be directed to Section Editor Jeffrey P. Baker, MD, PhD ([contact](#)).

Global Health Feature

The global health Feature is intended to educate and engage clinicians who might not otherwise be immersed in the global health field. Submissions should provide information or perspective on issues and initiatives of international interest, including health, nutrition, and medical care in low- and middle-income countries. Articles may be broad or specific in focus and should include appropriate references. Please direct questions to Jay Berkelhamer, MD ([contact](#)), section editor.

COMSEP Feature

COMSEP (Council on Medical Student Education in Pediatrics) publishes articles on topics of relevance to pediatric medical student education. Articles are solicited internally via a quarterly call through the COMSEP listserv. The number of authors is limited to 3 with at least one author holding an active COMSEP membership. If you have a question, please contact the current section editor Robert Dudas, MD ([contact](#)).

[↑ Back to Top ↑](#)



Pediatrics Perspectives

Abstract length: no abstract

Article length: 1,200 words max

Author limit: Three (3) authors or fewer

Figure/table: No more than one (1) figure or table allowed

Please Note: *Pediatrics* receives many more Pediatrics Perspectives than the journal can publish. Authors are encouraged to review the Pediatrics Perspectives that have published to ensure that new submissions are unique.

Pediatrics Perspectives are unsolicited opinion pieces that address current topics in issues such as advocacy, public policy, and population health, or clinical topics related to infant, child, and/or adolescent health. Perspectives pieces should include a clear explanation of the issue and potential measures to address it. A short synopsis of current or past personal research on the topic is not appropriate. Perspectives pieces cannot exceed 1,200 words, be written by more than 3 authors, or have more than 7 references. Pediatrics Perspectives may include 1 figure or 1 table.

The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to Pediatrics Perspectives.

- [Download and view a sample Pediatrics Perspectives manuscript here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Quality Report

Abstract: 250 words or fewer (structured: see Regular Articles)

Article: 3,000 words or fewer

Supplemental content: appropriate for figures, tables, multimedia, measurement tools

Quality Reports are intended to add to our understanding of how to design and implement highly reliable systems of care that optimize the quality, safety, and value of health care delivered to children.

What is suitable to submit as a Quality Report?

- The primary goal of Quality Reports is to share important and meaningful quality improvement projects. Submissions should describe sustainable and replicable initiatives that have been evaluated using quality improvement methods. Submissions that include assessment of impact on costs will be given high priority. Pilot projects of interventions to improve quality of care may be acceptable if there are important lessons that can inform further quality-improvement efforts.
- Reports of clinical trials to assess whether interventions are effective are better suited as Regular Articles.
- If you are uncertain whether your manuscript is appropriate as a Quality Report, e-mail Munish Gupta, MD, MMSc ([contact](#)).

What format should authors use when submitting a Quality Report?

- The general instructions to authors regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict-of-interest statements) also apply to Quality Reports.
- Authors should follow the Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0) Guidelines. The SQUIRE guidelines are described in detail on the SQUIRE website (www.squire-statement.org). Of note, the SQUIRE guidelines acknowledge that different reports will have different areas of emphasis, and not every SQUIRE element may be necessary for every quality improvement manuscript.
- All submissions should follow the IMRaD (Introduction, Methods, Results, Discussion) format consistent with the rest of the journal. The SQUIRE guidelines suggest specific elements that should be addressed in each text section; authors should complete the table below indicating the location of each SQUIRE element in their manuscript. This table should be uploaded as a supplemental file.

Table of SQUIRE elements

Text Section	SQUIRE Elements and Descriptions	Page # in Manuscript
Title	Include condition and key outcome, and indicate manuscript describes an improvement initiative.	
Abstract	Sections should include background, methods, results, and conclusion. The results should summarize findings in relation to key specific aims.	
Introduction	Summarizes problem description, available knowledge, rationale, and specific aims.	



Methods Describe context, interventions, measures, study of the intervention and analysis, and ethical considerations.

Context should include environmental and team elements relevant to the design and success of the initiative.

Interventions should be described in sufficient detail to allow replication by others.

Measures should include outcome, process, balancing, and structural measures as appropriate, and should have clear operational definitions. If costs are included in the measures, the method of cost assessment should be clear and rigorous.

The study of the interventions should include the approaches chosen for assessing the impact of the interventions, and whether the observed outcomes are related to the interventions. In general, quality reports will use time-series analysis such as run charts or control charts, and in these cases, authors should describe how such charts were developed and analyzed (eg, rules governing changes in center lines and control limits).



Authors should review their institution's guidelines around review of quality improvement projects. If IRB approval and/or formal IRB exemption from review was not obtained, authors should explain the reasons this was not necessary.

Results Describe the actual course of the interventions, including contextual elements, and present results in relation to specific aims and in the same order as in the introduction and methods.

If run or control charts are used, results should include a description of chart interpretations, including presence of signal or special cause variation.

Associations between outcomes, interventions, and relevant contextual elements should be described.

Discussion Discussion should include summary of results, interpretation, limitations, and final conclusions.

Key findings should be summarized in relation to specific aims.

Interpretation should include assessment of association between interventions and outcomes, comparison of results with other publications, and consideration of reasons for differences between observed and expected outcomes.

Limitations to the internal validity and generalizability of the work should be described, including efforts to address these limitations.

Conclusions should highlight the impact of the project, sustainability, and potential for spread.



Figures In general, figures showing time-series analysis such as run charts or control charts will be needed. Charts should be annotated to show timing of interventions.

- [Download and view a sample Quality Reports manuscript here.](#)
- [Download the blank SQUIRE requirements table here.](#)

[↑ Back to Top ↑](#)

Review Article

Abstract length: 250 words or fewer (structured or unstructured, depending on review type)

Article length: 4,000 words or fewer

Review Articles combine and/or summarize data from the knowledge base of a topic. Preference is given to systematic reviews and meta-analyses of clearly stated questions over traditional narrative reviews of a topic.

Both types of review require an abstract; the abstract of a narrative review may be unstructured (no headings, run in a single paragraph). **See below for abstracts of systematic reviews and meta-analyses.**

Review Articles combine and/or summarize data from the knowledge base of a topic. Preference is given to systematic reviews and meta-analyses of clearly stated questions. Non-systematic reviews usually receive a low priority score. The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to Review Articles.

Reports of systematic reviews and meta-analyses should use the PRISMA statement (<http://www.prisma-statement.org/>) as a guide, and include a completed PRISMA checklist and flow diagram to accompany the main text. Blank templates of the checklist and flow diagram can be downloaded from the PRISMA Web site (<http://www.prisma-statement.org/>).

Systematic reviews should use structured abstracts. Headings should include: Context, Objective, Data Sources, Study Selection, Data Extraction, Results, Limitations, and Conclusions (see Iverson et al^[1](pp22-23)]). Journal requirements for the abstract supersede the PRISMA checklist.

- **Download and view a sample Systematic Review/Meta-analysis manuscript [here](#).**

[↑ Back to Top ↑](#)

Special Article

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no headings, run in a single paragraph)

Article length: 4,000 words or fewer

Special Articles reflect topics or issues of relevance to pediatric health care that do not conform to a traditional study format. Special Articles may address broad social and ethical issues, scientific methodology, or other scholarly topics, and may include reports from consensus committees and working groups. These articles should not include specific guidelines or recommendations for practice. Guidelines and recommendations from groups outside of the AAP must be approved through the AAP and may be published at the discretion of the AAP in the dedicated AAP section of the journal (see below).

The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) apply to Special Articles.

- **Download and view a sample Special Article manuscript [here](#).**

[↑ Back to Top ↑](#)



State-of-the-Art Review Article

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no headings, run in a single paragraph)

Article length: 4,000 words or fewer

State-of-the-Art Review Articles provide a comprehensive and scholarly overview of an important clinical subject with a principle focus on developments in the past 5 years. State-of-the-Art Review Articles are usually invited. If you are interested in submitting a State-of-the-Art Review, please email Associate Editor Dr. Mark Neuman ([contact](#)) and copy Publications Editor Mark Plemmons ([contact](#)).

The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to State-of-the-Art Reviews.

- **Download and view a sample State-of-the-Art Review manuscript [here](#).**

[↑ Back to Top ↑](#)

State-of-the-Art Translational Science Brief

Abstract length: 250 words or fewer (unstructured: no headings, run in a single paragraph)

Article length: 1,500 words or fewer

Reference limit: 25

State-of-the-Art Translational Science Briefs examine cutting-edge translational science advances with

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

implications for practicing pediatricians. These manuscripts should describe a recent finding or a group of closely related findings that have current implications for diagnosis or management, or that could lead the way to novel approaches to care in the near future. These articles should clearly describe the underlying scientific principles and the ways in which clinical care could be transformed.

If you are interested in submitting a State-of-the-Art Translational Science Brief, please email Associate Editor Dr. Mark Neuman ([contact](#)) and copy Publications Editor Mark Plemmons ([contact](#)).

The general instructions regarding submission (including cover letter, title page requirements, contributors statement page, journal style guidance, and conflict of interest statements) also apply to State-of-the-Art Translational Science Briefs.

[↑ Back to Top ↑](#)

Video Abstracts

The journal publishes video abstracts with articles by invitation only. Guidelines will be provided upon invitation.

[↑ Back to Top ↑](#)

"From the American Academy of Pediatrics" - For AAP Use Only

The editorial process and manuscript selection for publication in *Pediatrics* are separate from the processes and materials that are produced or endorsed by the AAP. These materials are published in print and online in a visually distinct section of the journal. AAP Clinical Practice Guidelines, Policy Statements, Clinical Reports and other AAP-produced or endorsed materials that are intended to help guide practice are highly valued by membership and are published in this section of the journal at the sole discretion of the AAP. Content produced or endorsed by the AAP is reviewed and approved outside of the *Pediatrics* editorial process.

Do *not* select an AAP Clinical Report, AAP Policy Statement, or other AAP article type for your submission. These are reserved for internal AAP use only.

[↑ Back to Top ↑](#)

Cover Letter



The cover letter serves to assure the editors that the article and the authors meet the conditions of publication. A brief paragraph that provides any additional information that may be useful to the editors is welcome, but keep in mind that the need for a long cover letter may indicate that the article does not speak for itself. Reviewers will not see the cover letter; cover letters are not a Title Page.

All authors must affirm the following in their cover letter before their manuscript is considered:

- That the manuscript is being submitted only to *Pediatrics*, that it will not be submitted elsewhere, while under consideration, that it has not been published elsewhere, and, should it be published in *Pediatrics*, that it will not be published elsewhere—either in similar form or verbatim—without permission of the editors. These restrictions do not apply to abstracts or to press reports of presentations at scientific meetings.
- That all authors are responsible for reported research.
- That all authors have participated in the concept and design, analysis and interpretation of data, and drafting or revising of the manuscript, and that they have approved the manuscript as submitted.

If a manuscript uses the same or similar data contained in previously published articles, the authors must state this in the cover letter (and provide citations to the related or possibly duplicative materials).

If the manuscript has been posted on a preprint server, the authors must state this in the cover letter (and include a link to the preprint server posting). Manuscripts should not be submitted to preprint servers while under consideration for publication.

[↑ Back to Top ↑](#)

Getting Started

1. Go to <https://submit-pediatrics.aapublications.org/> and sign in, or click the "create a new account" link if you are a first-time user.
2. You should be automatically be taken to your Author Area at sign-in.
3. Click "Submit a new manuscript."

[↑ Back to Top ↑](#)

Submitting Your Manuscript

To start a new submission, click "Submit a new manuscript" in your Author Area.

You must complete each step to submit your manuscript. Use proper capitalization - Do not use all CAPS, or all lowercase, or HTML. Click on the "Save/Continue" button on each screen to save your work and advance to the next screen.

Submission Guide. The first screen you'll see is the "Submission Guide." This page provides a description of each article type and guidance on what is required for each section of the submission system. Once you've reviewed this page, click "Begin Submission" at the bottom of the page.

Manuscript Basics. Select your article type and enter the title, short title, and abstract. Review your article type earlier in the Submission Guide for further details on abstracts. The Article Summary and the What's Known/What's Added summaries are required for Regular Articles only (if this does not apply, input "NA" to skip).

For published articles, the Article Summary will appear under the author names in the table of contents to give the reader a brief insight into what the article is about. It should entice the reader to read the full article. Summarize your article in 25 words or less. For example: "Through linkage of state Medicaid and Child Protective Services databases, this study captures similarities and differences in health care expenditures based on a history of child maltreatment."

Manuscript Files. In this step, you will be prompted to upload your files.

The first screen you'll see includes information on the file types supported for each upload type (manuscript file, image files (which include tables and figures), and supplemental data or additional files). Click Save/Continue to submit your files.

If you chose double-blind peer review, you will see the link "Upload your title page" in the middle of the screen. Click here to upload your Title Page (which should include your Contributors Statement Page and Acknowledgments). Once you've uploaded your Title Page separately, you can then upload your manuscript and table/figure files.



Your main manuscript file should be submitted by dragging the file into the green box labeled "Drop manuscript files here" or by clicking the "Select Files" link in this box. Labels are preferred, but not required. Please note that these labels are not a substitute for the required [table/figure legends](#) in your manuscript files.

Your table and figure files should be submitted by dragging them into the gray box labeled "Drop image and table/figure files here" or by clicking the "Select Files" link in this box.

Supplemental data files should be submitted by dragging them into the blue box labeled "Drop supplemental files here" or by clicking the "Select Files" link in this box. Once you drag a file into this box, you will have the option of checking an "Internal Use" box if the file provided is for editor use only and not to be shared with the peer reviewers.

Once you've dragged over or selected your files, click "Upload Files" to complete the upload. Once you are taken to the next screen, use the navigation links on the left-hand side to move to the next step.

Abstract, Cover Letter and Questions. Enter your abstract and cover letter in the text boxes provided. If your article type does not require an abstract, type "NA" in the text box. If your manuscript reports the results of a clinical trial, you must enter a Data Sharing Statement and the clinical trial number in the text boxes provided. See [Data Sharing](#) for more information. Responses to the funding questions are required.

Keywords. Enter the appropriate keywords/categories for your submission.

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

Reviewer Suggestions/Exclusions. To indicate any preferred and non-preferred reviewers, enter the reviewer's information in the appropriate sections.

Author List. To add yourself as an author, click the "Add Author" button, then the "I Am This Author" button in the top right corner of the popup screen. If you are also the corresponding author, click the "Mark as Corresponding Author" box, then click "Save." You can add additional authors by entering their email address to search for them in the system. You can change the author order in your list by dragging author entries to the desired position.

Submission Proofing. Here you will review the data entered for each step. You can revise any section by clicking the "Edit" button next to the section you'd like to revise.

Copyright Forms

At the time of provisional acceptance, all authors will receive instructions for submitting an online copyright form. No paper will be scheduled for an issue and move onto production until all authors have completed their copyright forms.

We do not accept copyright forms via fax, email, or regular mail unless a technical problem with the online author account cannot be resolved. Every effort should be made for authors to use the online copyright system. Corresponding authors can log in to the submission system at any time to check on the status of any co-author's copyright form.

All accepted manuscripts become the permanent property of the American Academy of Pediatrics and may not be published elsewhere, in whole or in part, without written permission from the AAP (with certain exceptions: authors retain certain rights including the right to republish their work in books and other scholarly collections). Authors who were employees of the United States Government at the time the work was done should so state on the copyright form. Articles authored by federal employees remain in the public domain.

Note: *Pediatrics* cannot accept any copyright that has been altered, revised, amended, or otherwise changed. Our original electronic copyright form must be used as is.

Disclosure Forms

At the time of provisional acceptance, all authors are required to submit a disclosure form. *Pediatrics* adheres to ICMJE policy and uses an online disclosure e-form in order for authors to do so. The collection of forms is automated within the online submission system. **Note: *Pediatrics* cannot accept any disclosure that has been altered, revised, amended, or otherwise changed. Our original electronic disclosure form must be used as is.**



Ordering Reprints

Reprint order forms will be sent to the corresponding author. If you are not the corresponding author and wish to order reprints, you may either contact the corresponding author or use the contact info below. Reprints are available at any time after publication. However, reprints ordered after publication may cost more. Delivery of reprints is usually 4 to 6 weeks after publication.

To order author reprints, please contact:

Lori Laughman
 Reprint Account Manager - Author Reprints
 Office Telephone: Call: 717-632-8448 
 E-mail

[↑ Back to Top ↑](#)

Reader Comments

Pediatrics welcomes reader comments on published articles. To submit a comment, click on the "Comments" tab that appears with each article, then click on "Submit a Comment." (You must be logged in to submit a comment.)

16/10/2023, 15:34

Author Instructions | Pediatrics | American Academy of Pediatrics

Comments submitted via email or regular mail will not be considered for posting or returned.

The editors review all comments submitted online; comments are not peer-reviewed. The decision regarding whether to post a comment is at the sole discretion of the editors, and all editorial decisions are final. The submitting author will receive an email if the comment is posted, which generally occurs within 3-5 days of submission. No email notification will be sent if the comment is not posted. Once a comment has been posted on the website, you will not have the right to have it removed or edited. *Pediatrics* shall, however, be able to remove any comment at its discretion.

Note: Comments are online responses only. They are neither published nor cited in Medline/PubMed. Comments that raise issues addressed in prior comments are unlikely to be posted.

Be sure to follow all of the consideration criteria below; you will **not** be able to modify your comment after submission.

Consideration Criteria for Posting of Reader Comments:

- To ensure timely discussion, comments are limited to articles published within the previous 6 months.
- The editors will consider posting comments that contribute substantially to the discussion of the original article to which the reader is responding. All editorial decisions are final.
- We will consider posting comments from all readers regardless of professional background. Decisions about posting are made based on the content, not the professional background of the respondent.
- *Pediatrics* does not allow multiple comment submissions from the same reader for a particular article.
- Comments must be in English and not exceed 500 words, not including references.
- Comments must have no more than 3 authors. Please insert commas between author names. If author affiliations include commas, insert semicolons between each affiliation.
- Comments must have no more than 5 references.
- Comments cannot include web links. We will remove any web links from responses chosen for posting. The only exceptions are links to AAP publications and to government documents/webpages; these must be correctly cited as references (do not paste them in the body of the comment) using AMA style.
- Tables, figures, and other attachments are not allowed.
- *Pediatrics* will not post comments that are, or appear in the opinion of the editor to be, obscene, libelous, incomprehensible, defamatory, or rude; that include advertising, address personal health questions about the respondent or family members; or that give personal health information about identifiable individuals. The decision regarding whether to post any comment is at the sole discretion of the editors; all editorial decisions are final.
- In general, we do not edit reader comments prior to or after posting. The editors may, at their discretion, modify submitted comments either before or after posting the comment.



How to Submit Reader Comments for Consideration

1. Please ensure that you are logged in; you must be logged in to submit a comment. User accounts are free if you do not already have one.

2. Locate the article online and scroll to the bottom of the page (or the sidebar on the left-side of the screen) to find the "Add comment" link. *Pediatrics* only allows one comment per author per article.

**3. Click the link to reach the comment page where you can add your name, affiliation, comment title, and the comment response. (Note that no HTML tags are allowed. Lines and paragraphs are automatically recognized. The
 line break, <p> paragraph and </p> close paragraph tags are inserted automatically. If paragraphs are not recognized simply add a couple of blank lines.)**

4. Click "Submit".

How to View Comments

To read comments on an article that have been posted, click on the "Comments" link in the sidebar on the left side of the screen.

How to Cite a Comment

Example:

Puttgen, Katherine. RE: Topical Timolol Maleate Treatment of Infantile Hemangiomas [comment], *Pediatrics* (November 2, 2016), <https://publications.aap.org/pediatrics/article/138/3/e201603355/52672/Topical-Timolol-Maleate-Treatment-of-Infantile>

[↑ Back to Top ↑](#)

Letters to the Editor

All Letters to the Editor must first be submitted as online comments (and must conform to [comment requirements](#)). Selected comments may then be chosen for publication in the indexed edition of *Pediatrics* as "Letters to the Editor." The editors may choose to abridge and edit a comment prior to publication as a Letter to the Editor in *Pediatrics* without notifying or seeking approval from the author. Only these selected responses will be cited in MedLine. Any letters submitted through the official manuscript submission site will be withdrawn.

At the time of provisional acceptance, the comment author will receive instructions for submitting an online copyright form. No comment will be scheduled for an issue's Letters to the Editor section and move onto production until the copyright form is completed.

[↑ Back to Top ↑](#)

Errata

The corresponding author of an article can request a correction to a published manuscript. The editors will decide if an erratum is in order.

[↑ Back to Top ↑](#)

Supplements to *Pediatrics*

Supplements are sponsored sets of articles on a single topic or a theme pertinent to *Pediatrics*. Such sets of articles may come from the proceedings of sponsored meetings, reports from task forces or committees, organizations interested in a particular topic, or research groups. Please note: *Pediatrics* does not accept supplements financed by for-profit corporations if the topics in the supplement bear close relation to the products sold by the corporation. All supplements are peer-reviewed. The contents of all supplements are open to read from the date of publication.



Supplement Costs

- The cost to sponsor a printed supplement to *Pediatrics* is \$975 per page, with a minimum of 32 pages. This estimate includes all costs for production, copyediting, press, distribution and postage, and online production and hosting of the supplement. A budget contract estimate will be issued for your approval prior to scheduling. The final price includes 100 complimentary copies of the supplement. Additional printed copies can be purchased by contacting Kate Larson, Senior Managing Editor, [here](#).
- We offer the option of publishing online-only supplements to *Pediatrics*. The submission and production processes are exactly the same as those supplements that are published both in print and online. The difference is that no copies of the supplement are printed, thereby eliminating costs associated with printing and postage. The cost to sponsor an online-only supplement is \$485 per page.
- A 50% deposit is required at budget contract and scheduling.

Conceptual Approval

Approval of the topic of a supplement must be obtained from Alex Kemper, MD, MPH, MS, Deputy Editor, prior to submission. To facilitate this process, we ask for a brief letter outlining the supplement, a proposed table of contents listing titles and authors of prospective papers, and a statement describing who will underwrite the cost of the supplement. This material should be sent to the deputy editor ([here](#)) during the planning stages of the supplement, ideally several months prior to submission.

Submission Requirements

To submit the supplement after conceptual approval, you must submit via the [manuscript system](#).

- **Download and view a sample Supplement format [here](#).** Submit the supplement under a single manuscript number with multiple supplemental files as detailed in [this guide](#). The formatting requirements for articles also apply to supplement articles.

Once the supplement is received by the deputy editor, it is sent out in its entirety to reviewers. If the supplement is provisionally accepted, revisions may be required. If revisions cannot be made to the satisfaction of the editors, the supplement may be rejected.

We estimate 120 days from final acceptance to publication. However, this timeline can vary depending on the number of other supplements already scheduled for publication.

[↑ Back to Top ↑](#)

Pediatrics Editorial Offices

Vermont (Office of the Editor-in-Chief)

University of Vermont College of Medicine
89 Beaumont Ave
Given Courtyard, S261
Burlington, VT 05405

Ohio (Office of the Deputy Editor)

Nationwide Children's Hospital
700 Children's Drive
Columbus, OH 43205

Publisher's Office

American Academy of Pediatrics
345 Park Blvd
Itasca, IL 60143
[Email](#)

Senior Managing Editor

Kate Larson, *Itasca, IL*
[Email](#)

Publications Editor

Mark Plemmons, *Itasca, IL*
[Email](#)



Editorial Staff

Nina B. Jaffe, *Burlington, VT*

Problems With Article Submission?

- Email our editorial staff [here](#).

[↑ Back to Top ↑](#)

Ver. 03.11.2022

ANEXO D – E-mail de confirmação da submissão do artigo na Revista Child Abuse & Neglect

03/08/2023, 11:59

Gmail - Confirm co-authorship of submission to Child Abuse & Neglect



Larissa Correia <larissafecorreia@gmail.com>

Confirm co-authorship of submission to Child Abuse & Neglect

1 mensagem

Child Abuse & Neglect <em@editorialmanager.com>

15 de julho de 2023 às 10:54

Responder a: Child Abuse & Neglect <support@elsevier.com>

Para: Larissa Fernandes Correia Gonzaga <larissafecorreia@gmail.com>

This is an automated message.

Journal: Child Abuse & Neglect

Title: Meanings, conceptions, and experiences of nurses from the Family Health Strategy when faced with child abuse: theorization of non-reporting

Corresponding Author: Professor Viviane Gomes

Co-Authors: Larissa Fernandes Correia Gonzaga; BRENDA TORRES SANTOS; FERNANDO SILVA OLIVEIRA; PATRÍCIA MARIA PEREIRA DE ARAÚJO ZARZAR

Manuscript Number:

Dear Miss Larissa Fernandes Correia Gonzaga,

The corresponding author Professor Viviane Gomes has listed you as a contributing author of the following submission via Elsevier's online submission system for Child Abuse & Neglect.

Submission Title: Meanings, conceptions, and experiences of nurses from the Family Health Strategy when faced with child abuse: theorization of non-reporting

Elsevier asks all authors to verify their co-authorship by confirming agreement to publish this article if it is accepted for publication.

Please read the following statement and confirm your agreement by clicking on this link: [Yes, I am affiliated.](#)

I irrevocably authorize and grant my full consent to the corresponding author of the manuscript to: (1) enter into an exclusive publishing agreement with Elsevier on my behalf (or, if the article is to be published under a CC BY license, a non-exclusive publishing agreement), in the relevant form set out at www.elsevier.com/copyright; and (2) unless I am a US government employee, to transfer my copyright or grant an exclusive license of rights (or for CC BY articles a non-exclusive license of rights) to Elsevier as part of that publishing agreement, effective on acceptance of the article for publication. If the article is a work made for hire, I am authorized to confirm this on behalf of my employer. I agree that the copyright status selected by the corresponding author for the article if it is accepted for publication shall apply and that this agreement is subject to the governing law of the country in which the journal owner is located.

If you did not co-author this submission, please contact the corresponding author directly at vivianegomes@ufmg.br.

Thank you,
Child Abuse & Neglect

More information and support

FAQ: What is copyright co-author verification?

https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/28460/supporthub/publishing/
You will find information relevant for you as an author on Elsevier's Author Hub: <https://www.elsevier.com/authors>

FAQ: How can I reset a forgotten password?

https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/28452/supporthub/publishing/
For further assistance, please visit our customer service site: <https://service.elsevier.com/app/home/supporthub/publishing/>

Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions, and learn more about Editorial Manager via interactive tutorials. You can also talk 24/7 to our customer support team by phone and 24/7 by live chat and email

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Remove my information/details). Please contact the publication office if you have any questions.

PRODUÇÃO INTELECTUAL E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O MESTRADO

1. Co-autora em artigo produzido e submetido em revista científica

LARA-MENDES, STO; BARBOSA, CFM; GONZAGA, LFC; DYE, PFA; BARBOSA, FI; MACHADO, VC. Guided endodontics as a contemporary strategy to address challenging root canal situations: A case report. *Dental Press Endod*, 2022.

2. Monitoria de Pós-Graduação

Monitoria de Pós-Graduação, voluntária, na disciplina optativa “Abordagem multidisciplinar da hipotônia oro facial e protrusão lingual de bebês com Síndrome de Down” coordenada pelo Professor Henrique Pretti.

3. Material Didático Instrucional

Foi elaborado um Infográfico de Abuso Infantil, para enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a diferença entre “Denúncia e Notificação” e condutas no contexto do abuso infantil.

<https://www.odonto.ufmg.br/paixao/category/material-didatico-instrucional/>

4. Participação em Grupo de Estudos

Membro ativo do Grupo de Estudos em Pesquisa Qualitativa, criado por professores do departamento de Odontologia Social e Preventiva, do primeiro semestre de 2023 até os dias atuais.