

FERNANDO HENRIQUE DA SILVA OLIVEIRA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E
REPRODUTIBILIDADE DE QUESTIONÁRIO
PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO E
ATITUDE DE PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A CASOS DE
ABUSO FÍSICO INFANTIL**

BELO HORIZONTE

2012

FERNANDO HENRIQUE DA SILVA OLIVEIRA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E REPRODUTIBILIDADE DE
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO E
ATITUDE DE PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE FRENTE A CASOS DE ABUSO FÍSICO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas
Gerais como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientador: Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

Co-orientador: Míriam Pimenta Parreira do Vale

BELO HORIZONTE

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

2012

Dedico este trabalho às crianças que, tão prematuramente, perdem sua inocência e infância, vítimas do abuso infantil, abandonadas à sorte de nossa negligência, na crença de que este trabalho trará, talvez, um dia, subsídios para que outros pequenos não tenham sua esperança tão antecipadamente roubada pelo estigma dos maus tratos.

Dedico aos profissionais de saúde que no dia a dia têm a consciência do poder transformador que o exercício de suas profissões pode ter na vida dessas crianças e na construção de um futuro mais justo.

Dedico aos meus amados pais, pelo apoio resolutivo. Aos meus familiares, e grandes amigos, que sempre estiveram ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente minha eterna admiração a você, minha orientadora, Patrícia Zarzar. Penso que não conseguirei encontrar as palavras corretas para demonstrar minha imensa gratidão. Você é pra mim um exemplo de caráter e humanidade, nos momentos que me vem a triste impressão que o lidar com a pesquisa e o mundo acadêmico leva inevitavelmente ao mecanicismo, a frieza. Pensar que a epidemiologia e o estudo da distribuição dos fenômenos de saúde e doença, qualidade de vida, as iniquidades em saúde e tudo mais é poesia, pode ser “forçar um pouco a barra”, mas me permita a “licença poética” de pensar que podemos, com o nosso trabalho, de alguma forma, pra algumas pessoas, em algum dia, tentar fazer alguma realidade um pouco mais justa. Aí sim, mesmo que um pouco utópico, isso é um pouco poesia. Não sejam tão duros comigo me repreendendo por ser utópico em demasia, afinal de contas, qual a razão de ser da pesquisa em odontopediatria e em saúde pública, se não tiver nelas um pouco de poesia? Então, muito obrigado, Paty, por me oferecer e me incentivar nessa oportunidade de poder, talvez um dia, fazer a realidade de algumas pessoas um pouco mais justa, como você faz. Obrigado por fazer com que ficasse preservada em mim a paixão pela pesquisa. Muito obrigado por ter acreditado no meu potencial, nos momentos que até eu mesmo duvidei da minha capacidade.

Míriam do Vale, minha co-orientadora, você foi a minha referência no período em que a Patrícia esteve longe, lhe agradeço então, profundamente, pela orientação e pelo exemplo de firmeza e força, tão importantes pra área acadêmica, pra vida! Suas palavras que em horas decisivas a primeira impressão possam parecer um pouco duras, na verdade elas têm a sinceridade e a força que me fizeram refletir, me levantar e resistir em momentos decisivos. Muito obrigado.

À minha mãe, que desde pequeno me incentivou a leitura, que eu tanto precisei neste momento. E também pelo carinho, pela paciência, pelo amor, pelos exemplos. Ao meu pai também, que a todo momento me ofereceu apoio resolutivo e permitiu que o sonho desta pós graduação fosse possível.

Desde bem pequeno lembro que cismei em me tornar um cirurgião-dentista. Foi por influência da dentista que cuidou de mim e dos meus irmãos. A cisma virou sonho, o sonho virou realidade e a realidade, hoje, se torna maior do que um dia eu cheguei a imaginar. Lembro-me conversando com minha prima Cláudia Fonseca sobre o nosso futuro e de fato chegamos longe, não é mesmo prima? Gostaria muito de agradecê-la, pela companhia de outrora e de hoje em dia. Estaremos sempre juntos, prima.

Lembro-me que foi ao final da clínica de CIAP que, um dia, minha dupla de faculdade me chamou para ajudar a Prof^a. Patrícia Zarzar em uma pesquisa sobre traumatismo. E assim foi a minha iniciação no mundo científico. Gostaria, portanto, de agradecer a minha inesquecível dupla, Gisele Resende, pela grande amiga, pela grande dupla, pelas lembranças inesquecíveis do período de graduação, enfim, eterna amiga, muito obrigado.

À Jacqueline Silva, que me deu tanto apoio e incentivo, que compartilhou comigo momentos semelhantes de dificuldades. Juntos somamos forças e fizemos dessa caminhada um pouco mais fácil, não é mesmo, minha grande amiga?

Na mesma medida que aos grandes amigos, agradeço o grande presente de amizade que a vida me deu ao entrar no mestrado, à Ana Paula Hermont. Ana, não sei o que seria de mim e do meu mestrado sem você. Compartilhamos tão intensamente nossos problemas, descontentamentos, tristezas e claro, as alegrias e as vitórias, que penso que não tem outra explicação a não ser imaginar que provavelmente não foi por acaso, não

foi à toa e tem as mãos de Deus no fato de termos nos encontrado nessa trajetória. Muito obrigado, grande amiga. Você foi uma força extra pra atravessar essa jornada e sinto lhe dizer, mas estamos condenados à amizade eterna!

Agradeço aos demais amigos do mestrado, pessoas especialíssimas, Lucas Abreu, Paula Santos, Davidson Madureira. Amigos, nosso caminho está apenas começando e eu verei a vitória de cada um de vocês. Muito obrigado.

Agradeço aos demais amigos do mestrado, em especial à Bárbara Albuquerque, Valéria Brizon e Laís Munari.

Agradeço aos amigos que a vida me deu: Graziela Costa, Laís Munari e Mariana Azeredo, companheiras do internato, fase tão maravilhosa da minha vida.

Agradeço à tia Márcia, minha segunda mãe. E a todos os meus tios, primos e familiares.

Agradeço de forma muito especial a minha amiga e referência Kelly Oliva Jorge. Kelly, sempre tive você, desde a minha iniciação científica, como referência e sempre tive um respeito imenso. Não saberia como agradecer o enorme apoio, e o incentivo que você me deu, seja por meio de palavras, das oportunidades que tive de trabalhar com você e foram de incomensurável engrandecimento. Admiro-te profundamente e espero que nossos caminhos ainda se cruzem diversas vezes em nossas vidas. Muito obrigado.

Às demais colegas do doutorado que nos orientaram nas disciplinas de Estudos Avançados, Joana, Anita e Andrea. Temos vocês como referência. Muito obrigado.

A todos os colegas de área, muito obrigado.

Aos amigos que estão sempre comigo: Guilherme Borges, Sandro Rodrigues, Leonam Ramos, Vitor Caldas, Carolina Costa, Fabiano Alves. Sinto-me uma pessoa abençoada por Deus pelos amigos maravilhosos que tenho.

A todos os professores da área. Sinto imensa admiração por vocês, Isabela Pordeus, Saul de Paiva, Sheyla Auad, Junia Serranegra.

Agradeço aos profissionais que tão atenciosamente participaram desta pesquisa.

A todos que de alguma forma estiveram em meu percurso nesses dois anos de lutas e vitórias, minha sincera gratidão.

RESUMO

Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de atenção primária à saúde frente a casos de abuso físico infantil

O *Child Welfare Information Gateway* (2008) e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) dividem os maus tratos em quatro categorias: o abuso físico infantil, a negligência, o abuso sexual e o abuso emocional ou psicológico. O abuso físico infantil é definido como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança, a partir de uma interação, ou da falta de interação, praticada pelos pais, cuidadores, pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 1999). A prevalência de abuso físico infantil atinge números alarmantes em vários países do mundo (CWIG, 2011; UNICEF, 2005). Segundo o estudo “*Child Maltreatment, 2010*” (CWIG, 2011), as notificações de abuso infantil nos Estados Unidos foram feitas principalmente por profissionais, 58,6%. Destes, 12,8% profissionais da saúde. Este dado ressalta a importância desses profissionais no reconhecimento e notificação de casos de abuso infantil. Por este motivo, avaliar o conhecimento e a atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil é de grande importância para que medidas de saúde pública sejam tomadas no sentido de que haja um incremento na notificação de ocorrência de abuso de modo a ajudar a coibir este estigma social. Uma grande limitação que parece existir nos estudos de conhecimento, percepção e atitude de profissionais de saúde frente a casos de maus tratos infantis, conduzidos no Brasil é a incerteza da metodologia aplicada, como por exemplo, dos instrumentos de medição utilizados, que muitas vezes não passam por métodos de validação, ou pelo menos não é relatado em seus artigos de origem se foram submetidos por esses métodos (Luna *et al*, 2010; Azevedo *et al.*, 2012). O objetivo deste estudo foi adaptar transculturalmente um questionário desenvolvido para avaliar o conhecimento, a experiência e a atitude de profissionais de atenção primária a saúde, frente a casos de abuso físico infantil, desenvolvido na Universidade de Londres

(Lazenbatt e Freeman, 2006) e submetido a validação de face. Para realização da adaptação, procedeu-se a tradução do instrumento, seguindo os métodos descritos por Herdman (1998). O questionário foi aplicado a 107 profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Belo Horizonte, Minas Gerais, além de profissionais das equipes de apoio às equipes da ESF. A primeira versão traduzida deste questionário foi submetido a teste reteste em dois momentos, primeiramente em 21 profissionais e em um segundo momento em 32. Os dados foram analisados pelo programa SPSS, versão 17.0. A maioria das questões obtiveram excelentes valores ao teste Kappa e Kappa Ponderado – acima de 89%. A versão brasileira do questionário transversal para avaliação do conhecimento e atitudes de profissionais de saúde em relação ao abuso físico infantil apresentou ótimos valores ao teste kappa e kappa ponderado para a maioria das questões se mostrando confiável, fidedigno e reproduzível para o uso em profissionais brasileiros de atenção primária.

Descritores: Abuso Físico Infantil, Conhecimentos, Adaptação transcultural, Profissionais de Saúde.

Cross-cultural adaptation and reliability of a questionnaire to assess knowledge and attitude of primary care professionals to health in cases of child physical abuse

The Child Welfare Information Gateway (2008) and the World Health Organization (WHO, 1999) divide abuse into four categories: physical child abuse, neglect, sexual abuse and emotional or psychological abuse. Physical child abuse is defined as an actual or potential physical harm to a child by means of an interaction, or lack of interaction, practiced by the parents, caregivers, guardians or people in positions of responsibility, trust or power (WHO, 1999). The prevalence of physical child abuse reaches alarming numbers in several countries worldwide (CWIG, 2011, UNICEF, 2005). According to the study “Child maltreatment, 2010” (CWIG, 2011), the majority of the notifications of child abuse in the United States were made by professionals, 58.6%, and 12.8% of these notifications were made by healthcare professionals. This finding highlights the importance of these professionals in recognizing and reporting child abuse cases. Therefore, assessing knowledge and attitudes of healthcare professionals regarding cases of physical child abuse is of great value in order that public health measures are taken aiming to increase notifications of abuse and hence curbing this social stigma. A major limitation that seems to exist in the studies of knowledge, perception and attitudes of healthcare professionals regarding cases of child abuse, conducted in Brazil, is the uncertainty concerning the methodology applied, for example, when referring to the measuring instruments applied, once they often are not validated methods, or at least it is not reported in the articles data stating whether the research tools were submitted to validation methods or not (Luna et al, 2010; Azevedo et al., 2012). The aim of this study was to carry out a cross-cultural adaptation of questionnaire developed to assess knowledge, experience and attitude of primary healthcare professionals concerning physical child abuse cases, developed at the University of London (Lazenbatt and

Freeman, 2006) and subjected to face validity. To perform the transcultural adaptation it was carried out the translation of the instrument, following the methods described by Herdman (1998). The questionnaire was administered to 107 professionals from the teams of the Family Health Strategy (FHS) of Belo Horizonte, Minas Gerais, as well as professionals from the FHS support teams. The first translated version of the questionnaire was subjected to test-retest on two occasions, first among 21 professionals and a second time among 32 professionals. Data were analyzed using SPSS, version 17.0. Most of the questions were excellent values for the tests Kappa and Weighted Kappa – above 80%. The Brazilian version of the questionnaire evaluating the knowledge and attitudes of healthcare professionals in relation to physical child abuse showed great values relating to the kappa and weight kappa tests for the majority of the questions proving the method to be reliable, accurate and reproducible for use in Brazilian primary healthcare professionals.

Keywords: Child Physical Abuse, knowledge, cross-cultural adaptation, Health Care Professionals

LISTA DE ABREVIATURAS

AFI – Abuso físico infantil

AFC – Abuso físico em crianças

CANNQ – Child Abuse and Neglect – Nurses Questionnaire

CARIS – The Child Abuse Report Intention Scale

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CWIG – Child Welfare Information Gateway

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FO – Faculdade de Odontologia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO:

Figura 1	Fluxograma da metodologia.....	44
----------	--------------------------------	----

ANEXO:

Figura 1	Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.....	77
----------	--	----

Figura 2	Parecer do Comitê de Ética da UFMG.....	78
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

ARTIGO:

Quadro 1	Questionário principal final.....	51
----------	-----------------------------------	----

APÊNDICE

Quadro 1	Questionário principal final.....	73
----------	-----------------------------------	----

Quadro 2	Questionário complementar final.....	75
----------	--------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1	Valores de Kappa para as principais questões do instrumento com respostas dicotômicas – “sim” e “não” – referentes ao segundo teste reteste.....	48
Tabela 2	Valores do Kappa Ponderado para as questões do instrumento com escala de intensidade.....	49
Tabela 3	Valores do teste Kappa Ponderado para as questões do questionário complementar.....	50

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
Prevalência de abuso físico e maus tratos em outros países.....	20
Prevalência de abuso físico e maus tratos infantis no Brasil.....	22
Conhecimento e importância da notificação por profissionais de saúde.....	24
A subnotificação.....	26
Fatores de risco associados aos maus tratos infantis.....	29
A criança abusada e as sequelas da violência.....	30
Estudos de conhecimento e percepção do abuso físico infantil e instrumentos.....	31
A importância da adaptação transcultural e validação de instrumentos.....	33
2 ARTIGO.....	34
Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de atenção primária à saúde frente a casos de abuso físico infantil	
RESUMO.....	35
<i>ABSTRACT</i>	36
INTRODUÇÃO.....	37
METODOLOGIA.....	39
RESULTADOS.....	46
DISCUSSÃO.....	54
AGRADECIMENTOS.....	59
REFERÊNCIAS.....	59
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
4 REFERÊNCIAS FINAIS.....	65

5 APÊNDICE.....	71
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
APÊNDICE B – Questionário principal final.....	73
APÊNDICE C – Questionário complementar final.....	75
6 ANEXO.....	76
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS.....	77
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	78
ANEXO C – Questionário original.....	79

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Nos últimos anos tem-se discutido cada vez mais sobre os maus tratos às crianças. O abuso à criança, ou maus tratos são classicamente definidos como toda forma de violência física e/ou emocional, maus tratos, negligência ou tratamento negligente, exploração comercial ou outro tipo de exploração, resultando em dano real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 1999).

O *Child Welfare Information Gateway* (CWIG, 2008), serviço do *Department of Health and Human Services* do Governo dos Estados Unidos e a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999) dividem os maus tratos em quatro categorias: o abuso físico infantil, a negligência, o abuso sexual e o abuso emocional ou psicológico. O abuso físico infantil é definido como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança, a partir de uma interação, ou da falta de interação, praticada pelos pais, cuidadores, pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder (WHO, 1999). O CWIG alerta ainda que, embora os tipos de maus tratos possam acontecer em separado, o mais comum é que ocorram em combinação e não isoladamente (CWIG, 2008)

Prevalências de abuso físico e maus tratos infantis em outros países

Ainda que este assunto tenha recebido maior atenção nos últimos anos, não há no Brasil levantamentos estatísticos oficiais, a nível nacional, sobre a prevalência de crianças vítimas de maus tratos, ou o número de crianças mortas vítimas do abuso. Nos Estados Unidos, segundo documento intitulado “*Child Maltreatment 2010*” (CWIG, 2011) do *U.S. Department of Health & Human Services*, no ano de 2010 ocorreram 1560 mortes

de criança em consequência de maus tratos. A taxa global de mortalidade foi de 2,07 crianças mortas vítimas de abuso, para cada 100.000 crianças. O abuso físico foi a segunda categoria mais comum de maus tratos, tendo prevalência inferior apenas que a negligência. Quase 80% das vítimas fatais foram crianças com menos de 4 anos e mais de 40% dos casos de fatalidade, em todas as idades, ocorreram como consequência de mais de uma categoria de maus tratos. É importante ressaltar que os dados citados acima são apenas de mortes de crianças, a consequência mais trágica do abuso. O mesmo estudo revela que para cada 1.000 crianças, 9.2 foram vítimas de abuso nos Estados Unidos em 2010.

A UNICEF montou um relatório intitulado “*A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations*” (UNICEF, 2003), em que foi realizado um levantamento, em um período de cinco anos, de crianças mortas, vítimas de abuso em 27 países considerados ricos e também outros dados relacionados a maus tratos infantis. Este estudo revela que no México as mortes podem chegar a 3 para cada 100.000 casos de maus tratos. Dados deste mesmo estudo mostram que por volta de 7.081 crianças com menos de 15 anos morreram vítimas de abuso nos EUA, no período de cinco anos em que foi feito o levantamento do estudo; dessas 1.889 tinham menos que um ano de idade. No México foram registradas, segundo o levantamento do UNICEF, 4.974 mortes de crianças vítimas de abuso no mesmo período de tempo, sendo que dessas vítimas, 1.006 (20%) tinham menos que um ano, o que pode mostrar que quanto mais nova a criança, mais suscetível ao abuso ela está. O mesmo estudo ainda levanta o número de vítimas fatais menores de 18 anos, para cada tipo de maus tratos nos EUA no ano de 2.000: das 709 vítimas, a negligência (34,9%) foi a categoria que mais levou a mortes, seguida pelo abuso físico (27,8%). O estudo também revelou que 80% dos casos de maus tratos infantis no

Canadá, em 1998, foram praticados pelos pais biológicos da criança. Estes dados revelam que a violência contra a criança deve ser considerada um problema de saúde pública.

Prevalência de abuso físico e maus tratos infantis no Brasil

Faltam no Brasil levantamentos estatísticos a nível nacional sobre incidência e prevalência de notificações e casos comprovados de maus tratos infantis e não existem documentos oficiais sobre a prevalência de maus tratos, todavia existem algumas poucas pesquisas regionais com esses dados, realizadas em órgãos oficiais de proteção à criança, como Conselhos Tutelares e delegacias especializadas (Vieira, Modesto e Abreu, 1998; Ferreira *et al.*, 2007; Carvalho *et al.*, 2009). Pesquisas no Brasil revelam que o abuso físico é um dos mais predominantes dos tipos de maus tratos infantis, encontrando-se na literatura números aproximados, 52,9% (Martins e Jorge, 2009), 64,7% (Carvalho *et al.*, 2009), com exceção de Ferreira, *et al.* (2007), que encontrou prevalência de 20% no município de João Pessoa.

Em estudo realizado nos Conselhos Tutelares de Londrina, Martins e Jorge (2009) encontraram 724 e 1265 registros de notificações de abuso nos anos de 2002 e 2006 respectivamente. Desses, 52,9% e 48,2%, em 2002 e 2006 respectivamente, eram de abuso físico infantil, seguido da negligência e abandono (24,7% em 2002 e 30,4 em 2006) e a violência sexual (19,8% em 2002 e 18,4% em 2006). Observaram também que o local mais comum em que os atos de violência foram cometidos foi a própria casa da vítima (82,4% em 2002 e 86,3% em 2006) e que 90,4% das vítimas em 2002, e 92% em 2006, apresentaram lesões corporais como consequência do abuso, sendo mais comuns lesões em múltiplas regiões do corpo (36,4 e 28,7%).

Carvalho *et al.* (2009) realizaram uma análise documental na Delegacia de Proteção à Criança e o Adolescente em Salvador, BA, em que examinou um universo de 2.073 casos, observando um predomínio do abuso físico (64,7%), seguido pela agressão psicológica (28,3%) e pelo abuso sexual (16,5%). Os autores observaram que na época do levantamento a principal faixa etária abusada, segundo dados de notificação da Delegacia, foram crianças de 11 a 15 anos, seguidos por adolescentes de 16 a 18 anos e um menor número de casos entre crianças menores de 10 anos.

Todavia, Bazon (2008) em estudo realizado nos Conselhos Tutelares de Ribeirão Preto, SP, após análise de um universo de 7.765 notificações de abuso entre os anos de 2000 a 2003, encontrou maior prevalência da negligência (12,9% do universo analisado), seguida pela violência física (10,8% do universo). Costa *et al.* (2007) após análise de 1.293 registros de notificações nos Conselhos Tutelares do município de Feira de Santana, BA, também observaram maior prevalência da negligência (56,2%), seguida pelo abuso físico (35,2%), o psicológico (28,9%) e pelo abuso sexual (5,3%). Neste estudo, o principal local em que foi praticada a violência, foi o próprio domicílio da vítima (78,1%) e os principais agressores foi o pai ou a mãe.

Há estudos apontando também alta prevalência de lesões na cabeça e face de crianças vítimas de abuso físico (Martins e Jorge, 2009; Carvalho *et al.*, 2009, Cavalcanti *et al.*, 2010). Este dado ressalta a importância do profissional dentista quanto ao diagnóstico e notificação de casos de abuso físico infantil, já que foram estes profissionais que mais associaram lesões na cabeça e face ao abuso físico infantil nos estudos anteriormente citados.

Conhecimento e importância da notificação por profissionais de saúde

Lazenbatt e Freeman (2006) em estudo realizado na Irlanda do Norte com médicos dentistas e enfermeiros, relataram que 58% dos profissionais de saúde por eles entrevistados já observaram um caso suspeito de abuso físico infantil e 47% dos profissionais disseram já ter relatado um caso de abuso físico às autoridades. O mesmo estudo apontou que 15% dos profissionais tinham observado um caso de maus tratos infantil nos seis meses anteriores de exercício da profissão, sendo que 10% desses casos foram confirmados. Segundo os mesmos autores 31% dos profissionais participantes da pesquisa relataram ter observado traumas faciais relacionados a casos suspeitos de abuso físico, sendo que a maioria desses profissionais eram cirurgiões dentistas. Dez por cento dos profissionais entrevistados disseram ter relatado um caso suspeito ou comprovado de abuso físico às autoridades nos seis meses anteriores à entrevista. Oitenta e seis por cento dos médicos, 96% dos enfermeiros e apenas 38% dos dentistas disseram saber os mecanismos para notificação de casos suspeitos ou comprovados de abuso, todavia, 95% dos profissionais respondentes sugeriram a inclusão da identificação e notificação de casos suspeitos de abuso físico no currículo da graduação.

Em estudo realizado em amostra de 851 pediatras nos Estados Unidos, desenvolveu-se e validou-se um questionário para se avaliar o conhecimento, atitudes e experiência desses profissionais em relação ao abuso físico infantil. Este estudo revelou que 45% dos profissionais trataram crianças com suspeita de abuso no período de um ano anterior a realização da coleta dos dados, sendo que 26% observaram pelo menos 5 crianças com suspeita de abuso no último ano. Entretanto 22% dos pediatras responderam que não se sentiam adequadamente preparados para a identificação de casos de abuso (Flaherty *et al.*, 2006).

Existem no Brasil poucos estudos com o intuito de se avaliar o conhecimento e a atitude dos profissionais de saúde frente a casos de maus tratos infantis. Em um estudo realizado em Fortaleza, CE, com 359 profissionais da saúde da família (médicos, enfermeiros e dentistas) mostrou que 69% desses profissionais nunca participaram de treinamentos ou cursos sobre violência contra a criança. A maioria dos dentistas que participaram deste estudo (68,5%) relataram não conhecer Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Os enfermeiros foram os profissionais que relataram mais ter identificado casos de maus tratos à criança neste estudo e uma quantidade significativa dos profissionais que relataram já ter se deparado com casos de violência, afirmaram também ter medo de implicações legais (62,2%). Os pesquisadores observaram também que, dos profissionais que já observaram algum caso de violência contra criança na prática profissional, apenas 41,4% notificaram esses casos aos órgãos competentes (Luna *et al.*, 2010).

Em estudo realizado por Azevedo *et al.* (2012) no Brasil, com dentistas, para avaliar o conhecimento e a atitude desses profissionais em relação ao abuso físico infantil, mostrou que 78,7% dos dentistas acreditavam ser capazes de identificar casos de abuso físico entre seus pacientes infantis. Porém quando perguntado se eles já haviam suspeitado de algum caso de abuso entre seus pacientes, 85,7% responderam nunca ter suspeitado. Entre os 14,3% que já suspeitaram, 76% não notificaram os casos às autoridades. Esses profissionais, provavelmente, estão acreditando que estão preparados para lidar com ocorrências de abuso, mas as pesquisas mostram pelo menos um alto índice de subnotificação.

Segundo o estudo “*Child Maltreatment, 2010*” (CWIG, 2011), as notificações de abuso infantil nos Estados Unidos foram feitas principalmente por profissionais, em

58,6% dos casos notificados. Destes, 16,7% eram profissionais da educação e 12,8% profissionais da saúde. Este dado ressalta a importância desses profissionais no reconhecimento e notificação de casos de abuso infantil. Contudo, os profissionais de saúde muitas vezes se sentem despreparados para a identificação de crianças abusadas, além de temerem implicações legais ao realizarem uma notificação (Lazenbatt e Freeman, 2006; Monte Alto, 1996). Em estudo realizado na Irlanda do Norte com dentistas, enfermeiros e médicos de atenção primária a saúde, foi revelado que 58% dos profissionais já viram casos suspeitos de abuso físico infantil na experiência profissional e 15% viram nos últimos 6 meses, sendo que 10% desses casos foram confirmados. Profissionais relataram nesse estudo que a inexperiência e a falta de conhecimento são uma barreira para a identificação e notificação de casos de maus tratos, e que protocolos e diretrizes mais claros poderiam facilitar tanto a identificação, quanto a notificação de casos. Estudos sobre o conhecimento, a percepção e a atitude de profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil são escassos na literatura e muitas vezes apresentam metodologias pobremente detalhadas e/ou pouco confiáveis.

A subnotificação

Segundo descrito na literatura, pela natureza oculta em que são cometidos os atos de abuso e por todo aspecto social que o envolve, considerado um estigma pela sociedade, os dados disponíveis em órgãos oficiais de notificação podem representar apenas a ponta de um iceberg (Bazon *et al.*, 2008; Lavergne e Tourigny, 2000). Segundo a OMS (2004), apenas uma pequena porcentagem dos casos de abuso é vista e notificada às autoridades. Os casos mais brandos podem não ser identificados, visto que, muitas vezes, acabam

passando como normais aos olhos da sociedade, como, por exemplo, um pai que bate em um filho com o pretexto de discipliná-lo.

De acordo com Lavergne e Tourigny (2000), o acesso a casos de violência à criança pode-se aludir como a uma pirâmide. O primeiro nível, em seu topo, trata-se de informações de órgãos oficiais do governo ou outros órgãos, como os Conselhos Tutelares, a polícia e delegacias especializadas. A maioria das pesquisas sobre o tema trata de informações contidas nesse nível. Em segundo nível, no meio da pirâmide, encontram-se informações que podem ser obtidas com profissionais de setores que lidam com crianças e adolescentes, em especial os das áreas de educação e saúde. Já na base da pirâmide, estariam os casos que são de conhecimento da comunidade, como o vizinho, um familiar, a própria criança, etc. Provavelmente, segundo os autores supracitados, o nível estimado para este terceiro nível seria o mais próximo do real. Todavia, apesar das limitações de se obter informações no segundo nível, com profissionais de setores que lidam com crianças, esta parece constituir-se a forma mais confiável de se obter dados sobre a problemática de maus tratos infantis (Lavergne e Tourigny, 2000). Bazon *et al.* (2009) e Bazon (2007) revelaram que grande parte dos casos de maus tratos não são notificados aos Conselhos Tutelares e órgãos oficiais, sendo os casos registrados nos Conselhos são mesmo apenas a “ponta do iceberg”, e a criança muitas vezes fica suscetível às consequências físicas e psicológicas deste crime.

Ultimamente tem sido dada grande importância aos setores de saúde e educação para a identificação e notificação de casos de abusos contra a criança. Porém esses setores continuam inexpressíveis quando considerado os números de notificações e comparados com o número de notificação por não profissionais (Noguchi, Assis e Santos, 2004; Moura e Reichenheim, 2005). Estas informações sugerem que talvez deva ser dada mais

atenção por parte de órgãos governamentais, como Secretarias de Saúde e de Educação, para que sejam criados programas de educação continuada e conscientização dos profissionais entre outros programas para levar a um aumento na identificação e notificação desses casos.

Estudos conduzidos com o intuito de se avaliar o conhecimento e a atitude de profissionais de saúde em relação ao abuso físico infantil, mostra que o número de profissionais que notificam casos suspeitos ou comprovados de abuso entre seus pacientes é sempre muito menor do que o número de profissionais que relatam já ter visto casos suspeitos ou comprovados de abuso entre os pacientes. Lazenbatt e Freman (2006), por exemplo, em estudo conduzido com profissionais de atenção primária na Irlanda do Norte, apontaram que 60% dos profissionais já tinham vistos casos suspeitos de abuso durante a experiência profissional, mas apenas 47% já haviam feito notificações, apontando que muitos profissionais identificaram, mas não notificaram casos suspeitos de abuso. Estudo realizado com dentistas no Brasil mostrou que embora 78,7% dos profissionais se considerem aptos para identificar casos suspeitos de abuso físico infantil, 85,7% responderam nunca ter suspeitado de casos entre seus pacientes e dos 14,3% que relataram já ter suspeitado, 76% não notificaram os casos às autoridades (Azevedo *et al.*, 2012).

Dentre os motivos que possam justificar a subnotificação, a literatura ressalta, por exemplo, que o termo “notificar” é usado muitas vezes como sinônimo de “denunciar” que naturalmente carrega uma culpabilização da família ou responsáveis, o que pode induzir a crer que a notificação pode levar a responsabilidades legais por parte do notificador. Além de não ser este o objetivo, a “denúncia”, a função da notificação de casos suspeitos, é o acompanhamento e apoio técnico específicos, além do amparo social,

por órgão governamentais, como Conselhos Tutelares, etc. (Deslandes, 1999). A notificação torna-se, portanto, crucial para o combate da violência contra a criança. Outro ponto relevante a ser considerado é que profissionais da saúde, importantes identificadores de casos suspeitos de maus tratos e que podem contribuir de forma relevante para a notificação de casos de violência contra a criança, muitas vezes podem não notificar por temerem implicações legais ou por não se sentirem preparados para identificação desses casos, o que foi relatado por Lazenbatt e Freeman (2006) e por Monte Alto (1996).

Deve-se considerar também, que há uma rede de serviços insuficiente e com escassez de regulamentos, sem integração e uniformidade nas ações, além da ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais que notifiquem os casos (Gonçalves e Ferreira, 2002). Sabe-se que as ações de combate à violência contra a criança fazem-se mais eficazes quando um conjunto de instituições atua de modo coordenado e com uma intervenção interdisciplinar (Luna *et al.*, 2010), o que nem sempre ocorre na prática.

Fatores de risco associados aos maus tratos infantis:

Alguns autores relatam que algumas crianças podem apresentar risco aumentado de sofrer maus tratos, como crianças de 0 a 4 anos, por serem mais indefesas e também porque o choro e grito incontroláveis tenderem a ser um fator predisponente, pois podem levar com que os responsáveis percam a paciência com maior facilidade (Naidoo, 2000; Johnson, 2002; UNICEF, 2003). Além disso, as crianças mais novas têm mais dificuldade de estabelecer independentemente contatos sociais que poderiam lhe prestar proteção (Cairns, Mok e Welbury, 2005).

Também há indícios perfis psicossociais de possíveis agressores denunciados como pais e mães muito jovens; comprometimento mental e/ou emocional por parte dos responsáveis e/ou cuidadores; e a falta de suporte social, podem ser importantes para auxílio na identificação de casos. Estes estudos apontam ainda que, geralmente, os pais são os principais agressores (Naidoo, 2000; UNICEF, 2003; Cairns, Mok e Welbury, 2005)

A criança abusada e as sequelas da violência:

As sequelas de uma criança abusada vão muito além dos sinais físicos momentâneos ou mesmo definitivos, são também psicológicos, podem estar presentes por toda a vida e gerar transtornos sociais e emocionais (Assis *et al.*, 2009; Sternberg *et al.*, 2006; Crozier e Baerth, 2005; Dubowitz, Pitts e Black, 2004; Éthier, Lemelin e Lacharité, 2004;).

Baixa autoestima, perda da confiança, sérias dificuldades de aprendizagem, agressividade, agir desafiador, hiperatividade, distúrbios alimentares, sintomas depressivos, retraimento e embotamento, falta de habilidades sociais, são algumas das consequências em crianças abusadas em idade escolar, documentadas pela literatura (Assis *et al.*, 2009; Sternberg *et al.*, 2006; Crozier e Baerth, 2005; Dubowitz, Pitts e Black, 2004; Éthier, Lemelin e Lacharité, 2004).

Szyndrowski (1999) destacou as seguintes características comportamentais em crianças que testemunham violência doméstica: agressividade, medo intenso, baixa autoestima, desconfiança nas relações íntimas, medo do futuro, reclamações psicossomáticas e problemas relativos à autoridade. Milani e Loureiro (2006) expuseram

associações significativas entre violência doméstica cometida contra a criança e indicadores de problemas de comportamento, com repercussão no relacionamento social e no ajustamento escolar, ao serem consideradas tarefas de desenvolvimento fundamentais na idade escolar. Esses autores concluíram que a violência doméstica tem um impacto negativo para as crianças em idade escolar, estando associada a problemas de comportamento de externalização e de internalização e a presença de psicopatologia.

Assis *et al.* (2004) descreveram ainda que crianças vítimas de violência podem desenvolver sequelas significativas físicas, sexuais, comportamentais, psicológica, emocional e cognitiva, prejudicando o crescimento e desenvolvimentos dessas crianças, o que poderia levar essas vítimas a também serem futuros agressores.

Estudos de conhecimento e percepção de abuso físico infantil e instrumentos

Uma grande limitação que parece existir nos estudos de conhecimento, percepção e atitude de profissionais de saúde frente a casos de maus tratos infantis, conduzidos no Brasil é a incerteza da metodologia aplicada, como por exemplo, dos instrumentos de medição utilizados, que muitas vezes não passam por métodos de validação, ou pelo menos não se é relatado em seus artigos de origem se foram submetidos por esses métodos (Luna *et al.*, 2010; Azevedo *et al.*, 2012).

Já a literatura internacional sobre o referido tema apresenta estudos que, embora com algumas limitações, exibem a metodologia mais detalhadas e que desenvolveram alguns tipos de validação em seus instrumentos (Lazenbatt e Freeman, 2006; Flaherty *et al.* 2006; Feng e Levine, 2005; Aak *et al.* 2004). Em estudo realizado com enfermeiros em Taiwan, foi desenvolvido um questionário chamado *The Child Abuse Report Intention*

Scale (CARIS), submetido a processo de validação, para avaliar fatores que influenciam a notificação de casos de abuso físico infantil além do conhecimento sobre este tema (Feng e Levine, 2005). Este mesmo instrumento foi utilizado em estudo realizado em Queensland, na Austrália, adaptado para este país, gerando o instrumento designado Child Abuse and Neglect – Nurses Questionnaire (CANNQ) (Fraser *et al.* 2010). Todavia os instrumentos citados acima são específicos para enfermeiros.

Em estudo realizado em cidades do leste da Anatólia, foi desenvolvido um questionário, também validado, para aplicação em profissionais de atenção primária. Todavia este questionário avalia apenas o conhecimento e a atitude desses profissionais em relação ao abuso físico, e não contempla os casos vistos e notificados pelos profissionais durante a experiência profissional, não sendo possível avaliar se há subnotificação de casos pelos profissionais (Ack *et al.*, 2006).

Para a presente pesquisa foi escolhido um questionário sobre a capacidade dos profissionais de cuidados primários em reconhecer e relatar o abuso físico infantil e suas necessidades de se capacitarem desenvolvido na Irlanda do Norte por uma equipe da Universidade de Londres. Este questionário foi desenvolvido para ser aplicado em Médicos, Enfermeiros e Dentistas e foi submetido a processo de validação de face. Este questionário está dividido em três partes: a primeira contém perguntas sobre informações demográficas, como idade, tempo de trabalho, tipo de profissional, tempo de formado, etc. A segunda contém perguntas sobre casos de abuso físico vistos durante a experiência profissional, além da capacidade de identificá-los e diagnosticá-los. Já a terceira e última parte contém perguntas referentes ao processo de notificação, suas barreiras e dificuldades e sobre a vontade de se envolver na identificação de casos (Lazenbatt e Freeman, 2006).

A importância da adaptação transcultural e validação do instrumento

Para se medir o conhecimento e a atitude de profissionais de atenção primária à saúde no Brasil, há duas opções: desenvolver um novo instrumento, ou adaptar e validar um instrumento feito em outro país. O desenvolvimento de um instrumento confiável e válido além de levar muito tempo, possui a grande desvantagem de limitar a possibilidade de comparação com outros estudos, além da elevação dos custos neste tipo de pesquisa (Goursand *et al.*, 2008). A adaptação de instrumentos internacional é, então, vantajosa. A tradução e adaptação transcultural de instrumentos é uma metodologia internacionalmente reconhecida e a tradução consiste em se obter uma versão semanticamente equivalente ao original sendo apenas um passo da adaptação transcultural. A adaptação faz-se necessária quando o instrumento foi idealizado para uma população alvo com a cultura e idioma diferentes. A validação de instrumentos faz-se necessária de modo a testar a fidedignidade e a validade desses instrumentos para que meçam o que se propõem a medir (Goursand *et al.*, 2008; Herdman, *et al.*, 1998). Há um método universalmente aceito para equivalência e adaptação de instrumentos relacionados a saúde e qualidade de vida. Este método consiste em seis passos: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, medição e equivalência funcional. Seguindo estas etapas, a adaptação de qualquer instrumento de saúde e qualidade de vida pode ser realizada (Goursand *et al.*, 2008; Herdman *et al.*, 1998).

ARTIGO

Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliar o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde frente a casos de abuso físico infantil

Oliveira FS, Cota LOM, Mattos FF, Ribeiro MTF, Ferreira EF, Vale MP, Zarzar, PM

ABSTRACT

O objetivo deste estudo foi adaptar transculturalmente e avaliar a reprodutibilidade de um questionário desenvolvido por uma equipe da Universidade de Londres, usado na avaliação do conhecimento e da atitude de profissionais da atenção primária frente a casos de abuso físico infantil. A tradução seguiu os critérios descritos por Herdman, 1998, de forma criteriosa, de modo a preservar ao máximo a equivalência funcional. O questionário adaptado foi aplicado em 107 profissionais de saúde de Belo Horizonte. Os testes Kappa Simples e Ponderado foram utilizados para avaliar a reprodutibilidade deste instrumento. A maioria das questões apresentou valores aos testes Kappa acima de 80% (excelente). A versão brasileira do questionário apresentou-se, portanto, adaptada e com boa reprodutibilidade.

Keywords: Abuso físico infantil, conhecimento, adaptação transcultural, Profissionais de saúde

Cross-cultural adaptation and reliability of a questionnaire to assess knowledge and attitude of health professionals in cases of child physical abuse

Oliveira FS, Cota LOM, Mattos FF, Ribeiro MTF, Ferreira EF , Vale MP, Zarzar, PM

ABSTRACT

The aim of current study was to carry out the cross-cultural adaptation of a questionnaire designed by a team from the University of London for the Brazilian Portuguese language to assess knowledge and attitudes of health professionals about child physical abuse. The translation followed the criteria described by Herdman (1998), to preserve to the maximum functional equivalence. After translation and cross-cultural adaptation the questionnaire was test on 107 health professionals from Belo Horizonte. The Kappa and Weighted Kappa tests were used to evaluate its stability. Most of the questions achieved Kappa values above 80% (excellent). The Brazilian version of the questionnaire was, therefore, stable and suitable for use in Brazil.

Keywords: Child Physical Abuse, knowledge, cross-cultural adaptation, Health Care Professionals

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se discutido cada vez mais sobre os maus tratos às crianças. O abuso à criança, ou maus tratos, são classicamente definidos como toda forma de violência física e/ou emocional, negligência, ou exploração, resultando em dano real ou potencial à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder¹.

Os maus tratos são divididos em quatro categorias: o abuso físico infantil, a negligência, o abuso sexual e o abuso emocional ou psicológico^{1,2}. O abuso físico infantil é definido como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança, a partir de uma interação, ou da falta de interação, praticada pelos pais, cuidadores, pessoas em posição de responsabilidade, confiança ou poder^{1,2}. O *Child Welfare Information Gateway* (CWIG) alerta que, embora os tipos de maus tratos possam acontecer em separado, o mais comum é que ocorram combinados².

Todavia, ainda que este assunto tenha recebido maior atenção nos últimos anos, não há no Brasil levantamentos estatísticos oficiais sobre a prevalência de crianças vítimas devido ao abuso físico. A literatura apresenta alguns estudos em cidades brasileiras realizados principalmente em Conselhos Tutelares e delegacias especializadas de proteção à criança. Estes estudos sinalizam para a alta magnitude deste problema social, e de saúde pública. Em pesquisa realizada nos Conselhos Tutelares de Londrina³ foram encontradas 1.013 notificações de abuso no ano de 2006. Em Vitória da Conquista⁴ foram registrados 1.293 casos de abusos nos Conselho Tutelares do município no período de 2003 a 2004, e em Ribeirão Preto⁵ foi observado 7.765 notificações de crianças abusadas nos anos de 2000 a 2003.

Das notificações de abuso infantil realizadas nos Estados Unidos em 2009, 58,6% foram feitas principalmente por profissionais que lidam com crianças em seu ambiente de trabalho⁶. Desses profissionais, 16,7% eram da educação e 12,8% da saúde. Esse dado ressalta a importância destes profissionais no reconhecimento e notificação de casos de abuso infantil.

Contudo, os profissionais de saúde muitas vezes se sentem despreparados para a identificação de crianças abusadas, além de temerem implicações legais ao realizarem uma notificação^{7,8,9,10}.

Considerando a importância dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que atuam na porta de entrada do serviço, profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na identificação e notificação de casos de abuso físico infantil¹¹, são necessários estudos que avaliem o conhecimento e a atitude desses profissionais frente a casos de crianças abusadas. A avaliação do conhecimento e atitudes dos profissionais da atenção primária constitui uma primeira etapa para a compreensão de parte desse problema, a fim de se reduzir a subnotificação de casos de abuso físico infantil, podendo ainda contribuir para a conscientização dos profissionais para a prevenção do problema, para a realização do diagnóstico precoce e redução da morbimortalidade de crianças vitimizadas.

Há uma limitação de instrumentos que avaliem o conhecimento e atitude dos profissionais de saúde frente ao abuso físico infantil no Brasil. Entre os instrumentos desenvolvidos com esta finalidade, observa-se, principalmente no Brasil, problemas na metodologia desses estudos, no que diz respeito à reprodutibilidade e/ou validade dos mesmos. Na literatura internacional há alguns estudos que apresentam melhor delineamento em relação à reprodutibilidade/validação dos questionários^{8,9,10,12,13,14}. Em estudo realizado com enfermeiros em Taiwan, foi desenvolvido um instrumento chamado *The Child Abuse Report Intention Scale* (CARIS), submetido a processo de validação, para avaliar fatores que influenciam a notificação de casos de abuso físico infantil além do conhecimento sobre este tema¹³. Esse instrumento foi adaptado, modificado e utilizado em estudo realizado em Queensland, na Austrália, originando o instrumento designado *Child Abuse and Neglect – Nurses Questionnaire* (CANNQ)⁸. Todavia os instrumentos citados acima são específicos para enfermeiros. Em estudo realizado em cidades do leste da Anatólia, foi desenvolvido e validado um questionário, destinado aos profissionais de atenção primária, que avalia o conhecimento e

a atitude desses profissionais em relação ao abuso físico infantil. Entretanto este questionário não inclui questões sobre a quantidade de casos de abuso físico observados ou notificados¹⁴.

Considerando os aspectos dos questionários citados anteriormente, para o presente estudo optou-se por outro desenvolvido na Irlanda do Norte, por uma equipe da Universidade de Londres. Este questionário avalia a capacidade de médicos, dentistas e enfermeiros de saúde da atenção primária, profissionais que fazem parte da ESF no Brasil, para reconhecer e notificar o abuso físico infantil. O questionário aborda ainda a necessidade de capacitação desses profissionais e no estudo original foi submetido a um processo de validação de face⁹.

A tradução, adaptação transcultural e avaliação da reprodutibilidade e estabilidade de instrumentos são processos de fundamental importância quando da utilização de questionários que foram elaborados por culturas diferentes do local no qual o estudo será desenvolvido^{15,16}. Este processo deve seguir procedimentos internacionalmente aceitos para garantir que a nova versão do questionário traduzido e adaptado seja de fato adequada a cultura e idioma do local que será aplicado, de forma a permitir que este instrumento possa ser comparado com outros estudos internacionais¹⁵.

O objetivo deste estudo foi, portanto, adaptar transculturalmente e avaliar a reprodutibilidade de um instrumento desenvolvido na Universidade de Londres para verificar o conhecimento, a experiência e a atitude de profissionais das ESF, frente a casos de abuso físico infantil.

METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido na cidade de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, estado do sudeste do Brasil. Belo Horizonte conta com 2.258.096 habitantes.

DESCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O instrumento utilizado neste estudo foi desenvolvido na língua inglesa por uma equipe da Universidade de Londres com base na literatura sobre abuso infantil⁹. De acordo com Lazenbatt e Freeman (2004)⁹ este questionário foi aplicado a pediatras e especialistas em cuidados comunitários em um estudo piloto e submetido a validação de face. O questionário consta de três partes com perguntas fechadas e abertas com objetivo de avaliar a capacidade dos profissionais de saúde para o reconhecimento e relato de abuso físico infantil, autoavaliação e a necessidade de educação dos profissionais sobre este tema. A primeira parte do questionário refere-se à identificação do profissional: ocupação, idade, gênero e anos de prática da profissão. A segunda parte consta de doze perguntas que avaliam a detecção e notificação de qualquer suspeita e/ou casos confirmados do abuso físico infantil durante a vida profissional e nos últimos seis meses. Esta parte inclui também três questões em relação à capacidade de detecção e a disponibilidade de envolvimento em casos de abuso físico infantil. Estas três questões apresentam escala de intensidade e possibilidade de resposta com pontuação variando de “0” (incapacidade de identificar o abuso físico infantil/nada disposto) a “10” (capacidade total de identificação do abuso físico infantil/totalmente disposto). A terceira parte do questionário consta de três questões abertas: referentes às questões 10, 11 e 12 que avaliam o que os profissionais consideram como principais barreiras para a notificação do abuso físico infantil⁹.

Visando aprimorar o questionário original utilizado neste estudo foram acrescentadas quatro perguntas sobre a formação dos profissionais em relação ao atendimento à criança. Tais perguntas podem ser observadas no quadro 1 e correspondem as quatro últimas.

ADAPTAÇÃO E TRADUÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Procedeu-se a adaptação transcultural do instrumento para profissionais de saúde brasileiros, seguindo os critérios, adaptados, de Herdman *et al.* (1997)¹⁶. O primeiro passo da adaptação do instrumento foi a sua tradução.

Foram obtidas duas versões iniciais traduzidas feitas, independentemente, por dois tradutores: um brasileiro fluente em inglês e um tradutor de língua nativa inglesa, fluente em português brasileiro. Estas versões foram analisadas por um Comitê de Revisão, composta por três dentistas pesquisadores, com experiência em estudos epidemiológicos, todos fluentes em língua inglesa e portuguesa, e com experiência em estudos de validação. Este Comitê comparou as versões traduzidas com a original para obter-se equivalência conceitual, de itens e semântica. Atenção especial foi dada ao sentido das palavras e aos conceitos do instrumento de forma a se alcançar efeitos similares nas respostas de pessoas de diferentes culturas e linguagem. Foram consideradas ainda possíveis dificuldades em se entender o questionário. Ao final desta etapa obteve-se a primeira versão traduzida do questionário.

Essa primeira versão foi retrotraduzida por um profissional nativo em um país de língua portuguesa e um nativo de língua inglesa, ambos fluentes nos dois idiomas. Esta versão retrotraduzida foi similar à versão original em inglês. Após a retrotradução, o comitê de revisão reavaliou o instrumento com o intuito de verificar a equivalência semântica, visando conseguir um efeito semelhante em respondentes de ambos idiomas

As adaptações feitas no questionário preservaram seu caráter autoaplicável para profissionais da atenção primária a saúde. A estrutura do questionário e o modo de aplicação e medição permaneceram muito próximos aos do instrumento original, a fim de se preservar ao máximo a equivalência operacional e de medição. Foram realizadas adaptações na primeira parte do instrumento, referente aos dados pessoais do respondente, considerando as diferenças existentes entre os dois países, em relação à formação, local de trabalho, tipos de profissionais, etc. Ao final do processo o instrumento foi avaliado por dois especialistas em estudos epidemiológicos e questionários, com o objetivo de se garantir a equivalência funcional, que constitui o efeito conjunto de se avaliar a equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de medição.

AVALIAÇÃO DA REPRODUTIBILIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO

A amostra foi por conveniência e consistiu de 107 profissionais: médicos da família e comunidade, pediatras, enfermeiros e cirurgiões dentistas das Equipes de Saúde da Família (ESF), bem como enfermeiros e cirurgiões dentistas de apoio a tais equipes.

Os Centros de Saúde nos quais atuam os profissionais escolhidos foram contatados e esclarecidos sobre a pesquisa e os horários para a aplicação dos questionários foram agendados. O aplicador aguardou o término do preenchimento pelo profissional, visando diminuir possíveis perdas.

AVALIAÇÃO DE REPRODUTIBILIDADE: PRIMEIRO TESTE E RETESTE

O questionário, incluindo as questões complementares sobre o atendimento à criança, foi inicialmente aplicado a 71 profissionais. Destes 71 profissionais, 21 responderam o questionário pela segunda vez, completando o primeiro teste reteste, em intervalo de tempo estabelecido entre 7 a 14 dias. Para avaliar a reprodutibilidade dos dois questionários foram utilizados os testes Kappa Simples e Ponderado. Com base nos resultados desses testes estatísticos fizeram-se necessárias algumas adaptações em algumas perguntas do questionário, uma vez que os testes apontaram que essas não apresentaram reprodutibilidade satisfatória. As adaptações foram realizadas por uma comissão composta por três especialistas em estudos epidemiológicos e instrumentos de avaliação, levando em consideração as perguntas que os profissionais apresentaram maior dificuldade, e as palavras ou perguntas que causaram dúvidas no momento do preenchimento do questionário. Esta comissão também avaliou, após as adaptações, a equivalência conceitual, de itens e semântica, visando preservar a estrutura do questionário, seu modo de aplicação e medição, a fim de se obter uma versão mais próxima possível ao do instrumento original.

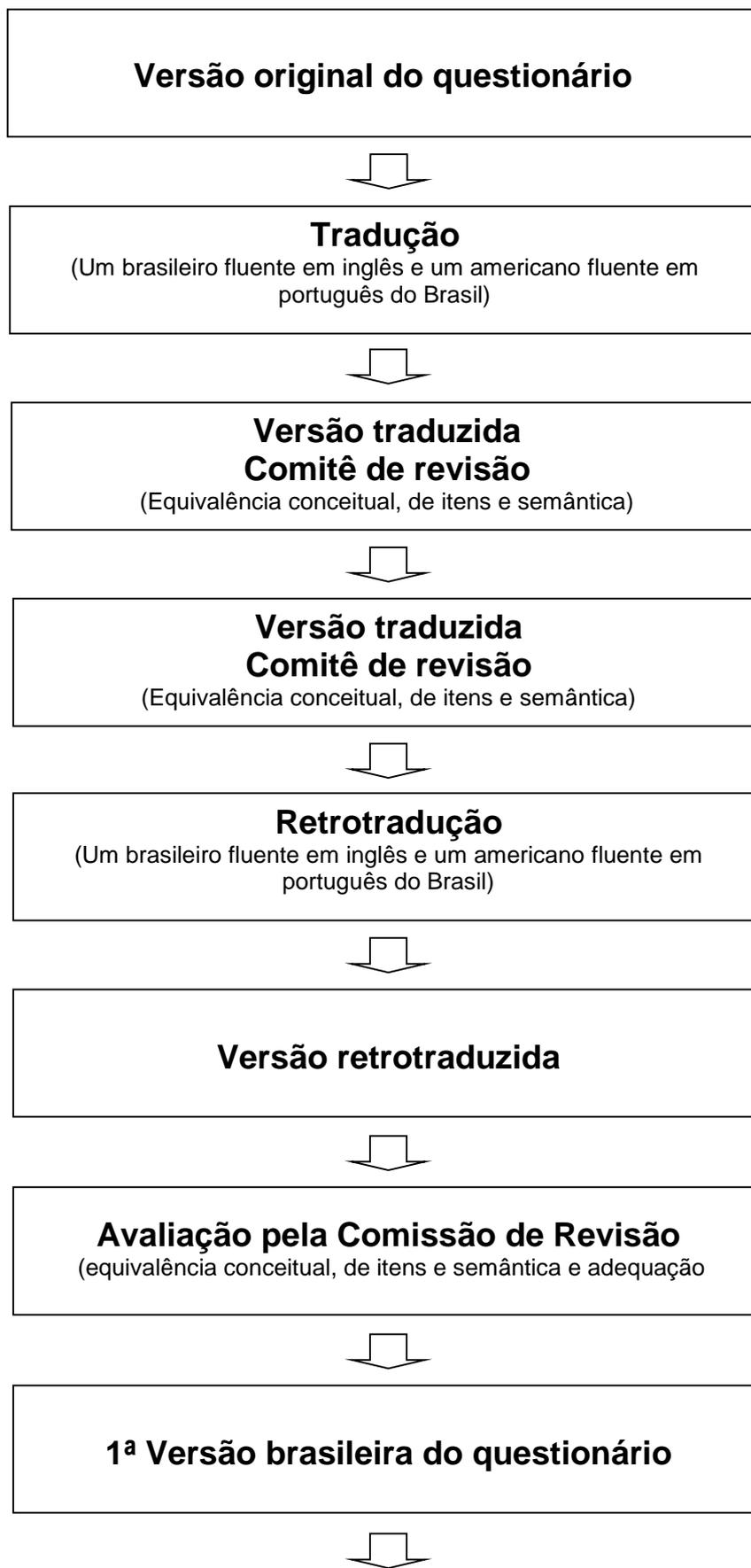
As questões 10, 11 e 12 (podem ser visualizadas no quadro 1), nesta primeira versão eram abertas e, com o intuito de facilitar e agilizar a aplicação do questionário, foram categorizadas após análise de conteúdo, como proposto por Bardin (1977)¹⁷, de modo adaptado ao questionário utilizado neste estudo.

O processo de análise de conteúdo e categorização foi realizado por três profissionais de saúde com experiência em estudos de validação de questionários de saúde. As questões 10, 11 e 12 passaram a ter categorias como resposta. No quadro 1, pode-se observar essas perguntas com suas opções de respostas.

AVALIAÇÃO DA REPRODUTIBILIDADE: SEGUNDO TESTE E RETESTE

Após as adaptações realizadas no questionário posterior ao primeiro teste reteste, prosseguiu-se com a aplicação do questionário em outros 36 profissionais, diferentes dos 71 que responderam o questionário no primeiro momento. Dos 36, trinta e dois também responderam o questionário pela segunda vez em intervalo de tempo estabelecido entre 7 a 14 dias, completando, assim, o segundo teste reteste. Este segundo teste reteste teve como objetivo avaliar a reprodutibilidade das questões do instrumento, uma vez que, após o primeiro, algumas perguntas não apresentaram reprodutibilidade satisfatória e tiveram que ser adaptadas.

A figura 1 apresenta um fluxograma esquemático do processo de adaptação transcultural e avaliação de reprodutibilidade do questionário.



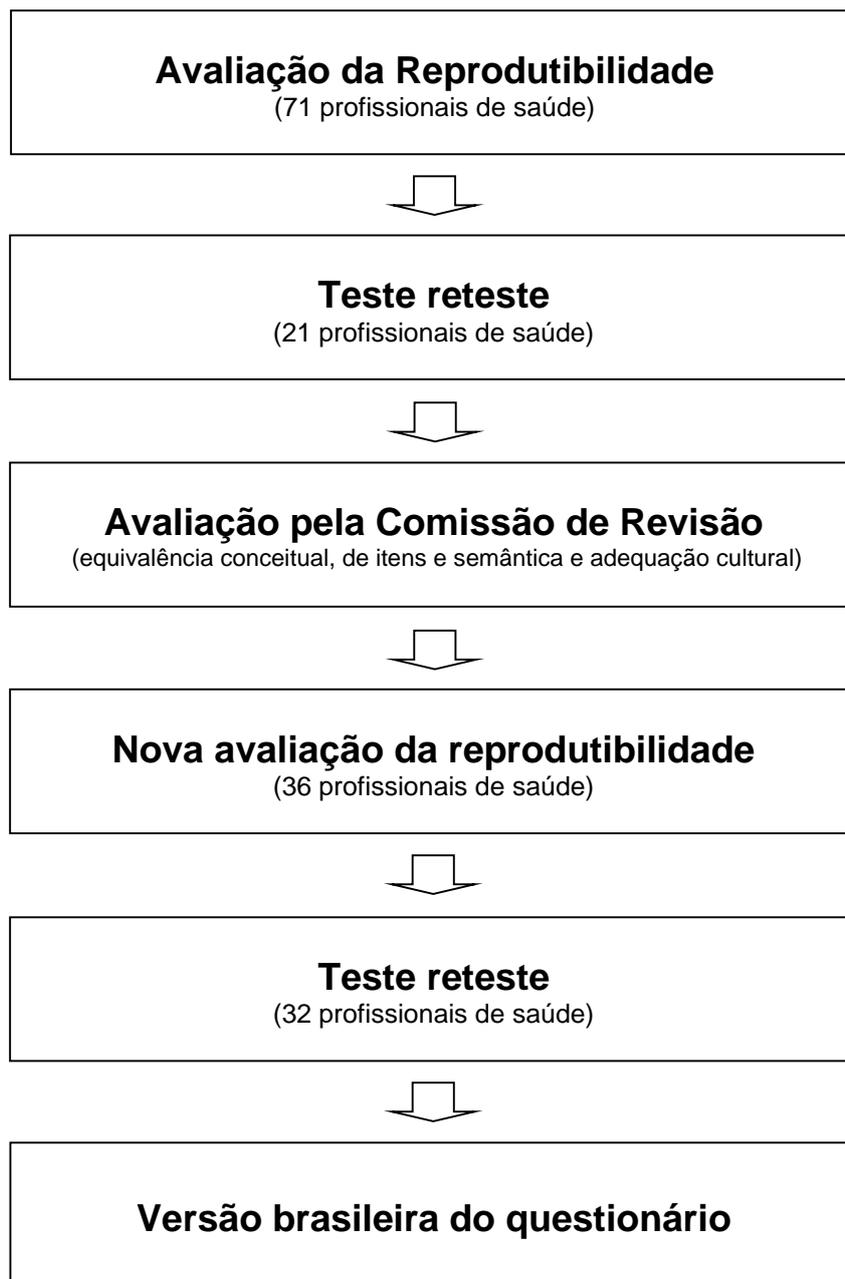


Figura 1: Fluxograma do processo de adaptação transcultural e avaliação da reprodutibilidade

ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para avaliação da reprodutibilidade do questionário foram utilizados os testes Kappa Simples para variáveis dicotômicas e Kappa Ponderado para as variáveis ordinais. O teste

Kappa Simples foi executado no programa SPSS (versão 17.0. SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e o Kappa Ponderado em uma planilha do Excel.

Na avaliação dos resultados dos testes Kappa foram considerados os critérios propostos por Landis e Koch (1977)¹⁸, cujos valores de concordância são considerados ruins ou fracos quando variam de 0 a 0,2; ligeiros quando variam de 0,21 a 0,4; regulares ou moderados ao variar de 0,41 a 0,6; bons ou substanciais quando variam de 0,61 a 0,8; e ótimos ou excelentes quando variam de 0,81 a 1,0.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Participaram do estudo os profissionais que consentiram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os questionários foram numerados de modo a preservar a identidade dos profissionais.

RESULTADOS

Dos 107 profissionais de atenção primária que responderam o questionário no primeiro e no segundo teste reteste, 80,4% eram mulheres. Do total de respondentes, 40,2% eram profissionais da Estratégia Saúde da Família, 46,7% por profissionais de apoio às equipes ESF e 13,1% de pediatras – que fazem parte da equipe médica de apoio a ESF. A média de idade dos profissionais que participaram do estudo foi de 39 anos, do tempo de formado, tempo de trabalho e tempo de trabalho na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), de 14, 13 e 9 anos, respectivamente.

Dos 107 profissionais que participaram da pesquisa, 56,1% já viram casos de abuso físico infantil, mas apenas 28% já notificaram algum caso às autoridades. Vinte e um por cento dos profissionais responderam que viram casos suspeitos de abuso no último ano e 12% responderam já ter visto algum caso comprovado no último ano. Todavia apenas 10% dos profissionais notificaram algum caso suspeito ou comprovado de abuso físico no último ano. Noventa e cinco por cento dos profissionais responderam que gostariam de receber treinamentos sobre como identificar o abuso físico à criança, bem como seus mecanismos de notificação.

A avaliação da reprodutibilidade do questionário revelou que a maioria das questões do instrumento obteve valores considerados excelentes aos testes Kappa Simples e Ponderado, entre 0,80 e 1,0¹⁸.

A pergunta 4, “você já viu casos suspeitos de abuso físico à criança (AFC) nos últimos seis meses?” apresentou valor moderado de Kappa após o primeiro teste reteste (Kappa = 0,577) e, por esse motivo, baseado nas sugestões de alguns profissionais que responderam o questionário quando aplicado no primeiro momento e que comentaram ser difícil a avaliação do número de casos pelo período de apenas seis meses, a questão foi modificada. Foi sugerido pelos profissionais a ampliação deste período para um ano. Realizou-se a adaptação na pergunta, como pode ser observado no quadro 1. A questão passou então a apresentar valor excelente de reprodutibilidade (Kappa = 0,913). Todavia as questões “você já viu algum trauma orofacial infantil, que tivesse relação com AFC, nos últimos seis meses” e “conhece mecanismos de notificação de abuso físico” apresentaram baixa concordância (K = 0,323 e K = 0,385 respectivamente no primeiro teste reteste) e mantiveram os valores baixos após adaptações embasadas nas sugestões dos profissionais.

As demais questões da segunda parte do instrumento apresentaram valores considerados excelentes após avaliação com teste Kappa, tanto no primeiro como no segundo teste reteste, como pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1: valores de Kappa para as principais questões do instrumento com respostas dicotômicas – “sim” e “não” – referentes ao segundo teste reteste

Perguntas	% de “sim” no teste	% de “sim” no reteste	valor Kappa	valor p
Em sua experiência profissional você já viu algum caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes infantis?	53,1	50	0,938	p < 0,001
Você já notificou algum caso suspeito de AFC entre seus pacientes?	28,1	28,1	1,000	p < 0,001
Você já viu algum caso de trauma orofacial infantil, que tivesse relação com AFC, no último ano?	12,5	6,3	0,273	0,098
Você já viu algum caso suspeito de AFC no último ano?	25	21,9	0,913	p < 0,001
Já notificou algum caso em que suspeitasse ou algum caso comprovado de AFC no último ano?	15,6	12,5	0,871	p < 0,001

AFC = abuso físico em criança

As questões que geraram dados ordinais – com escalas de intensidade – tanto da segunda, quanto da terceira parte do instrumento, apresentaram excelentes valores após análise com teste Kappa Ponderado, como pode ser visto na tabela 2.

Tabela 2: valores do Kappa Ponderado para as questões do instrumento com escala de Likert

Perguntas	Concordância	valor Kappa Ponderado	valor p
Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é capaz de reconhecer sinais e sintomas de AFC?	96,41%	0,914	p < 0,001
Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é efetivamente capaz de diagnosticar o AFC?	98,64%	0,892	p < 0,001
Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você se sente disposto a envolver-se na detecção de AFC?	97,28%	0,943	p < 0,001

AFC: abuso físico em criança

Os dados referentes às perguntas complementares podem ser visualizados na tabela 3.

As questões 3, “você já viu algum caso de trauma orofacial infantil nos últimos seis meses?”, quatro, “você já viu algum caso suspeito de AFC nos últimos seis meses?”, cinco, “você já viu algum caso comprovado de AFC nos últimos seis meses?”, e nove, “você conhece algum mecanismo para notificar o AFC?” inicialmente, quando da aplicação do primeiro teste

reteste, apresentaram baixos escores nos testes Kappa (0,323, 0,577, 0,618, 0,385, respectivamente). Foram adaptadas com base nas sugestões dos profissionais que participaram da pesquisa nesse primeiro momento e podem ser observadas no quadro 1. A questão quatro passou a apresentar valor de Kappa considerado excelente (0,913). A questão cinco não teve mudança significativa no valor de Kappa, mas é considerada reprodutível com o escore de 60%. As demais continuaram com valores baixos, como pode ser visualizado na tabela.

Tabela 3: valores do teste Kappa Ponderado para as questões do questionário complementar

Perguntas	Concordância	valor Kappa Ponderado	valor p
Em uma escala de 0 a 10, o quanto você acha que a sua graduação foi suficiente para te deixar preparado para o AC?	96,95%	0,812	p < 0,001
Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado pelo AC?	98,15%	0,895	p < 0,001
Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente preparado para o AC?	97,02%	0,782	p < 0,001
Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado em cursos de educação continuada e treinamentos para aprimorar o AC?	97,88%	0,846	p < 0,001

AC: atendimento à criança

Quadro 1: Questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de AFI**Questionário****Estudo: Abuso físico em crianças: percepções, diagnóstico e respostas dos profissionais de saúde****Questionário transversal****Informações sobre você**Sexo: masculino feminino Idade: ____ anos Tempo de formado (graduação): ____ anos

Tempo de trabalho (público e privado): ____ anos Tempo de trabalho na PBH: ____ anos

Tempo de trabalho nesta unidade: ____ anos

Tipo de profissional de saúde:

Cirurgião dentista Enfermeiro Médico Especialidade médica: _____

O abuso físico infantil é definido como danos reais ou potenciais, **físicos**, a uma criança, a partir de uma interação ou da falta de uma interação, praticado pelos pais ou pessoa em uma posição de poder, responsabilidade ou confiança. Pode haver um único incidente, ou incidentes repetidos (OMS, 1999). Para responder o questionário abaixo, por favor, **desconsidere** o abuso sexual, o abuso psicológico e a negligência, considere apenas o abuso físico em criança.

Reconhecendo o abuso infantil na prática (por favor, marque com um x o quadrado correspondente)

1. Em sua experiência profissional você já viu algum caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes infantis?
Não Sim n° de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

2. Você já notificou algum caso suspeito de abuso físico em criança entre seus pacientes?
Não Sim n° de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

3. Você já viu algum caso de trauma orofacial infantil, que tivesse relação com abuso físico em criança, no último ano?
Não Sim n° de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de trauma no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

4. Você já viu algum caso suspeito de abuso físico em criança no último ano?
Não Sim n° de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

5. Você já viu algum caso comprovado de abuso físico no último ano?
Não Sim n° de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

6. Você já notificou algum caso em que suspeitasse ou algum caso comprovado de abuso físico em criança às autoridades no último ano?
Não Sim n° de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

Quadro 1: continuação

7. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é capaz de reconhecer sinais e sintomas de abuso físico em criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 incapaz de reconhecer e 10 totalmente capaz de reconhecer. Faça, por favor, um x sobre o nº.

8. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é efetivamente capaz de diagnosticar o abuso físico em criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 incapaz de diagnosticar e 10 totalmente capaz de diagnosticar. Faça, por favor, um x sobre o nº.

9. Você sabe a quem recorrer para fazer uma notificação diante de uma suspeita ou identificação de abuso físico em criança?

Não Sim

9.1. Em caso afirmativo, cite qual o órgão, instituição, ou profissional que você recorreria:

- 9.2. Você tem algum telefone ou endereço de contato do órgão, instituição, ou profissional responsável por receber a notificação de abuso físico à criança?

Não Sim

10. Em sua opinião, por que alguns casos de abuso físico em criança não são notificados?

Por favor, escolha apenas uma opção para responder esta pergunta.

Medo Conhecimento insuficiente Negligência

Outros: _____

11. Marque três fatores que você acha que podem facilitar ou encorajar os profissionais da saúde a notificarem casos suspeitos de abuso físico em criança:

Por favor, escolha três opções.

Confidencialidade Segurança Capacitação Facilitar processo de notificação

Interdisciplinaridade/intersectorialidade

Outros: _____

12. Em sua opinião quais são as três principais barreiras para que os profissionais de saúde notifiquem o abuso físico em criança?

Por favor, escolha três opções.

Medo Conhecimento insuficiente Falta de confidencialidade Negligência

Excesso de demanda

Outros: _____

13. Você quer receber treinamento sobre como identificar e sobre os mecanismos de notificação de casos suspeitos de abuso físico em criança (ex.: cursos, oficinas)?

Não Sim

14. Você acha que os mecanismos de identificação e notificação de possíveis casos de abuso físico em criança devem ser parte de cursos de capacitação profissional?

Não Sim

Quadro 1: continuação

15. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você se sente disposto a envolver-se na detecção do abuso físico contra a criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sendo 0 nada disposto e 10 totalmente disposto. Faça, por favor, um x sobre o número.

Para as próximas quatro perguntas, considere todo atendimento à criança:

16. Em uma escala de 0 a 10, o quanto você acha que a sua graduação foi suficiente para te deixar preparado para o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sendo 0 insuficiente e 10 totalmente suficiente. Faça, por favor, um x sobre o número.

17. Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado pelo atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sendo 0 nada interessado e 10 totalmente interessado. Faça, por favor, um x sobre o número.

18. Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente preparado para o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sendo 0 nada preparado e 10 totalmente preparado. Faça, por favor, um x sobre o número.

19. Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado em cursos de educação continuada e treinamentos para aprimorar o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sendo 0 nada interessado e 10 totalmente interessado. Faça, por favor, um x sobre o número.

DISCUSSÃO

Partindo da necessidade de se medir o conhecimento e a atitude de profissionais da Estratégia de Saúde da Família frente a casos de abuso físico infantil no Brasil, há duas alternativas para se obter um instrumento confiável: desenvolver um novo questionário, ou adaptar e validar um instrumento feito em outro país¹⁵. O desenvolvimento de um instrumento confiável e válido além de levar muito tempo, possui a grande desvantagem de limitar a possibilidade de comparação com outros estudos. Por este motivo, optou-se por adaptar um instrumento confiável desenvolvido em outra cultura.

Uma vez que o questionário adaptado neste estudo foi desenvolvido em língua inglesa e concebido para ser aplicado em outro contexto, sua adaptação transcultural e validação tornam-se fundamentais^{15,16}. Procurou-se preservar a equivalência operacional e de medição durante o processo de adaptação mantendo-se a estrutura e o modo de aplicação o mais próximo do questionário original. O instrumento apresentou reprodutibilidade satisfatória para quase todas as perguntas.

Na literatura internacional existem estudos conduzidos com o objetivo de se avaliar o conhecimento, percepção e atitudes de profissionais de saúde em relação ao abuso físico infantil^{7,9,11,12,19}.

As perguntas 1 e 2, que podem ser observadas no quadro 1, obtiveram valores de Kappa considerados excelentes, de acordo com critérios adotados neste estudo¹⁸. A combinação dessas duas perguntas pode sinalizar se há ou não subnotificação de casos suspeitos de abuso pelos profissionais de saúde, e pode dar indícios se estes profissionais estão realmente aptos a identificar e notificar as ocorrências. Lazenbatt e Freeman (2006)⁹ apontaram que 60% dos profissionais já tinham vistos casos suspeitos de abuso durante a experiência profissional, mas apenas 47% haviam feito notificações. Estes dados apontam que muitos profissionais identificaram ou suspeitaram de ocorrências de abuso, mas nem todos os casos foram

notificados. Já Azevedo *et al.* (2012)¹⁹ mostraram que apenas 14,3% dos dentistas avaliados viram casos suspeitos de abuso e desses 76% não fizeram a notificação. Estes dados apontam que os profissionais podem não estar tão aptos para o reconhecimento de ocorrências de abuso e bem como, para sua notificação. No presente estudo, dos 107 profissionais que responderam o nosso instrumento, 56% já viram casos suspeitos de abuso, mas apenas a metade (28%) fez alguma notificação. Dados semelhantes foram encontrados em estudo conduzido com pediatras nos Estados Unidos, no qual 45% dos entrevistados relataram terem identificado casos suspeitos de abuso entre os pacientes no período de um ano anterior à coleta dos dados, entretanto, apenas 26% notificaram os casos¹².

As perguntas que referem a suspeita e notificação de abuso físico infantil no ano anterior obtiveram valores de Kappa considerados excelentes. A combinação das respostas para essas perguntas, também pode apontar se há ou não subnotificação de casos de abuso por parte dos profissionais.

As perguntas 7 e 8, que podem ser observadas no quadro 1, apresentaram valores de Kappa Ponderado considerados excelentes, sendo importantes para indicar profissionais que se sentem ou não habilitados para a identificação de casos suspeitos ou para diagnosticar casos de abuso. Essas questões podem ainda ser associadas com as perguntas 1 e 2 do questionário para se determinar se os profissionais estão de fato habilitados para reconhecer ocorrências de abuso, ou se, embora eles acreditam estar aptos, se esses profissionais estão de fato identificando casos de abuso e se está ocorrendo subnotificação. Em estudo realizado no sul do Brasil foi demonstrado que 78,7% dos dentistas acreditavam ser capazes de identificar casos de abuso físico entre as crianças por eles atendidas. Quando perguntado se eles já haviam suspeitado de algum caso de abuso entre seus pacientes, 85,7% responderam nunca ter suspeitado e entre os 14,3% que já suspeitaram e 76% não notificaram os casos às autoridades¹⁹. No presente estudo, apesar da maioria dos participantes sentirem-se preparados para reconhecer casos suspeitos de

AFC (71,9%) ou casos comprovados (56,1%) de abuso, apenas 28% notificaram essas ocorrências. Estes dados apontam a distância entre sentir-se preparado para reconhecer e identificar casos de AFC e de notificar os mesmos, revelando a necessidade de políticas públicas que ampliem não somente o conhecimento e atitudes de profissionais de saúde da ESF, mas que também incluam parcerias intersetoriais com Conselhos Tutelares a fim de se investigar novos caminhos que auxiliem a coibição do AFC e contribuam para a diminuição da subnotificação.

A pergunta 15, que pode ser observada no quadro 1, apresentou valor de Kappa Ponderado considerado excelente. Associada com as perguntas 1 e 2, pode sugerir se profissionais mais dispostos a se envolverem na detecção de ocorrências de abuso, identificaram e notificaram mais casos suspeitos que os profissionais menos dispostos, e ainda se são mais capazes de identificar essa condição. As perguntas citadas anteriormente podem, ainda, serem associadas às questões demográficas, informações pessoais, para se identificar se profissionais mais velhos, com mais tempo de trabalho no serviço público, de diferentes categorias de profissionais de saúde identificam e/ou notificam mais casos de abuso físico na infância.

Algumas questões do questionário obtiveram valores de Kappa baixos, como a pergunta 3 e 9. Um provável motivo para o baixo valor dessas questões aos testes estatísticos pode ser o termo “trauma orofacial”, no caso da pergunta 3, mais comum para os cirurgiões dentistas, mas pode não ter sido assimilado tão facilmente por alguns profissionais das outras classes. Já no caso da pergunta 9, os valores podem ter sido baixos pelo fato dos profissionais muitas vezes se mostrarem inseguros quanto ao órgão ou profissional a recorrer em casos de suspeita de maus tratos, levando as respostas à pergunta a se apresentar instável. Apesar dos baixos valores para o Kappa quanto a estas perguntas, optou-se manter as mesmas no questionário, em virtude de sua importância. A questão 3 pode indicar se algum tipo de profissional está mais preparado

para identificar lesões orofaciais consequentes de abuso. As lesões orofaciais são apontadas pela literatura como altamente prevalentes entre crianças vítimas de abuso físico, sendo um importante sinal para a identificação do abuso^{3,20,21}. Lazenbatt e Freeman (2006)⁹ demonstraram que os dentistas da Irlanda do Norte são mais aptos que os médicos e enfermeiros a reconhecer traumas orofaciais relacionados a casos de abuso físico infantil. Já a questão 9, embora não tenha se apresentado estável, pelo fato de apresentar uma sub pergunta, a 9.1, com resposta aberta, como pode ser observado no quadro 1, faz-se possível avaliar se os profissionais sabem, de fato, a quais órgãos ou quais mecanismos utilizar para notificar os casos e por isso foi mantida no questionário.

As quatro perguntas complementares, de número 16, 17, 18 e 19, e que podem ser observadas no quadro 1, apresentaram valores de teste Kappa Ponderado considerados excelentes, sendo todas, portanto, consideradas apropriadas para o uso em nossa cultura. Estas questões podem ser combinadas com outras perguntas do questionário de modo a sugerir, por exemplo, se profissionais que se sentem mais preparados ou mais dispostos ao atendimento infantil, identificam e notificam mais casos de abuso, se sentem mais preparadas para identificação de casos suspeitos e para diagnosticar casos de abuso e se estão mais dispostas a se envolverem em casos de detecção de abuso.

O presente estudo apresenta a limitação de ter sido realizado com uma amostra de conveniência. Contudo, a equipe de pesquisadores se preocupou em aplicar o instrumento em profissionais de saúde distribuídos, de forma proporcional, nas nove regionais administrativas de Belo Horizonte. Ademais, é comum em estudos que avaliem a reprodutibilidade de instrumentos a opção por amostra de conveniência^{15,22,23}.

A versão brasileira do instrumento para avaliação do conhecimento e atitudes de profissionais de saúde em relação ao abuso físico infantil se mostrou adaptado e reprodutível para o uso em profissionais brasileiros de atenção primária. Esse questionário deve ser aplicado

em populações maiores, se possível em amostras representativas, para se detectar o conhecimento e atitudes de profissionais de atenção primária, como, por exemplo, profissionais da ESF e deste modo subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas adequadas, direcionadas à capacitação e conscientização dos profissionais de saúde sobre AFC. Estas políticas poderiam incluir intervenções nos sistemas de saúde, como criação de oficinas, cursos de capacitação, educação continuada e/ou permanente, bem como, o estabelecimento de parcerias intersetoriais com Conselhos Tutelares para o desenvolvimento de normas e motivações dos profissionais de saúde, para que, deste modo, seja possível ampliação do diagnóstico precoce, diminuição do índice da subnotificação de casos, e redução da morbimortalidade de crianças vítimas do abuso físico infantil.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à FAPEMIG pelo financiamento e apoio à esta pesquisa.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

FS Oliveira contribui com a concepção do trabalho, coleta dos dados, análise e discussão dos dados, redação do manuscrito. PM Zarzar contribuiu com a concepção, análise dos dados, redação e correção do manuscrito. EF Ferreira contribuiu com a concepção do estudo, análise dos dados e correções do manuscrito. LOM Cota contribuiu com a análise dos dados e MP Vale, FF Mattos e MTF Ribeiro contribuíram com a revisão e correções do manuscrito.

Referências

1. World Health Organization. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Suíça: World Health Organization; 2006.
2. Child Welfare Information Gateway. *What Is Child Abuse and Neglect?* Washington D.C.: U.S. Department of Health & Human Services; 2008.
3. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra a criança e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2000; 18(4): 315-334.
4. Costa, COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HLO Perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cienc Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1129-1141.
5. Bazon MR. Violência contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2): 323-332.
6. U.S. Department of Health & Human Services. *Child Maltreatment 2010*. Washington D.C.: U.S. Department of Health & Human Services; 2011.
7. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ* 2012; 16(1): 158-165.
8. Fraser, JA; Mathews, B; Walsh, K; Chen, L; Dunne, M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International J of Nursing Studies* 2010; 47(2): 146–153.
9. Lazenbatt, A.; Freeman, R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs* 2006; 56(3): 227-236.
10. Monte Alto LA, Modesto A, Massao JM, Soviero VLM. Ramos, M. E. B. Criança maltratada: O que pode ser feito? *Revista Brasileira de Odontologia* 1996; 53(3): 22-26.
11. Luna, GLM; Ferreira, RC; Vieira, LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(2): 481-491.

12. Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment* 2006; 11(4): 361-369.
13. Feng JY, Levine M. Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse Negl* 2005; 29(7): 783-795.
14. Acik Y, Deveci SE, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Prev Med* 2004; 39(4): 791-797.
15. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ: Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6(2).
16. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X: 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997; 6(3): 237-247.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
18. Landis JR, Koch GG. *The measurement of observer agreement for categorical data*. *Biometrics* 1977; 33: 159-174
19. Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res* 2012; 26(1): 5-11.
20. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Cienc Saúde Coletiva* 2009; 14(2): 539-46.
21. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatology* 2010; 26(2): 149-153.
22. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6(2).

23. Barreto EPR, Paiva SM, Ferreira EF, Pordeus IA. Validation of a child-dental pain questionnaire instrument for the self-reporting of toothache in children. *Pediatric Dentistry* 2011; 33: 228-232.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há na literatura diversos estudos demonstrando a alta prevalência de maus tratos e do abuso físico infantil em vários países do mundo, como extensamente discutido nesta dissertação. Todavia, ainda não existe no Brasil dados oficiais, nem a nível nacional, nem a nível local do abuso físico. Estudos de prevalência devem ser considerados como iniciais dentre as atitudes públicas de modo a se conhecer o cenário em que se apresenta um certo fator e, dessa forma, ter subsídios para se avaliar e planejar programas e atitudes. Há uma necessidade de coordenação do governo de modo que índices oficiais sejam organizados e divulgados.

Os estudos também revelam o alto índice de subnotificações e da importância dos profissionais de saúde para a identificação e notificação de ocorrências de maus tratos. Os países que organizam seus modelos assistências à saúde de forma comunitária, como aqui no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família, têm nas mãos uma frente privilegiada de auxílio à coerção de casos de abuso, pela inserção desses profissionais na comunidade, pela proximidade desses às famílias, estando, deste modo, em posição privilegiada para que examinem, averiguem, identifiquem, e notifiquem ocorrências de maus tratos.

Parece faltar organização do serviço público de saúde para que haja coordenação, como um protocolo padrão que subsidie o profissional desde o momento de suspeita, até a pós notificação. Os próprios profissionais que participaram da nossa pesquisa parecem confusos e são temerosos sobre o processo de identificação e notificação dos casos. Este fato é confirmado pela literatura, sendo as principais reclamações a falta de confidencialidade e de segurança. Deve-se ressaltar também que há uma rede de serviços insuficiente e com escassez de regulamentos, sem integração e uniformidade nas ações, além da ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais que notifiquem os casos. Sabe-se que as ações de combate à violência contra a criança fazem-se mais eficazes quando um conjunto de instituições atua de modo coordenado e com uma intervenção interdisciplinar, o que nem sempre ocorre na prática

Os profissionais de saúde e educação estão na linha de frente para a identificação e notificação de casos de maus tratos, logo, tão importante, ou quase tão importante quanto os estudos de prevalência, são os estudos que se propõem a avaliar o conhecimento, a experiência, as impressões e atitudes desses profissionais, para que ações públicas eficazes sejam tomadas no serviço público, com esses profissionais.

É nesta acepção que se encontra a importância deste estudo, de modo a propor um instrumento padrão, que seja usado para se avaliar o conhecimento e atitudes de profissionais de atenção primária a saúde frente a casos de abuso físico infantil, principalmente os profissionais da ESF. Apresentamos então um instrumento confiável com este fim, de modo que atitudes públicas confiáveis sejam tomadas, partindo de subsídios confiáveis.

REFERÊNCIAS GERAIS

1. Acik Y, Deveci SE, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Prev Med*; v. 39, n. 4, p. 791-797, 2004.
2. Alves AC, Barros SG, Garrido L, Carvalho ACR. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 117-123, 2001.
3. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 16, n. 1, p. 43-51, 2004.
4. Azevedo MS, Goettens ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*, v. 26, n. 1, p. 5-11, 2012.
5. Bazon MR. Violência contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. 323-332, 2008.
6. Bazon MR. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, v12, n5, p1110-27, 2007.
7. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069 de 13 de Julho de 1990.
8. Cairns AM, Mok JYQ, Welbury RR. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *Int J Paediatr Dent*, v. 15, p. 310-318, 2005.
9. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 539-46, 2009.
10. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatology*, v. 26, n. 2, p. 149–153, 2010.
11. Cawson P, Wattam C, Brooker S, Kelly G. Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. NSPCC, London, 2000.

12. Costa COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HL. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, 2007.
13. Crozier JC, Baerth RP. Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children and Schools*, v. 27, p. 197-206, 2005.
14. Deslandes S. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Rev C S Col*, v. 4, n. 1, p. 81-93, 1999.
15. Dubowitz H, Bennett S. Physical abuse and neglect of children. *Child Care Health Dev*, v. 33, n. 5, p. 1891-1899, 2007.
16. Dubowitz H, Pitts SC, Black MM. Measurement of three major subtypes of neglect. *Child Maltreatment*, v. 9, p. 344-356, 2004.
17. Éthier LS, Lemelin JP, Lacharité C. A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children’s behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, v. 28, p. 1265-1278, 2004.
18. Faleiros JM, Matias ASA, Bazon MR, Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 337-348, 2009.
19. Feng JY, Levine M. Factors associated with nurses’ intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses, v. 29, n. 7, p. 783–795, 2005
20. Ferreira JMS, Cysne SS, Pires LB, Medeiros LADM, Valença AMG. Maus-tratos infantis: estudos nos conselhos tutelares do município de João Pessoa no período de 2004 a 2005. *Rev. Odontol da UNESP*, v. 36, n. 3, p. 237-241, 2007.
21. Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O’Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment*, v. 11, n. 4, p. 361-369, 2006.
22. Fraser, JA; Mathews, B; Walsh, K; Chen, L; Dunne, M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International J of Nursing Studies*, v. 47, n. 2, p. 146–153, 2010.
23. Golder M. Non-accidental injury in children. *Dental Update*, v. 22, n. 2, p. 75-80, 1995.

24. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.
25. Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ: Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11–14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes*, v. 6, n. 2, 2008.
26. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X: 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res*, v. 6, n. 3, p. 237-247, 1997.
27. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*, v. 7, n. 4, p. 323-335, 1998
28. Jesse SA.; Risk factors as determinants of dental neglect in children. *J Dent Child*, v. 65, n. 1, p. 17-20, 1998.
29. Johnson CF. Child maltreatment: Recognition, reporting and risk. *Pediatrics Pediatr Int*, v. 44, n. 5, p. 554-560, 2002.
30. Lavergne C, Tourigny. Incidence de l'abus et la négligence envers lês enfants: recension dès écrits. *Criminologie*, v. 33, p. 47-72, 2000. .
31. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. *J Adv Nurs*, v. 56, n. 3, p. 227-236, 2006.
32. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.
33. Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM. Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Arch Dis Child*, v. 92, p. 1113-1117, 2007.
34. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra a criança e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 18, n. 4, p. 315-334, 2009.

35. Messer LB. Child abuse and dentistry: A study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Australia Dental Journal*. V. 44, n. 4, p. 259-267, 1999.
36. Monte Alto LA, Modesto A, Massao JM, Soviero VLM, Ramos MEB. Criança maltratada: O que pode ser feito? *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 53, n. 3, p. 22-26, 1996.
37. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 21, p. 1124-3, 2005.
38. Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*, v. 24, n. 4, p. 521-534, 2000.
39. Noguchi MS, Assis SG, Santos NC. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 9, p. 963-73, 2004.
40. Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen-Ilmonen M, Laippala P. Caring for maltreated children: a challenge for health care education. *J Adv Nurs* v. **37**, n. 6, p. 551-557, 2002
41. Reichenheim ME, Hasselmann MH, Moraes CL. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 4, p. 109-21, 1999.
42. Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ*, v. 16, n. 1, p. 158-165, 2012.
43. Sternberg KJ, Lamb ME, Guterman E, Abbott CB. Effects of early and later family violence on children's behavior problems and depression: A longitudinal, multi-informant perspective. *Child Abuse and Neglect*, v. 30, p. 283-306, 2006.
44. Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene students' educational experiences and knowledge. *Journal of Dental Education*, v. 70, n. 5, p. 558-565, 2006.
45. U.S. Department of Health & Human Services. *Child Maltreatment 2010*. Washington D.C.: U.S. Department of Health & Human Services; 2011.
46. U.S. Department of Health & Human Services. *Child Maltreatment 2008*. Washington D.C.: U.S. Department of Health & Human Services; 2009.

47. UNICEF A league table of child maltreatment deaths in rich nations, v. 5, 2003.
48. World Health Organization. *Managing child abuse: a handbook for medical officer*. New Dheli: World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2004.
49. World Health Organization. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. 2006.
50. World Health Organization. *Report on the Consultation on Child Abuse Prevention* Geneva. p. 29-31, 1999.
51. World Health Organization. *World Report on Violence and Health*. 1999.
52. Zimmerman B, Pons MM. Development of a Structured Interview for Assessing Student Use of Self-Regulated Learning Strategies *American Educational Research Journal*, v. 23, n. 4, p. 614-628, 1986.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado profissional,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa ABUSO FÍSICO INFANTIL: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE, sob supervisão de Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo objetivo é avaliar o conhecimento e atitude dos profissionais das equipes de saúde da família de Belo Horizonte em relação ao abuso físico infantil.

Para tanto será necessário que você responda a um questionário com perguntas objetivas e subjetivas sobre este assunto. Você não precisará se identificar para respondê-lo, assim será garantida a confidencialidade dos seus dados e de sua identidade. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade para fazê-lo.

Participando desta pesquisa, você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Sua participação é importante para conhecermos a formação profissional para lidar com casos de abuso físico infantil, de forma a gerar informações para profissionais da saúde, órgãos governamentais, como Secretaria de Saúde e Conselhos Tutelares, para implementação de atitudes mais eficazes em coibir este problema social.

Você pode falar conosco a qualquer momento e esclarecer suas dúvidas pelo telefone 3409-2442 com a professora Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar (orientadora) ou procurar o COEP - Comitê de Ética em Pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais, na Avenida Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha - Belo Horizonte, MG - Brasil - CEP: 31270-901, Tel.: (31) 3409-4592.

Atenciosamente,

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Nome e assinatura do professor supervisor/orientador

Nome e assinatura do mestrando

Assinatura do voluntário - Número do documento de identidade

APÊNDICE B

Informações sobre você

Sexo: masculino feminino Idade: ____ anos Tempo de formado (graduação): ____ anos
 Tempo de trabalho (público e privado): ____ anos Tempo de trabalho na PBH: ____ anos
 Tempo de trabalho nesta unidade: ____ anos
 Tipo de profissional de saúde:
 Cirurgião dentista Enfermeiro Médico Especialidade médica: _____

O **abuso físico infantil** é definido como danos reais ou potenciais, **físicos**, a uma criança, a partir de uma interação ou da falta de uma interação, praticado pelos pais ou pessoa em uma posição de poder, responsabilidade ou confiança. Pode haver um único incidente, ou incidentes repetidos (OMS, 1999). Para responder o questionário abaixo, por favor, **desconsidere** o abuso sexual, o abuso psicológico e a negligência, considere apenas o abuso físico em criança.

Reconhecendo o abuso infantil na prática (por favor, marque com um x o quadrado correspondente)

1. Em sua experiência profissional você já viu algum caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes infantis?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

2. Você já notificou algum caso suspeito de abuso físico em criança entre seus pacientes?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

3. Você já viu algum caso de trauma orofacial infantil, que tivesse relação com abuso físico em criança, no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de trauma no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

4. Você já viu algum caso suspeito de abuso físico em criança no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

5. Você já viu algum caso comprovado de abuso físico no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

6. Você já notificou algum caso em que suspeitasse ou algum caso comprovado de abuso físico em criança às autoridades no último ano?
 Não Sim nº de casos

Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.

7. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é capaz de reconhecer sinais e sintomas de abuso físico em criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 incapaz de reconhecer e 10 totalmente capaz de reconhecer. Faça, por favor, um x sobre o nº.

8. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você é efetivamente capaz de diagnosticar o abuso físico em criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 incapaz de diagnosticar e 10 totalmente capaz de diagnosticar. Faça, por favor, um x sobre o nº.

9. Você sabe a quem recorrer para fazer uma notificação diante de uma suspeita ou identificação de abuso físico em criança?

Não Sim

9.1. Em caso afirmativo, cite qual o órgão, instituição, ou profissional que você recorreria:

9.2. Você tem algum telefone ou endereço de contato do órgão, instituição, ou profissional responsável por receber a notificação de abuso físico à criança?

Não Sim

10. Em sua opinião, por que alguns casos de abuso físico em criança não são notificados?

Por favor, escolha apenas uma opção para responder esta pergunta.

Medo Conhecimento insuficiente Negligência

Outros: _____

11. Marque três fatores que você acha que podem facilitar ou encorajar os profissionais da saúde a notificarem casos suspeitos de abuso físico em criança:

Por favor, escolha três opções.

Confidencialidade Segurança Capacitação Facilitar processo de notificação

Interdisciplinaridade/intersectorialidade

Outros: _____

12. Em sua opinião quais são as três principais barreiras para que os profissionais de saúde notifiquem o abuso físico em criança?

Por favor, escolha três opções.

Medo Conhecimento insuficiente Falta de confidencialidade Negligência

Excesso de demanda

Outros: _____

13. Você quer receber treinamento sobre como identificar e sobre os mecanismos de notificação de casos suspeitos de abuso físico em criança (ex.: cursos, oficinas)?

Não Sim

14. Você acha que os mecanismos de identificação e notificação de possíveis casos de abuso físico em criança devem ser parte de cursos de capacitação profissional?

Não Sim

15. Usando uma escala de 0 a 10, o quanto você se sente disposto a envolver-se na detecção do abuso físico contra a criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada disposto e 10 totalmente disposto. Faça, por favor, um x sobre o número.

APÊNDICE C

Por favor, considere para responder esse questionário o atendimento à criança em geral e não apenas relacionado ao abuso físico em criança.

1) Em uma escala de 0 a 10, o quanto você acha que a sua graduação foi suficiente para te deixar preparado para o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 insuficiente e 10 totalmente suficiente. Faça, por favor, um x sobre o número.

2) Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado pelo atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada interessado e 10 totalmente interessado. Faça, por favor, um x sobre o número.

3) Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente preparado para o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada preparado e 10 totalmente preparado. Faça, por favor, um x sobre o número.

4) Em uma escala de 0 a 10, quanto você se sente interessado em cursos de educação continuada e treinamentos para aprimorar o atendimento à criança?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sendo 0 nada interessado e 10 totalmente interessado. Faça, por favor, um x sobre o número.

ANEXO A

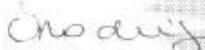
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Parecer: 0067.0.410.203-09A

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 16 de dezembro de 2009, o projeto de pesquisa intitulado “ABUSO INFANTIL: CONHECIMENTO E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE BELO HORIZONTE”, bem como seu termo de consentimento.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final deste, se em prazo inferior a um ano.



Celeste de Souza Rodrigues

Coordenadora do CEP/SMSA/BH

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0287.0.203.000-09

Interessado(a): Profa. Patrícia Maria Pereira de Araújo Zarzar
Departamento de Odontologia Social
Faculdade de Odontologia - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de outubro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Abuso físico infantil: conhecimentos e atitudes dos profissionais das equipes de saúde da família de Belo Horizonte"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO C

Table 1. The cross-sectional questionnaire**General information about yourself**

Sex Male (1) Female (2)
 Age in years: _____ years Length of time in practice in years: _____ years
 Type of health professional: GP/HV/community paediatric nurse/child protection nurse/school nurse/A&E doctor/A&E nurse
 (Please circle appropriate profession)
 Postcode of practice/health centre/school/hospital: _____

Recognizing child abuse in practice (please tick box and write number as appropriate)

- | | |
|--|--|
| 1. In your professional experience have you ever seen a suspicious case of physical abuse among your child patients? (If yes, please inform how many) | No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no. _____ |
| 2. Have you ever reported a suspicious case of child physical abuse among your patients? (If yes, please inform how many) | No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no. _____ |
| 3. Did you see any case of child orofacial trauma in the last six months? (If yes, please inform how many) | No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no. _____ |
| 4. Did you see any suspicious case of child physical abuse in the last 6 months? (If yes, please inform how many) | No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no. _____ |
| 5. Did you see any definite case of physical abuse in the last 6 months? (If yes, please inform how many) | No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no. _____ |
| 6. Did you report any suspicious or definite case of child physical abuse to authorities in the last 6 months? (If yes, please inform how many) | No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no. _____ |
| 7. Using a scale from 0–10*, to what extent can you recognize signs and symptoms of child physical abuse? | 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 |
| 8. Using a scale from 0–10, to what extent can you effectively diagnose child physical abuse? | 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 |
| 9. Do you know any mechanism for reporting child physical abuse (e.g. name of an agency to which suspicious cases should be reported, legal procedures to report)? | No (0) Yes (1) |
| 10. In your opinion, why are some suspicious cases of child physical abuse not reported? | |
| 11. List three factors that you feel will help and encourage health professionals to report suspicious cases of child physical abuse? | |
| 12. In your opinion, what are the three main barriers for health professionals to reporting child physical abuse? | |
| 13. Do you want further training on how to identify and on the mechanism for reporting suspicions of possible child physical abuse (e.g. courses, workshops)? | No (0) Yes (1) |
| 14. Do you think that identification and reporting mechanisms of suspicions of possible child physical abuse should be part of vocational training courses? | No (0) Yes (1) |
| 15. Using a scale from 0–10, to what extent are you willing to get involved in detecting child physical abuse? | 0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10 |

*Scale: 0 = unable to recognize, 10 = proficient in recognizing abuse

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DURANTE O MESTRADO

Resumos publicados em anais de congressos

1. Oliveira, FHS, Jorge, KO, Ferreira EF, Vale MPP, Zarzar PMPA Kawachi, I. Prevalência do uso de inalantes entre adolescentes de Belo Horizonte e fatores associados. In: 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2011, Águas de Lindóia - SP. Brazilian Oral Research. São Paulo : Proceedings of the 28th SBPqO Annual Meeting, 2011. v. 25. p. 353-353.
2. Oliveira, FHS, Jorge, KO, Ferreira EF, Oliveira AC, Pordeus IA, Vale MPP, Zarzar PMPA. Consumo de álcool entre adolescentes escolares de Belo Horizonte, associado com capital social. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Prêmios e títulos

- 2011 Melhor trabalho de pós-graduação no XI Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG/IX Encontro Mineiro de Odontologia, UFMG.
- 2011 Menção honrosa XI Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG/IX Encontro Mineiro de Odontologia, UFMG.

Artigos submetidos:

1. Prevalence of inhalant's use among adolescents from Belo Horizonte, Brazil, and associated factors > Revista Ciência e Saúde Coletiva
2. Adaptação transcultural e reprodutibilidade de questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de atenção primária à saúde frente a casos de abuso físico infantil > Revista Ciência e Saúde Coletiva