**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KAREN NAMIE SAKATA SO

**VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE
ENFERMAGEM - CIPE® - PARA O ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL**

**SÃO PAULO
2018**

KAREN NAMIE SAKATA SO

**VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE
ENFERMAGEM - CIPE® - PARA O ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EERP/USP E EE/USP para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Emiko Yoshikawa Egry

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

**SÃO PAULO
2018**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: 23/03/2018

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Sakata-So, Karen Namie

Validação do Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil / Karen Namie Sakata So. São Paulo, 2018.

255 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry

Área de concentração: Enfermagem

1. Enfermagem. 2. Violência. 3. Violência Doméstica. 4. Maus-Tratos Infantis. 5. Atenção Primária à Saúde.

Nome: Karen Namie Sakata So

Título: Validação do Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 23/03/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra. Emiko Yoshikawa Egry Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulino Artur Ferreira de Sousa Instituição: Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Profa. Dra. Telma Ribeiro Garcia Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Dra. Lêda Maria Albuquerque Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Assinatura: _____

*Dedico este trabalho,
especialmente, às enfermeiras.
Mas também a toda e qualquer pessoa
que dedica seu trabalho
ao enfrentamento
da violência contra a criança.
Às pessoas que, por suas lutas,
transformam, de fato, a realidade
para um mundo melhor
para nossas crianças
e suas famílias.*

AGRADECIMENTOS

Não apenas pelo que aprendi, mas pela pessoa que me tornei...

À Professora Dra. Emiko Yoshikawa Egry, por aceitar comigo o desafio desta pesquisa. Pelos conhecimentos compartilhados, pelas oportunidades concedidas e pelo incentivo em todas as minhas decisões pessoais durante o desenvolvimento do doutorado. Não tenho dúvidas de que este estudo representa a segurança que conquistei em ser pesquisadora pela confiança que depositou em mim. Doumo Arigatou Gozaimasu.

À Professora Dra. Marcia Regina Cubas, pela seriedade e compromisso com os quais também assumiu este desafio. Pelos muitos conhecimentos (e *e-mails*) compartilhados. Sempre muito presente, disponível e atenciosa.

À Enfermeira e Dra. Lêda Maria Albuquerque, por toda a atenção e serenidade com as quais me acolheu (em sua pesquisa e em sua casa também). E, é claro, por sua tese de doutorado "Construção de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para Crianças e Adolescentes Vulneráveis à Violência Doméstica", a qual serviu de base para esta pesquisa.

Às enfermeiras juízas/especialistas, por acreditarem no potencial desta pesquisa e serem a interface para o meu objeto de estudo.

À(o)s docentes e pesquisadora(e)s membros da banca do Exame de Qualificação e de Defesa da Tese. Pelas valiosas contribuições para o aprimoramento desta pesquisa.

Às colegas e amigas do Grupo de Pesquisa "Bases Conceituais e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva" com as quais pude compartilhar conhecimentos, oportunidades, questionamentos, desafios e superações. Em especial: Professora Dra. Alexandra Bulgarelli do Nascimento, Professora Dra. Dayann Martínez Santana, Professora Dra. Maíra Rosa Apostólico, Professora Dra. Paula Hino, Professora Dra. Paula Orchiucci Miura, Cibele Monteiro Macedo, Eline Pereira dos Santos, Luciane Régio Martins e Maykon Diego Melo.

Às queridas alunas de Iniciação Científica (futuras enfermeiras e pesquisadoras) Bruna Cristina Lima de Souza Cruz e Mylene Gomes da Silva. Pelos aprendizados coletivos, a responsabilidade correspondida, a alegria jovial, o carinho compartilhado e a amizade construída.

Aos amigos de pós-graduação Lucimara, Rafaela e João, por compartilharmos aprendizados, angústias, indagações e referências científicas. Mas, principalmente, por compartilharmos risadas, alegrias e almoços no bandeirão.

Ao Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE/USP, em especial, Val, Socorro, Terezinha (aposentada), Evellyn (que por muitos anos fez parte dessa equipe e que, hoje, desenvolve os belos trabalhos de formatação de teses e dissertações. Muito grata pelo caprichoso trabalho, Evellyn!) e todas as docentes representadas pela nossa chefia atual Professora Dra. Lucia Yasuko Izumi Nichiata e Professora Dra. Ana Luiza Vilela Borges. Pelos aprendizados constantes no cotidiano do trabalho e com as quais construo minha

maturidade profissional. Em especial, pela oportunidade, apoio e incentivo para a concretização desta pesquisa.

Às Especialistas do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EE/USP, amigas, mestres, doutoras, companheiras de trabalho e de muitas lutas (diárias, inclusive): Eloá, Érica e Vânia. A elas agradeço por estarem por perto todos os dias e sempre. Entre chás de cozinha e de bebê, um doutorado aconteceu. Sem elas, a construção e a finalização desta pesquisa não teriam acontecido. As conquistas pessoais também não. Sou eternamente grata por toda a "*barra que seguraram*" (e que ainda vão segurar) em minhas ausências de licença-maternidade e de saúde e em muitas fases do desenvolvimento de minha pesquisa. Nas entrelinhas há muito do que aprendi e aprendo com elas sobre o trabalho, o mundo, a ciência e a vida. Pela amizade verdadeira, pela presença constante e pelas canetas coloridas.

Às amigas Geisa e Alessandra, por completarem o que há de melhor em nossa amizade: as crises, a cumplicidade e a superação coletiva. Pelo apoio, os (re)encontros e todas as experiências compartilhadas... do mundo acadêmico, do mundo lá fora e da vida aqui dentro.

Às amigas Natália e Isabella, um porto seguro, um refúgio tranquilo. Pela amizade, o brigadeiro de colher e o creme de cupuaçu. Mas, acima de tudo, por estarem comigo no eterno compasso dessa dança chamada vida.

Ao Serviço de Pós-Graduação nas pessoas da Adriana, Edivan, Mara, Márcia, Paulo e Bernardo. Ao Serviço de Apoio à Pesquisa nas pessoas da Gil e do Edivaldo. À Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" nas pessoas do Paulo e da Juliana.

Ao Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado da Escola de Enfermagem e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EE/USP e EERP/USP.

E, por último e mais importante, agradeço a minha família. Pelo imenso apoio e torcida. Família grande... em número e no amor.

Aos meus pais e meus avôs a eterna gratidão. Meus exemplos de vida, minha fortaleza. Por me ensinarem a maior ciência da vida: a amor e o respeito. Sonhos concretizados e objetivos alcançados, porque há muito deles em mim. Aos meus pais, porque confiaram a mim uma de suas maiores riquezas: a minha própria vida. E, se hoje, a distância entre duas cidades nos separa é porque algo muito mais forte nos une.

Ao meu esposo Ernane e aos nossos filhos, Henrique com 1 ano e 9 meses e "o mais novo membro da família", como ainda é chamado nosso bebê com 23 semanas. Eles, que nunca me conheceram sem estar no doutorado. Um mês depois de conhecer Ernane, passei no processo seletivo. Duplo desafio que juntos multiplicamos. Sim, multiplicamos. Durante o doutorado, além de filha, amiga, irmã, trabalhadora, estudante, me fiz também namorada, noiva, esposa, mãe e doutora. E, ao estudar sobre as crianças e suas famílias, pude compreender suas essências. Ao construir minha família e tornar-me mãe, pude vivê-las. E neste percurso, muitas de mim mesma escreveram estas páginas. E, talvez, aí esteja a riqueza... da pesquisa e da vida.

A Guerra e a Paz de Portinari

“A guerra é uma cavalgada
cruzando o azul da paisagem
cortejo de fome e de morte
ferindo o coração dos homens.
A mulher velando o filho morto
a mulher e a criança chorando
a mãe e a filha em desespero
de cabeças rolando na grama.
A guerra são os quatro cavalos
regendo a sinfonia de dores
são os braços erguidos em prece
pedindo o final dos horrores.
A paz é um coro de meninos
é a voz eterna da infância
as mulheres dançando na roça
os meninos pulando carniça.
É a noiva de branco sorrindo
na garupa de um cavalo branco
a mulher carrega um carneiro
crianças no espaço balançam.
A paz está nos meninos
que brincam nos campos da infância
nos homens, nas mulheres cantando
a harmonia, a esperança.”

(Fernando Brant)

Sakata-So KN. Validação do Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: O fenômeno da violência é responsável por diversos agravos e sequelas em milhões de pessoas e vem crescendo entre os grupos mais vulneráveis socialmente, tais como os idosos, as mulheres e as crianças. O objeto de estudo foram os Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem, e o fenômeno escolhido foi a violência doméstica contra a criança. **Objetivo:** Construir um Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança. **Método:** O referencial teórico-metodológico foi baseado no materialismo histórico-dialético a partir da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Para os dados primários, utilizou-se a base terminológica de Albuquerque 2014 e dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções avaliados por 32 juízas/especialistas na FASE 1, e por 13 na FASE 2, por meio de questionário eletrônico. A análise dos dados foi baseada no Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Foram validados os itens com IVC > 0,79. Dados secundários foram obtidos na revisão integrativa da literatura. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, parecer 1.433.634 (CAAEE 52639416.1.0000.5392). **Resultados e discussão:** Foram validados 14 Diagnósticos/Resultados de Fortalecimentos e Promoção (9 relativos à criança e 5 relativos à família) e 46 de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências (30 relativos à criança e 16 relativos à família). Quanto às Intervenções, foram 19 de Fortalecimentos e Promoção, 63 de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 18 aplicáveis a ambos os grupos. Desenvolveu-se uma proposta de utilização do Subconjunto Terminológico com base em um raciocínio crítico em Saúde Coletiva. Dentre as facilidades para a atuação da(o)s enfermeira(o)s, estão reconhecer seu papel, agir em integração com os demais trabalhadores, poder contar com uma rede de serviços integrada e ter suporte da instituição. Dentre as dificuldades, estão falta de clareza sobre o seu papel, receio de invadir a privacidade da família, medo, insegurança, lacunas na formação, falta de uma rede de serviços integrada, *deficit* de trabalhadores, sobrecarga de trabalho e falta de tempo. Experiências exitosas partiram das visitas domiciliares que permitiram às(aos) enfermeira(o)s estreitar vínculos com as famílias, fazer atendimentos sem preconceitos e/ou julgamentos e prevenir a negligência contra a criança acompanhando mulheres desde a gestação e nos primeiros anos de vida das crianças. **Conclusão:** Este Subconjunto, alinhado aos conhecimentos da Saúde Coletiva, não tem foco apenas nos agravos, mas também na prevenção da violência e na promoção de ações emancipatórias dos sujeitos. Acredita-se que ele tem o potencial de sistematizar uma linguagem específica para a Enfermagem e também ser uma linguagem que se comunique com outras áreas e profissionais da rede de proteção às crianças e suas famílias. É dever dos gestores e das instâncias governamentais se comprometerem com ações que têm se mostrado efetivas no enfrentamento da violência doméstica contra a criança. É preciso rever as condições de trabalho da(o)s enfermeira(o)s para que estas possam desenvolver ações que, de fato, tenham real impacto na transformação dos fenômenos sociais e nas respostas às necessidades de saúde das crianças e suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Violência. Violência Doméstica. Maus-Tratos Infantis. Atenção Primária à Saúde.

Sakata-So KN. Validation of a Subset of Terms for the International Classification of Nursing Practice – ICNP® – for Coping with Domestic Violence Against Children [thesis]. São Paulo: University of São Paulo, School of Nursing; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Violence accounts for various injuries and sequelae among million of people and has grown among the most socially vulnerable groups, such as the elderly, women and children. The object of this study includes Nursing Diagnosis, Outcomes and Interventions, while domestic violence against children was the phenomenon chosen. **Objective:** To construct a Subset of Terms for the International Classification for Nursing Practice - ICNP® – for Coping with Domestic Violence Against Children. **Method:** The theoretical-methodological reference was historical-dialectical materialism based on the Theory of Nursing Praxis Intervention in Collective Health (TIPESEC). Primary data were composed of the terminological basis by Albuquerque 2014 and the Diagnoses, Outcomes, and Interventions assessed by 32 experts in PHASE 1 and 13 experts in PHASE 2 using an electronic questionnaire. Data analysis was based on the Content Validity Index (CVI). Items with CVI > 0.79 were validated. Secondary data were obtained from an integrative literature review. The study was approved by the Institutional Review Board at the University of São Paulo, School of Nursing, report 1,433,634 (CAAEE 52639416.1.0000.5392). **Results and discussion:** The following were validated: 14 Diagnoses/Outcomes concerning Strengthening and Promotion (9 concerning children and 5 concerning families) and 46 concerning Weariness, Causes, Manifestations and Consequences (30 concerning children and 16 concerning families). In regard to Interventions, 19 were related to Strengthening and Promotion, 63 were related Weariness, Causes, Manifestations and Consequences and 18 were applicable to both groups. A proposal to use this subset of terms was developed based on critical rationale in Collective Health. The aspects that facilitate the work of nurses include acknowledging their role, working together with the remaining health workers, having an integrated service network and the institution's support. Difficulties include lack of clarity regarding nurses' roles, being afraid of invading the family's privacy, fear, insecurity, gaps in education, lack of an integrated service network, understaffing, overwork, and lack of time. Successful experiences took place in home visits, in which nurses were able to establish bonds with families, leaving aside prejudice and/or judgment, and prevent child neglect by monitoring women from pregnancy to the children's first years of life. **Conclusion:** This Subset, aligned with Collective Health knowledge, does not focus on health conditions only, but also on preventing violence and promoting individuals' emancipatory actions. It is believed that it has the potential to systematize a specific language for Nursing and also be a language that communicates with other fields and workers within the network that protects children and their families. Managers and governmental agencies should engage in actions that have been proven effective to cope with domestic violence against children. The working conditions of nurses should be reconsidered so that they may implement actions that have a real impact on the transformation of social phenomena and respond to the health needs of children and their families.

KEYWORDS: Nursing. Violence. Domestic Violence. Child Abuse. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama de construção da pergunta de pesquisa, segundo estratégia PICO.....	57
Figura 2	Diagrama de seleção dos descritores	59
Figura 3	Diagrama de combinação interna e externa dos operadores <i>booleanos</i>	60
Figura 4	Estratégia de busca aplicada à base de dados BVS, com descritores em português	76
Figura 5	Estratégia de busca aplicada à base de dados BVS, com descritores em espanhol	76
Figura 6	Estratégia de busca aplicada à base de dados <i>Web of Science</i> , com descritores em inglês.....	77
Figura 7	Estratégia de busca aplicada à base de dados Pubmed, com descritores em inglês.....	77
Figura 8	Diagrama de atualização da revisão integrativa.....	78
Figura 9	Diagrama-síntese da atualização do Subconjunto Terminológico submetido ao processo de validação	174
Figura 10	Diagrama-síntese do Subconjunto Terminológico final.....	175
Figura 11	Diagrama representativo do raciocínio crítico em Saúde Coletiva para apreensão dos fenômenos sociais.....	194
Figura 12	Diagrama representativo do raciocínio crítico em Saúde Coletiva para apreensão dos fenômenos sociais e para intervenção com base no processo de trabalho.....	195

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Artigos científicos selecionados a partir da revisão integrativa da literatura, 2017	79
Quadro 2	Quadro-síntese da atualização dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, 2017	96
Quadro 3	Quadro-síntese da atualização das Intervenções de Enfermagem, 2017.....	105
Quadro 4	Atuação profissional da(o)s respondentes em relação às áreas – FASE 1, São Paulo, 2017	122
Quadro 5	Atuação profissional das respondentes em relação às áreas – FASE 2, São Paulo, 2017	122
Quadro 6	Experiência profissional da(o)s respondentes em relação aos temas – FASE 1, São Paulo, 2017.....	123
Quadro 7	Experiência profissional da(o)s respondentes em relação aos temas – FASE 2, São Paulo, 2017	123
Quadro 8	Número de respondentes por curso de pós-graduação – FASE 1, São Paulo, 2017	127
Quadro 9	Número de respondentes por curso de pós-graduação – FASE 2, São Paulo, 2017	127
Quadro 10	Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO, FASE 1, 2017	131
Quadro 11	Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS, FASE 1, 2017	133

Quadro 12	Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À CRIANÇA, FASE 2, 2017	146
Quadro 13	Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À FAMÍLIA, FASE 2, 2017	147
Quadro 14	Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À CRIANÇA, FASE 2, 2017.....	148
Quadro 15	Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À FAMÍLIA, FASE 2, 2017	151
Quadro 16	Quadro-síntese da validação das Intervenções de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO, FASE 2, 2017.....	156
Quadro 17	Quadro-síntese da validação das Intervenções de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS, FASE 2, 2017	158
Quadro 18	Quadro-síntese da validação das Intervenções de Enfermagem, AMBOS OS GRUPOS, FASE 2, 2017	167

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de acessos ao questionário eletrônico FASE 1 por tipo de resposta, São Paulo, 2017	120
Tabela 2	Número de questionários FASE 1 respondidos por tipo de conclusão, São Paulo, 2017	120
Tabela 3	Número de acessos ao questionário eletrônico FASE 2 por tipo de resposta, São Paulo, 2017	121
Tabela 4	Número de questionários FASE 2 respondidos por tipo de conclusão, São Paulo, 2017.	121
Tabela 5	Número de respondentes por sexo – FASE 1, São Paulo, 2017	124
Tabela 6	Número de respondentes por sexo – FASE 2, São Paulo, 2017	124
Tabela 7	Número de respondentes por idade – FASE 1, São Paulo, 2017.....	125
Tabela 8	Número de respondentes por idade – FASE 2, São Paulo, 2017.....	125
Tabela 9	Número de respondentes por formação profissional – FASE 1, São Paulo, 2017	125
Tabela 10	Número de respondentes por formação profissional – FASE 2, São Paulo, 2017	125
Tabela 11	Número de respondentes por tempo de conclusão do curso de graduação – FASE 1, São Paulo, 2017	126
Tabela 12	Número de respondentes por tempo de conclusão do curso de graduação – FASE 2, São Paulo, 2017	126
Tabela 13	Número de respondentes por Estado em que trabalha – FASE 1, São Paulo, 2017	128

Tabela 14	Número de respondentes por Estado em que trabalha – FASE 2, São Paulo, 2017.....	128
Tabela 15	Número de respondentes por cidade em que trabalha – FASE 1, São Paulo, 2017.....	129
Tabela 16	Número de respondentes por cidade em que trabalha – FASE 2, São Paulo, 2017.....	130

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 PANORAMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NO MUNDO	29
1.2 MARCOS POLÍTICOS DE ENFRENTAMENTO E O PANORAMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NO BRASIL	34
2 OBJETIVOS.....	43
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	47
3.1 TEORIA DA INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA – TIPESC	49
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	51
3.3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	55
3.4 VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO	61
3.4.1 Atualização do Subconjunto Terminológico.....	64
3.4.2 Coleta de dados.....	65
3.4.2.1 <i>Sujeito da pesquisa.....</i>	<i>65</i>
3.4.2.2 <i>O instrumento de coleta de dados: construção de um questionário eletrônico on-line para validação do Subconjunto Terminológico da CIPE®.....</i>	<i>66</i>
3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	72
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	72
4 RESULTADOS	73
4.1 O QUE OS ESTUDOS CIENTÍFICOS TÊM MOSTRADO QUANTO ÀS FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA PELA(O)S ENFERMEIRA(O)S?	75
4.1.1 Como a(o)s enfermeira(o)s estão atendendo aos casos de violência doméstica contra a criança no contexto da Atenção Primária à Saúde?	82
4.1.2 O enfrentamento da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s no âmbito da Atenção Básica no Brasil	90
4.2 ATUALIZAÇÃO DA BASE TERMINOLÓGICA DE ALBUQUERQUE 2014 A PARTIR DA CIPE® VERSÃO 2015	95
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA.....	120
4.4 VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE® – PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA.....	130
4.4.1 FASE 1 – Validação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem.....	130

4.4.2 FASE 2 – Validação das Intervenções de Enfermagem	145
5 DISCUSSÃO	179
5.1 CRÍTICAS AO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO E OS DESAFIOS PARA SUA UTILIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA(O)S ENFERMEIRA(O)S.....	181
5.2 PROPOSTA PARA UTILIZAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E SUAS POTENCIALIDADES PARA A ATUAÇÃO DA(O)S ENFERMEIRA(O)S	191
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
REFERÊNCIAS	209
APÊNDICES.....	225
APÊNDICE A - SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA	227
APÊNDICE B - CARTAS CONVITE - FASE 1 E 2	239
APÊNDICE C - MODELO DE INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA	241
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	249
ANEXO	251
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EE/USP	253

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

As experiências pessoais como usuária dos serviços públicos de saúde, a inserção na pesquisa científica durante a graduação de enfermagem (2003-2006) e o mestrado (2007-2009), a atuação profissional como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2009, e, a partir de 2010, a vivência do trabalho como Especialista em Laboratório no Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) foram delineando os questionamentos sobre a realidade do trabalho da(o)s enfermeira(o)s na Atenção Básica (AB).

A motivação para desenvolver esta pesquisa partiu, então, do interesse em aprofundar os conhecimentos sobre o processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s na Atenção Primária à Saúde, em especial, na AB e à luz da Saúde Coletiva.

No percurso da carreira profissional, as aproximações com o processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s na AB, seja atuando nele, seja nas incursões pedagógicas em estágios com estudantes do curso de Bacharelado da EE/USP, um dos fenômenos sociais que se apresentava na realidade de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, com frequência, era a violência.

A participação no Grupo de Pesquisa "Bases Conceituais e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva", coordenado pela Prof^a Dr^a Emiko Yoshikawa Egry, também orientadora deste estudo, somou elementos para trazer à tona a discussão sobre a violência contra a criança* e sobre a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®).

Portanto, como possibilidade de contribuir para o trabalho da(o)s enfermeira(o)s na AB, o fenômeno escolhido por relevância para concretizar a pesquisa foi a violência contra a criança, tendo como objeto de estudo o Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança.

* O termo "violência infantil" foi alterado no texto para "violência contra a criança" por recomendação da Banca Examinadora da Tese, que avaliou que o termo "violência infantil" poderia ser interpretado como "violência entre crianças" ou "crianças violentas". Já o termo "violência contra a criança" representaria melhor a violência provocada contra a criança por uma outra pessoa, em geral, um adulto, seus pais e/ou cuidadores. O termo "violência infantil" foi mantido no título da tese, seguindo as recomendações do Programa de Pós-Graduação e da Resolução CoPGr nº 6018, de 13 de outubro de 2011, retificada em 24 de novembro de 2011, e que dispõe sobre a correção de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 PANORAMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NO MUNDO

O viver em sociedade foi sempre um viver violento. Nas formas de sociedade mais primitivas, os hominídeos sobreviviam construindo artefatos de defesa e ataque (ossos, pedras, madeiras) para serem utilizados contra outros animais e contra o ambiente hostil, com a finalidade de se alimentarem e se protegerem. Nas sociedades de relações mais complexas, a violência deixa de ser uma forma de sobrevivência e passa a ser uma forma como os homens organizam a vida em relação a outros homens¹.

No processo civilizatório, a violência é utilizada para lidar com os fenômenos desconhecidos, sendo o desconhecido considerado como algo violento e ameaçador, e as formas de lidar com ele também são violentas¹.

Na Idade Média, os homens medievais vivam e trabalhavam intensamente durante o dia enquanto havia luz do sol. À noite, refugiavam-se em suas casas, porque, impossibilitados de enxergarem na escuridão, atribuíam a esta uma condição misteriosa e tétrica que abrigava os mais diversos fantasmas que torturavam a mente e o corpo dos homens. Assim, a violência era utilizada para manipular as ações dos homens medievais. Os atos violentos tinham a finalidade de educar e intimidar as pessoas e manter a ordem social, justificando, na época, as atrocidades de purificações em fogueiras, mãos decepadas, mortes públicas e torturas e castigos espetaculosos¹.

Dadas a sua historicidade, dinamicidade e seu caráter dialético, a violência não foi e não é exclusividade de uma única sociedade e de um único momento histórico. A história da humanidade não se divide em momentos de trevas e violência e outros de luz e prosperidade. Na própria tradição clássica greco-romana, a escravidão era justificada como um instrumento necessário para garantir que os verdadeiros cidadãos atenienses usufríssem do ócio e do lazer e se dedicassem às coisas mais sublimes do espírito, enquanto os demais os serviam¹.

Episódios de violência, das mais explícitas às mais sutis, são descritos na Bíblia. A exemplo disso, tem-se a expulsão de Adão e Eva do paraíso, que é uma violência explícita, mas que decorre de uma violência implícita, qual seja, a infringência de uma norma estabelecida unilateral e arbitrariamente. As violências mais implícitas são mais difíceis de serem detectadas e compreendidas, o estabelecimento de uma norma, por exemplo, passa por

um processo de legitimação e naturalização que naturaliza também a punição para quem a transgredir¹.

O exemplo bíblico se reproduz na vida social do homem, quando as práticas violentas são desvendadas apenas parcialmente e, "*por não ser desvendada, ela é manipulada como uma prática de dominação entre desiguais*"¹ (p.24).

Nem sempre a violência se apresenta como um ato, como uma relação, como um fato, que possuam uma estrutura facilmente identificável [...]. O ato violento se insinua, frequentemente, como um ato natural, cuja essência passa despercebida [...]. Perceber um ato como violência demanda do homem um esforço para superar sua aparência de ato rotineiro, natural e como que inscrito na ordem da coisa¹ (p.22-23).

O autor discute sobre duas dimensões mais estruturais da violência: a violência institucionalizada e a violência social. A primeira diz respeito à desigualdade mascarada pelos costumes, hábitos e leis, naturalizando a condição de algumas pessoas usufruírem os bens produzidos pela sociedade, enquanto para outras esses bens são negados. Os hábitos, costumes e leis levam as pessoas a naturalizarem e a aceitarem a desigualdade (que é uma forma de violência) como uma condição a ser paga por se viver em sociedade e que é inerente às relações humanas. A desigualdade enquanto violência não é atemporal e a-histórica, mas, ao contrário, ela é produto social que tem suas raízes em uma estrutura política, social e econômica que a sustenta e a reproduz¹:

A institucionalização da miséria, do sofrimento, da dor, da indiferença pelos outros, da ignorância, do não saber sobre si e sobre a sociedade não ocorre porque o homem é mau, [...] mas pelo simples fato de que uma sociedade estruturada para permitir que a competição e o sucesso pessoal individualizado sejam os parâmetros de aferição do que o homem é, não pode, evidentemente, preparar o homem para ver no seu semelhante outra coisa que não um concorrente ou uma presa a ser devorada (p.35).

E são também pelos costumes e pela ordem "natural" das coisas que, muitas vezes, justificam-se as violências contra as crianças, das formas mais veladas às formas mais explícitas. Parte daí a necessidade para qual aponta o presente estudo, a emancipação das pessoas (adultos e crianças) como uma forma de enfrentamento e superação da violência doméstica contra a criança.

Quanto à violência social, o autor chama a atenção para o fato de toda violência ser social, porém, reserva esse termo para designar os atos violentos que atingem, especialmente, os grupos mais desprotegidos, tais como as crianças abandonadas, a população carcerária, e aqui se incluem, também, as mulheres, os idosos, dentre outros grupos vulneráveis. Esse tipo

de violência desrespeita a pessoa, negando-lhe a própria condição de viver em sociedade e de ser humano. Exemplos da violência social seriam o desemprego, as precárias condições de saúde e educação, a fome, a miséria. São condições que para serem superadas passam pelo enfrentamento da lógica capitalista, em direção à melhor distribuição de renda e alocação de recursos¹.

Ao apreendê-la enquanto fenômeno histórico, considera-se que a violência é imbricada por toda uma carga simbólica cultural e étnica, aparatos jurídicos legais e interesses econômicos dos momentos históricos da humanidade. Portanto, para compreender o fenômeno da violência é preciso compreendê-la na totalidade em que está inserida, na relação e na interdependência entre suas partes e estas com o todo.

Franco (2005) chama a atenção para uma importante característica da violência: a sua diversidade e permanente variabilidade. Ela se manifesta de diversas maneiras e com distintas intensidades em diferentes momentos e contextos. Sendo por isso também arriscado tentar traçar um perfil global da violência e suas implicações. O risco se torna maior se o contexto é constituído de múltiplas realidades particulares e heterogêneas. Se não há informação analisada, rigorosa e suficiente acerca da situação da violência, o quadro é ainda mais grave².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, de 2002, o fenômeno da violência, provavelmente, sempre fez parte da história humana e os seus impactos podem ser vistos em qualquer lugar do mundo e das mais variadas formas. Apesar das dificuldades de obter informações estatísticas mais precisas, esse fenômeno é responsável por diversos agravos e sequelas em milhões de pessoas no mundo, está entre as principais causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos e vem crescendo em ritmo acelerado entre os grupos mais vulneráveis, tais como idosos, mulheres e crianças^{3,4}.

Além de toda a repercussão que um evento ou uma situação crônica de violência, ou até mesmo a morte como sua consequência, pode causar na vida das pessoas e de suas famílias, a violência, seja ela autoprovocada, interpessoal ou coletiva, representa também uma ameaça às grandes economias mundiais, uma vez que se perde com os dias não trabalhados e ainda gera altos custos com os cuidados de saúde^{3,4}. E é com nessa perspectiva de representar uma ameaça à ordem econômica mundial e à estabilidade do modo de produção capitalista que os organismos internacionais se preocupam com a temática da violência no mundo.

Esse mesmo Relatório, o qual tem por objetivo chamar a atenção do mundo para o problema da violência, e assim o faz por entendê-la como um problema ao modo de produção capitalista, toma-a como um evento evitável e considera que a saúde pública tem um papel

crucial na resolução de suas causas e consequências. A violência é assim definida pela OMS^{3,4}:

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação⁴ (p.5).

A essa definição associa-se a condição de “intencionalidade”, entendida no próprio documento como o fato de cometer o ato independentemente do resultado que ele produz. Não são considerados intencionais os incidentes, tais como a maioria dos acidentes de trânsito e as queimaduras^{3,4}.

Cada vez mais a violência vem sendo explicitada entre pesquisadores, trabalhadores de saúde e gestores como uma ação que não necessariamente resulta em lesão e ferimentos físicos, invalidez ou morte. Portanto, a inclusão da palavra “poder” na definição de violência pela OMS pode ampliar as condições a serem entendidas como atos violentos, considerando-se os atos resultantes das relações de poder também como violência, como por exemplo, as ameaças, a intimidação, a negligência e as omissões^{3,4}.

A classificação das violências pela OMS será aqui apresentada com a finalidade de compreender como os organismos internacionais estão apreendendo este fenômeno. Sabe-se que a leitura feita por esses organismos é de caráter meramente técnico e não se propõe a questionar a historicidade e dinamicidade dos fenômenos ou discuti-los enquanto determinados pelo próprio modo de produção capitalista. Portanto, será feita a apresentação da classificação da OMS, mas, para fins de referencial teórico deste estudo, serão aprofundados, posteriormente, outros aspectos da violência doméstica contra a criança.

A OMS divide o fenômeno da violência em três amplas categorias: autodirigida/autoinfligida, interpessoal e coletiva. A violência autodirigida ou autoinfligida divide-se em comportamento suicida, que inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídios e suicídios; e agressão autoinfligida, que inclui atos tais como a mutilação^{3,4}.

A violência interpessoal divide-se em violência na comunidade e violência de família e de parceiros íntimos. A violência na comunidade é aquela que acontece entre pessoas sem relação pessoal que podem ou não se conhecerem e que acontece, geralmente, fora dos lares, como, por exemplo, violência da juventude, estupro ou ataque sexual por desconhecidos e violência em instituições (escolas, locais de trabalho, prisões, instituições de longa permanência etc.)^{3,4}.

A violência de família e de parceiros íntimos é aquela que ocorre entre membros de família e parceiros íntimos e, geralmente, dentro de casa (abuso contra a criança, violência entre parceiros íntimos, maus-tratos de idosos etc.)^{3,4}.

A violência coletiva é cometida por grandes grupos ou países e divide-se em violência social, política e econômica. A violência social inclui crimes de ódio praticados por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui as guerras e os conflitos violentos, violência de Estado e atos semelhantes. E a violência econômica são os ataques de grandes grupos motivados pelo lucro econômico com o propósito de desintegrar a atividade econômica, impedindo o acesso a serviços essenciais ou criando divisão e fragmentação econômica^{3,4}.

Em relação à magnitude da violência contra a criança no mundo, os dados ainda subestimam a grandeza e a gravidade deste problema, pois, além da subnotificação, outras condições também contribuem para uma estimativa de casos aquém do que acontece na realidade dos países, das famílias e das crianças. Algumas dessas condições estão relacionadas às definições da violência contra a criança utilizadas pelos estudos, ao tipo de violência estudado e à cobertura e qualidade das estatísticas oficiais e das informações baseadas nos relatos das próprias vítimas, pais e cuidadores⁵.

Em 2014, o UNICEF (*United Nations Children's Fund*) lançou relatório documentando dados sobre a violência contra crianças e adolescentes em 190 países. Em 2012, foram registradas 95 mil mortes por homicídios de crianças e adolescentes menores de 20 anos, o que representou 1 em cada 5 homicídios ocorridos naquele ano. Ainda em 2012, cerca de 120 milhões de meninas abaixo de 20 anos de idade (1 em cada 10) haviam sofrido violência sexual em algum momento de suas vidas^{6,7}.

Em outro relatório mais recente lançado em novembro de 2017 pelo UNICEF, os dados mostraram que, em 2015, a cada 7 minutos uma criança na faixa etária entre 10 e 19 anos foi morta por homicídio, por conflitos armados ou por violência coletiva, em alguma parte do mundo. Neste mesmo ano, dentre as 82 mil mortes de meninas e meninos nesta faixa etária, 51,3 mil não estavam relacionadas a conflitos armados, e, destas, 24,5 mil aconteceram na região da América Latina e do Caribe. Nesta região estão cerca de 10% da população mundial nesta faixa etária e, ao mesmo tempo, concentra quase a metade dos homicídios de crianças e adolescentes, com uma taxa cinco vezes maior do que a média mundial^{8,9}.

O risco de meninos adolescentes morrerem por violência coletiva em alguns desses países da América Latina e do Caribe é maior do que em alguns países afetados por conflitos

armados. O Brasil ocupa a 5ª posição dentre esses países, com uma taxa de mortalidade de 59 por 100 mil homicídios de adolescentes meninos^{8,9}.

Ainda referente a 2015, cerca de 300 milhões de crianças na faixa etária de 2 a 4 anos (3 em cada 4) sofreram violência disciplinares (física ou psicológica) por seus cuidadores e 250 milhões (6 em cada 10) sofreram punições físicas. Dentre as crianças abaixo de 5 anos de idade, 176 milhões (1 em cada 4) viviam com a mãe que também era vítima de violência por parceiro íntimo^{8,9}.

Em nota descritiva de setembro de 2016, a OMS divulgou dados atualizados sobre a violência contra a criança no mundo, revelando que 41.000 crianças menores de 15 anos de idade morrem todo ano por homicídio, sendo que uma proporção significativa das mortes decorrentes da violência contra a criança estão atribuídas, erroneamente, a quedas, queimaduras, afogamentos e outras causas⁵.

Um quarto de todos os adultos manifestam ter sofrido maus-tratos quando crianças e 1 em cada 5 mulheres e 1 em cada 13 homens revelam ter sofrido violência sexual na infância. Em situações de conflitos armados e entre refugiados, as condições são ainda mais cruéis, ficando as meninas ainda mais vulneráveis à violência, à exploração e aos abusos sexuais por parte dos combatentes e das próprias forças de segurança, membros de suas comunidades e trabalhadores da assistência humanitária⁵.

Desvendar a totalidade do fenômeno social da violência ainda requer muitos esforços por parte das pessoas, instituições e do Estado.

O panorama da violência doméstica contra crianças e adolescentes tanto no mundo quanto no Brasil representa apenas parte da magnitude desse fenômeno, pois os reais reflexos da violência na vida das crianças, adolescentes e suas famílias estão longe de ser mensurados. No entanto, é por acreditar que há caminhos pelos quais são possíveis o enfrentamento da violência doméstica contra a criança que este estudo se propôs a contribuir para uma análise mais crítica, refletida e aprofundada sobre este fenômeno social.

1.2 MARCOS POLÍTICOS DE ENFRENTAMENTO E O PANORAMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA NO BRASIL

O contexto brasileiro, marcado por grandes diversidades e desigualdades, partilha da limitação de informação sobre a violência tanto no aspecto epidemiológico como no reconhecimento do fenômeno. E quando se diz informação, não necessariamente se refere à

geração e produção de dados sobre a situação da violência, mas se está também criticando a falta de retorno refletido dos resultados e o acesso fácil a esses dados pelos cidadãos e pelos próprios trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Em 1988, a Constituição Brasileira reconhece as crianças como sujeitos de direito, as quais eram consideradas como propriedades de seus pais pelas legislações anteriores. No Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso, o artigo 227 da Constituição Brasileira determina^{10,11}:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão¹⁰ (p.7).

Em 1990, a Lei 8.069, de 13 de julho, dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a proteção integral à criança e ao adolescente. O ECA regulamenta a Constituição e passa a ter força de lei, estabelecendo condições para que as crianças sejam tratadas de forma mais saudável e respeitosa^{10,12,13}.

Para efeitos do ECA, a criança é considerada a pessoa com até 12 anos de idade incompletos, e o adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. São considerados crianças e adolescentes sob a condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Têm o direito de gozar de todos os direitos inerentes à pessoa e ter assegurado o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. É dever da família, comunidade, sociedade e poder público assegurar os direitos à vida, saúde, alimentação, educação, profissionalização, cultura, dignidade, liberdade, convivência familiar e comunitária e ao esporte, lazer e respeito¹².

E fica claro no artigo 5º do ECA¹² que

nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (p.8).

Apesar do grande avanço constitucional e legal que o ECA representa, infelizmente, estar assegurados na forma de lei os direitos da criança e do adolescente, bem como os deveres da família, sociedade e Estado, não garantem a sua efetivação. São quase 30 anos da Constituição Brasileira e do ECA e muito pouco se avança nesse aspecto, pois a garantia dos direitos sociais vão na contramão das prioridades de um Estado cada vez mais neoliberal.

Um importante documento orientador no contexto das violências e acidentes, em especial para a área da saúde, é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), aprovado pela Portaria GM/MS nº 737 de 16 de maio de 2001¹⁴.

Nessa Política Nacional são estabelecidas as diretrizes e as responsabilidades institucionais que contemplam e valorizam as ações inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos mediante articulação dos diversos segmentos sociais. Adota-se como expressão das violências e dos acidentes a morbimortalidade decorrente deles e que demanda atendimentos nos serviços de saúde, e também aqueles eventos que, mesmo não chegando a esses serviços, podem ser reconhecidos em outros setores, tais como delegacias de polícia, hospitais não credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), dentre outros¹⁴.

A PNRMAV tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil por meio de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, mas tem como limitação apresentar diretrizes mais gerais que alcançam somente iniciativas do âmbito individual, atitudinal e comportamental das pessoas, comunidades e trabalhadores da saúde. Não aponta para mudanças mais estruturais do setor saúde e demais setores da sociedade^{14,15,16}.

Por definição, a Política Nacional entende que¹⁴:

os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais [...], configurando, assim, um conjunto de agravos à saúde que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas (p.3).

Pelo fato de a CID ter sido apontada nessa definição, recorreu-se à sua versão mais recente e verificou-se que, de acordo com esse sistema classificatório, está compreendido no capítulo XX, intitulado “Causas externas de morbidade e de mortalidade”, o conjunto de códigos (de V01 a Y98) que abrangem os acidentes e as violências sob as descrições de: acidentes de transporte (V01 a V99), outras causas externas de traumatismos acidentais (W00 a X59), lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 a X84), agressões (X85 a Y09), eventos/fatos cuja intenção é indeterminada (Y10 a Y34), intervenções legais e operações de guerra (Y35 a Y36), complicações de assistência médica e cirúrgica (Y40 a Y84), sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade (Y85 a Y89) e fatores suplementares

relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte (Y90 a Y98)¹⁷.

Não há qualquer intenção neste estudo de aprofundar a discussão específica sobre esse sistema classificatório, porém, localizar suas categorias ajuda a contextualizar sua inserção no âmbito das competências e, neste caso, no âmbito do diagnóstico médico. E no âmbito desta profissão, a partir da leitura do seu sistema classificatório, identifica-se um foco mais voltado para as consequências e os agravos já instalados decorrentes da violência.

Retornando à Política Nacional, esta considera a violência como um “fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa”, e Minayo e Souza (1998) a definem como^{14,18}:

Evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros (Minayo e Souza, 1998). Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos¹⁴ (p.3).

Outros marcos legais do enfrentamento da violência no Brasil são as portarias que a instituem como agravo de notificação compulsória no país^{10,19,20}.

Em 2001, pela Portaria 1.968/GM de 25 de outubro, fica estabelecido que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes do SUS devem notificar aos Conselhos Tutelares todo caso de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes que sejam por eles atendido^{10,19}.

Em 2009, a Notificação da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências foi implantada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), tornando de caráter obrigatório a notificação de situações de violência envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos²¹.

Em 2011, a Portaria 104 MS/GM, de 25 de janeiro, reforça essa vigilância, universalizando a notificação da violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde. A violência é incluída na Lista de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública²⁰.

Em 2016, a Portaria 204, de 17 de fevereiro, define nova Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública para os serviços públicos e privados de todo o território nacional, sendo o profissional responsável pelo estabelecimento de saúde obrigado a notificar o agravo às autoridades de saúde competentes. Além dos serviços de saúde, outros estabelecimentos (públicos ou privados, tais como de educação, de

cuidado coletivo, instituições de pesquisa e outros) ou qualquer cidadão poderá efetuar a notificação. Fica estabelecido que a violência doméstica e/ou outras violências devem ser de notificação semanal, e a violência sexual e as tentativas de suicídio devem ser de notificação imediata de até 24 horas²².

Segundo o SINAN, em 2011, foram registrados 39.281 casos de violência atendidos no SUS na faixa etária de 0 a 19 anos de idade, o que representou 40% do total dos 98.115 casos registrados. O maior índice de atendimento está na faixa etária menor de 1 ano de idade, com 118,9 atendimentos em 100 mil crianças nessa faixa etária²¹.

Distribuídos nos Estados brasileiros, a porcentagem dos atendimentos por violência na faixa etária menor de 1 ano são maiores no Paraná (6,8%), Rio de Janeiro (6,5%) e Mato Grosso do Sul (5,8%); na faixa etária de 1 a 4 anos, em Sergipe (13,3%), Piauí (10,3%) e Pará (9,5%); na faixa etária de 5 a 9 anos, em Sergipe (18,5%), Pará (17,6%) e Maranhão (11,9%) e na faixa etária de 10 a 14 anos, em Sergipe (40,5%), Acre (39,2%) e Pará (25,3%). Em todas as faixa etárias é preponderante o atendimento por violência no sexo feminino, com tendência a aumentar conforme se aumenta a idade. Na faixa etária menor de 1 ano, a proporção é de 48,2% para o sexo masculino e 51,8% para o sexo feminino; na faixa etária de 1 a 4 anos é de 45,2% para o sexo masculino e 54,8% para o sexo feminino; na faixa etária de 5 a 9 anos é de 45,9% para o sexo masculino e 54,1% para o sexo feminino e na faixa etária de 10 a 14 anos, de 32,1% e 67,9%, respectivamente²¹.

Os dados também evidenciam que para todas as faixas etárias as situações de violência acontecem, predominantemente, nos domicílios, sendo: 67% na faixa etária menor de 1 ano, 78,1% entre 1 e 4 anos, 74% entre 5 e 9 anos e 62,7% entre 10 e 14 anos²¹.

O Sistema Nacional de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006, tem o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes para subsidiar as políticas direcionadas a esses agravos, buscando preveni-los e enfrentá-los. O Sistema VIVA é estruturado em dois componentes, sendo eles: Componente I – VIVA/SINAN, de vigilância contínua em todos os serviços de saúde, e o Componente II – VIVA/Inquérito, na modalidade de inquéritos em serviços sentinelas de urgência e emergência em municípios selecionados²³.

Segundo o Relatório VIVA/SINAN, em 2013, foram notificados 188.624 casos de violência no Brasil. Desses, 29.784 (15,8%) foram casos registrados entre crianças de 0 a 9 anos de idade e 50.634 (26,8%) entre adolescente de 10 a 19 anos²⁴.

As notificações foram mais frequentes na zona urbana (77,6%, n=146.329), e o local de ocorrência da violência continuou sendo, predominantemente, o domicílio (58,8%, n=110.870)²⁴.

Especificamente na faixa etária de 0 a 9 anos de idade, dos 29.784 casos, 13.867 foram registrados em meninos e 15.917, em meninas. A violência de repetição foi de 22% (n=3.056) entre os meninos e 26,3% (n=4.186) entre as meninas. A predominância foi em zona urbana, com 80,6% dos casos (n=24.018) e nos domicílios, 66,7% (n=19.864), sendo a mãe a principal agressora tanto para os meninos, com 46,5% (n=6.447) quanto para as meninas, com 34,8% (n=5.541), seguidos do pai, com 27,5% (n=3.820) para os meninos e 24,4% (n=3.889) para as meninas. Outras relações dos agressores com as vítimas e que poderiam representar a violência doméstica foram, para os meninos: amigos/conhecidos, com 9,6% (n=1.327), padrasto, com 3,2% (n=446), irmão, com 2% (n=271), cuidador, com 1,4% (n=200) e madrasta, com 0,6% (n=90). Para as meninas, 11,8% (n=1.872) eram amigos/conhecidos, 6,7% (n=1.060), padrasto, 2,4% (n=382), irmão, 1,7% (n=271), cuidador e 0,6% (n=102), madrasta²⁴.

Por tipo de violência nessa faixa etária, predominaram os casos de negligência, com 50,1% dos casos (n=14.917), violência física, com 28,6% (n=8.515), violência sexual, com 28,4% (n=8.450) e psicológica/moral, com 17,5% (n=5.208), lembrando que mais de um tipo de violência pode ser registrado para cada caso. Nos meninos, os tipos de violência mais notificados foram a negligência, com 58,8% (n=8.151) e a violência física, com 31,1% (n=4.317). Nas meninas, a negligência representou 42,5% (n=6.766) e a violência sexual, 39% (n=6.215)²⁴.

Para a Enfermagem, algumas estratégias de enfrentamento da violência doméstica contra a criança têm se delineado ao longo dos anos e serão discutidas mais a frente, em tópico específico da revisão integrativa deste estudo.

Neste momento, será destacada uma das estratégias utilizadas pela enfermagem para dar visibilidade aos fenômenos sociais sobre os quais ela atua, os Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®]*, que vem sendo estudados por enfermeira(o)s do mundo e do Brasil.

Em 1994, o Brasil, por meio da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) participou da "Reunião Consultiva sobre Elaboração de um Instrumento que apoie os Sistemas Comunitários e a Atenção Primária à Saúde", organizada pelo Conselho

* Um Subconjunto Terminológico da CIPE[®] é um agrupamento de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem referentes a um determinado problema/fenômeno que é foco do trabalho da(o) enfermeira(o). Referência: Garcia TR, Bartz CC, Coenen AM. CIPE[®]: uma linguagem padronizada para a prática profissional. In: Garcia TR. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE[®]): versão 2015. Porto Alegre: Artmed; 2016.

Internacional de Enfermeiros (CIE), em Tlaxcala, no México. Dentre os principais assuntos debatidos na reunião, estava a precariedade, a inexistência e o não reconhecimento e/ou utilização de registros e classificações de enfermagem pela maioria dos países participantes. Desde então, a ABEn assumiu o compromisso de debater, difundir e contribuir para esses conhecimentos para valorização da prática de Enfermagem no Brasil^{25,26}.

Um dos maiores projetos realizados neste sentido foi o Projeto CIPESC®, desenvolvido de 1996 a 2000, sendo uma “estratégia técnica e política da ABEn para o desenvolvimento da Enfermagem Brasileira” e que tinha como propósitos centrais²⁷:

estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no País, revisitar as práticas de enfermagem em saúde coletiva no País [...] e construir um sistema de informação das práticas de enfermagem em saúde coletiva que permita a sua classificação, troca de experiências e interlocução em nível nacional e internacional (p.3).

Dentre alguns resultados na prática, no ensino e na pesquisa da enfermagem brasileira, um deles foi a implantação do Projeto CIPESC®, em 2003, no sistema informatizado da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – PR, permitindo o registro da consulta de enfermagem (CE) no prontuário eletrônico do município^{25,26,28}.

Em 2006, na 8ª edição do Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem (SINADEn), realizado em João Pessoa-PB, a ABEn discutiu estratégias para a continuidade de uma terminologia brasileira de enfermagem, orientando que fossem desenvolvidas, implementadas e utilizadas de forma efetiva linguagens especializadas nos sistemas de documentação e informação de saúde²⁵.

Em 2008, a ABEn instituiu a Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem, e, em 2010, no 10º SINADEn, realizado em Brasília-DF, foram apresentados os resultados do trabalho efetuado pelo grupo, apontando, então, formas de validar e implantar o Sistema de Informação para Apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem no país. Em paralelo, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publica a Resolução 358/2009²⁵.

A Resolução COFEN 358 de 15 de outubro de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, tais como: instituições de serviços de internação hospitalar e de serviços ambulatoriais em saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, dentre outros²⁹.

O Sistema de Informação para Apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem no país, proposto pela Subcomissão de Sistematização da Prática de Enfermagem da ABEn,

teve como base as etapas do PE e foram consideradas diferentes fontes para construção das terminologias: a CIPE[®], o inventário vocabular resultante do Projeto CIPESC[®], a taxonomia II da NANDA Internacional, a nomenclatura de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do Hospital Universitário Lauro Wanderley de João Pessoa-PB, a lista de cuidados do sistema informatizado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS e a nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem da rede básica de saúde de Curitiba-PR²⁵.

Durante todo esse processo de envolvimento com a utilização e o desenvolvimento da CIPE[®], em 2007, foi criado e acreditado pelo CIE o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®] no Brasil, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (Centro CIPE[®] – PPGENF–UFPB). O Centro tem como compromisso apoiar o desenvolvimento contínuo da CIPE[®], promover o seu uso na prática clínica, na educação e na pesquisa em enfermagem e colaborar com o CIE e com os demais Centros CIPE[®]^{26,30,31}.

Na ocasião de acreditação do Centro CIPE[®] – PPGENF–UFPB, foram apresentados dois grandes projetos para o CIE que culminaram em um Banco de Termos da Linguagem Especial de Enfermagem e em enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para as Clínicas Médica, Pediátrica, Cirúrgica, Obstétrica, de Doenças Infectocontagiosas e Unidades de Terapia Intensiva Geral e Neonatal do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Tais enunciados seguiram as diretrizes CIE e tiveram por base as necessidades humanas básicas³⁰.

Outra contribuição do Centro CIPE[®] – PPGENF–UFPB é o apoio ao desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®] do próprio programa de pós-graduação e de demais instituições brasileiras³⁰.

Alguns estudos identificados que dizem respeito ao desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos da CIPE[®] no Brasil tiveram como foco: Portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva na Classe Funcional III da Escala da NYHA, Pacientes Adultos Portadores de Neoplasia Maligna, Cuidado com as Pessoas com Hipertensão na Atenção Básica, Cuidado para com a Pessoa Idosa, Clientes Prostatectomizados, Cuidado com as Pessoas com Diabetes *Mellitus* na Atenção Especializada, Portadores de Doença Renal Crônica, Cuidado com as Pessoas com Eventos Adversos Pós-Vacinação, Cuidado de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde, Saúde da Mulher e da Criança na Rede Básica de Saúde de Curitiba, Cuidado de Enfermagem no Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil da Criança de

0 a 3 Anos de Idade e Enfrentamento da Violência Doméstica contra Criança e Adolescente^{28,30,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43}.

Este último estudo foi desenvolvido por Albuquerque (2014), tendo como objetivo geral organizar um Subconjunto Terminológico de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente. Utilizou como modelo teórico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) e os conceitos de Vulnerabilidade, Determinação Social do Processo Saúde-Doença, Dimensões da Realidade Objetiva, Classe Social, Gênero, Etnia e Geração. Teve como produto final o Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente, na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva⁴⁰:

Este Subconjunto é constituído por 139 diagnósticos/resultados e 222 intervenções de enfermagem, direcionados a atender as necessidades do cuidado integral das crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para a violência doméstica. Visa apoiar a prestação de cuidados de enfermagem, favorecer a descrição da prática de enfermagem, contribuir com a melhoria da documentação em enfermagem e com a explicitação, nos sistemas de informação de saúde, dar contribuição dos cuidados de enfermagem para a saúde das crianças, adolescentes e suas famílias (p.128).

A pesquisa avançou até a elaboração do Subconjunto, porém este não foi constituído pela etapa de validação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem por enfermeira(o)s especialistas na área.

Como conclusão e indicação da própria autora, estudos posteriores seriam necessários para validação do Subconjunto Terminológico, podendo, inclusive, incluir novos enunciados, dadas as necessidades específicas dos usuários atendidos e de cada serviço de saúde⁴⁰.

Sendo assim, o atual estudo se justifica como continuidade do estudo de Albuquerque (2014), o qual construiu o Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente, na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva, mas que não teve seus enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem validados.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

O objetivo geral da pesquisa é:

1. Construir um Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança.

Os objetivos específicos são:

1. Identificar estudos que mostram como a(o)s enfermeira(o)s estão atendendo aos casos de violência doméstica contra a criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família;
2. Discutir os desafios e as potencialidades para a utilização do Subconjunto Terminológico da CIPE® no processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s;
3. Construir uma proposta para utilização do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança com base na Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva.

3 Referencial teórico-metodológico

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 TEORIA DA INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA – TIPESEC

A aproximação e a compreensão do objeto de estudo serão feitas com base no referencial teórico do materialismo histórico-dialético, a partir da Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESEC). A TIPESEC é uma teoria de intervenção dinâmica e participativa da realidade e com abordagem materialista histórico-dialética. Para a Enfermagem em Saúde Coletiva, a TIPESEC é adotada como teoria e método^{44,45}.

Enquanto teoria, baseia-se em uma visão de mundo materialista, histórica e dialética. Enquanto método, é uma forma sistematizada e dinâmica de captar, interpretar, planejar, intervir e reinterpretar uma dada realidade objetiva e/ou fenômenos referentes ao processo saúde-doença da coletividade e articulados aos processos de produção e reprodução social em um contexto que é histórica e socialmente determinado^{44,45}.

A Saúde Coletiva como um campo de conhecimentos e práticas que sustenta uma visão de mundo materialista histórico-dialética se diferencia de outros campos de conhecimento da área da saúde, porque parte de uma concepção de saúde-doença que é definida como um processo em transformação⁴⁶. E é a partir desse campo de conhecimento e dessa visão de mundo que as práticas e os objetos do processo de trabalho da enfermagem para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança serão considerados nesta pesquisa.

As bases filosóficas da TIPESEC são a historicidade e a dinamicidade, caracterizadas pelas constantes transformações sociais ao longo da história, tais como o desenvolvimento econômico, os modos de produção e a divisão da sociedade em classes. E suas bases teóricas são as categorias conceituais e as categorias dimensionais. Dentre outras, são categorias conceituais importantes para a área da saúde: sociedade, processo de trabalho, processo saúde-doença e saúde coletiva. As categorias dimensionais dizem respeito à operacionalização da TIPESEC, sendo três: totalidade, práxis e interdependência do estrutural, do particular e do singular⁴⁴.

Nesta pesquisa, as categorias conceituais escolhidas para sua fundamentação teórica foram: processo de trabalho em saúde, processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, determinação social do processo saúde-doença e saúde coletiva. Tais categorias são discutidas ao longo do processo de construção deste estudo.

Com relação às bases filosóficas da TIPESC, a historicidade, fundamentada no materialismo histórico, refere-se à mobilidade constante da história. Busca no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção, na divisão da sociedade em classes e na luta entre elas as explicações e a essência dos fenômenos sociais⁴⁵.

A dinamicidade está enraizada no modo dialético de pensar, que tem como conceito-chave a contradição, ou seja, a oposição entre dois polos diferentes entre si⁴⁵.

A dialética é “o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”⁴⁷ (p.8). Na dialética estão articuladas “as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social”⁴⁸ (p.84).

O método materialista histórico-dialético é caracterizado pelo⁴⁹

movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata-se de descobrir (pelo movimento do pensamento) as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade. O princípio da contradição, presente nesta lógica, indica que para pensar a realidade é possível aceitar a contradição, caminhar por ela e apreender o que dela é essencial. Neste caminho lógico, movimentar o pensamento significa refletir sobre a realidade partindo do empírico (a realidade dada, o real aparente, o objeto assim como ele se apresenta à primeira vista) e, por meio de abstrações (elaborações do pensamento, reflexões, teoria), chegar ao concreto: compreensão mais elaborada do que há de essencial no objeto, objeto síntese de múltiplas determinações, concreto pensado. Assim, a diferença entre o empírico (real aparente) e o concreto (real pensado) são as abstrações (reflexões) do pensamento que tornam mais completa a realidade observada (p.86).

Quanto às categorias dimensionais, o estrutural, o particular e o singular sustentam a apreensão do fenômeno, iluminando-o em suas diferentes partes. É nesse movimento de desdobramentos da realidade em três dimensões que o fenômeno pode ser desvendado em sua totalidade, expondo a dialética das partes entre si e destas com o todo, ou seja, a sua essência⁴⁴.

A dimensão estrutural diz respeito às relações de produção, de formação econômica e social e das formas político-ideológicas de uma dada sociedade. A dimensão particular são os processos de reprodução (momento produtivo e reprodutivo/de consumo) de cada grupo social. E a dimensão singular são os processos individuais nos quais estão expressas as formas de adoecer e morrer das pessoas, determinados pelo embate entre os potenciais de desgastes e

fortalecimentos dado pelos momentos de trabalho e consumo (produção e reprodução). As três dimensões preservam relações entre si que as assemelham e, ao mesmo tempo, as distinguem umas das outras⁴⁴.

Para Breilh e Granda⁵⁰

O desenvolvimento que a matéria experimentou desde suas formas físicas até os processos mais complexos do mundo biológico, e depois, até as formas superiores e de alta complexidade do mundo social, explica a unidade dos processos do mundo em meio a sua própria diversidade. Portanto, é requisito para o trabalho de investigação dos fatos particulares ou individuais não perder de vista suas conexões com as esferas mais gerais da realidade (p.37).

É com base nesse aporte teórico e metodológico que esta pesquisa foi desenvolvida, sendo, portanto, os fenômenos desvendados a partir desse movimento do pensamento em iluminar ora a dimensão mais estrutural, ora as dimensões mais particulares e singulares, não perdendo as conexões entre si e tendo sempre em mente suas contradições.

Para além de ser uma opção teórico-metodológica, a *“TIPESC é uma teoria que visa organizar os modos de intervenção para a superação das questões saúde-doença prioritariamente”*⁴⁶ (p.120), podendo se constituir como uma ferramenta do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s que potencialize a reflexão crítica em relação à realidade, às práticas e aos objetos de atenção do trabalho em saúde.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O processo de transformação do objeto pelo trabalho na área da saúde é intermediado por instrumentos, caracterizados pelos materiais e pelos saberes estruturados de seus agentes. Requer uma dada força de trabalho e tem uma certa finalidade que guia as ações e as perspectivas com as quais o objeto será transformado. Esse processo de transformação acontece porque o homem, como ser social, possui necessidades a serem satisfeitas, necessidades estas que são produzidas pela sociedade e por ela determinadas^{51, 52, 53}.

O trabalho, enquanto base da organização da sociedade, é operado pelo homem não apenas para satisfazer necessidades que são puramente materiais, porque até mesmo as necessidades materiais são imbuídas do caráter social e histórico do homem que constitui a sociedade e que por ela é constituído. Assim, na relação dialética de transformação da natureza pelo trabalho, o homem também está transformando a si mesmo⁵⁴:

Hoje, tem-se que a sociedade é um sistema material altamente complexo, cuja essência e base é o trabalho, enquanto atividade consciente e objetiva. A sociedade representa o conjunto de formas historicamente criadas da atividade conjunta do ser humano para, na relação dialética com a natureza, transformá-la e ser continuamente transformado por ela (p.27).

Para Merhy (2002), o trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, ou seja, aquele que está em processo, sendo produzido e, ao mesmo tempo, consumido nas ações individuais ou coletivas do cuidado. É na interação trabalhador de saúde (produtores) e usuários (consumidores) que se dá a produção desse trabalho vivo em ato. E é nessa interação que o trabalhador de saúde, ao mesmo tempo que é o agente produtor e transformador do objeto, também está satisfazendo suas necessidades, tais como a de ganhar dinheiro ou a de significar e ressignificar-se no mundo como sujeito social por meio do trabalho⁵⁵.

A saúde é um bem simbólico, ou seja, um bem não material, dotado de crenças, valores e representações que são diferentes a depender das pessoas, dos grupos sociais nas quais estas estão inseridas e da própria dimensão histórica do objeto saúde⁵⁶.

Fracolli e Bertolozzi (2008) ao discutirem as ações de saúde desenvolvidas no setor saúde, chamam a atenção para uma característica desse setor, qual seja, a de que as ações não são realizadas sobre coisas ou objetos como em uma fábrica de automóveis, mas entre pessoas e em uma inter-relação na qual o usuário também é parte e participa do processo de trabalho⁵⁷.

Analisar as práticas de saúde, como por exemplo da enfermagem e da medicina, a partir da concepção do processo de trabalho, ajuda a compreendê-las para além das técnicas e traz à tona suas dimensões históricas e sociais, desvelando as contradições no modo como se organizam para transformar o objeto de trabalho da saúde. Além disso, contribuem para a construção e a reconstrução de saberes na perspectiva da Saúde Coletiva^{53,58,59}.

Para Egry (1996)⁴⁴,

a saúde coletiva não é um neologismo ou mesmo uma tentativa de modernização da saúde pública, ainda que esta última terminologia seja predominante e consagrada dentro da produção científica da área, em nosso meio, até hoje (p.66).

Ainda para esta autora, a Saúde Coletiva se diferencia da Saúde Pública, porque aquela⁴⁴

tem como conceito de saúde-doença a determinação histórica do processo coletivo de produção dos processos saúde-doença, sua ancoragem metodológica está no método dialético fundado na filosofia da práxis, a centralização de sua ação é a partir das demandas originárias da luta popular e crítica-renovação do "que fazer" estatal e, finalmente, a amplitude e a

dinâmica de suas mudanças são radicais, consideradas as dialéticas das possibilidades e as necessidades resultantes do embate Estado e Sociedade (p.67).

A Saúde Coletiva é um campo de teorias e práticas que tem como base teórica e filosófica o materialismo histórico e dialético, que parte da visão marxiana de mundo. Sendo assim, na Saúde Coletiva a realidade é questionada rumo à superação de uma visão positivista da ciência e do mundo, a qual sustenta o modo de produção capitalista. E quando se diz respeito ao modo de produção capitalista, não se refere somente a sua produção material, mas também à ideologia que ele sustenta para se manter enquanto modo de produção predominante. Tal ideologia é produzida para justificar a lógica de acúmulo do capital por meio da exploração de uma classe que detém os meios de produção (burguesia) sobre a outra que não os detém (trabalhadores), anulando, inclusive, a responsabilidade desse modo de produção pela geração da desigualdade, da pobreza e da miséria sociais⁶⁰.

Neste estudo, a compreensão de saúde e doença parte da concepção da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença.

Considerar a saúde-doença como processo é expressar⁵⁰

o caráter dinâmico dos fatos vinculados à saúde-doença em todas as suas dimensões. Assim, se a realidade objetiva acha-se em permanente processo de modificação, a investigação, ao formular seu objeto de estudo, deve ter em conta tal mudança (p.37).

Na concepção da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que também tem como marco teórico e filosófico o materialismo histórico e dialético, os processos saúde-doença são dialéticos e estão⁶¹

relacionados à reprodução das populações, como elemento dos processos de produção e de consumo, como crises e possibilidades de controle social, ou questão relativa aos direitos humanos e à cidadania. De qualquer forma, estará sempre na interseção de duas lógicas, a lógica da produção econômica e a lógica da reprodução da vida (p.5).

O processo saúde-doença⁵⁰

É a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde (p.40).

Sendo assim, os fenômenos referentes à saúde-doença não existem fora da sociedade, mas, ao contrário, fazem parte dela e são social e historicamente determinados pela forma

como o ser humano se relaciona com a natureza e com os demais homens para reproduzir a vida. Não se nega o caráter biológico dos fenômenos de saúde-doença, mas se compreende que as expressões e os enfrentamentos desses fenômenos no corpo, que é biológico e social, são determinadas a partir da vida do homem em sociedade, ou seja, a partir da forma como a sociedade está organizada⁵⁴.

No modo de produção capitalista, a sociedade está dividida em classes (proletariados e burguesia). Cada classe, dado o seu perfil de reprodução social (o modo como vivem e trabalham), determina certos desgastes e potencialidades que se manifestam em condições negativas (adoecimento e morte) ou positivas (de vida e sobrevivência)^{44,54}.

Para agir nas raízes dos problemas sociais é preciso que se desenvolva a reflexão crítica da realidade, buscando desvelar a essência dos fenômenos, para, então, transformá-la. A reflexão crítica da realidade se dará à medida que são expostas suas contradições, articulando-as ao contexto das relações sociais e da coletividade, em suas dimensões estruturais, particulares e singulares^{44,60}.

Além de buscar as contradições existentes nas dimensões da realidade, é preciso identificar *"os pontos de vulnerabilidade, que são as reais possibilidades de se intervir nessa realidade"*⁴⁴ (p.69). Mesmo que, aparentemente, tais pontos de vulnerabilidade não existam, a busca exaustiva pela essência dos fenômenos, na dialética entre essência e aparência e recorrendo à sua historicidade e dinamicidade, pode revelar as possibilidades de intervenções que antes pareciam inexistentes⁴⁴.

Para Sabroza⁶¹

há relações estruturais entre as seguintes dimensões: o modo como uma formação social se organiza para atender suas necessidades; o modo como o espaço que a contém é por sua vez organizado; o conjunto de problemas de saúde que expressa o nível de desgaste resultante do movimento da reprodução e produção social em um determinado contexto territorial; as concepções elaboradas sobre as causas das doenças; as formas institucionalizadas de atender estes problemas; e ainda, as práticas assistenciais prevalentes (p.6).

Uma das formas institucionalizadas para o atendimento dos fenômenos saúde-doença das pessoas e das coletividades é o trabalho da(o)s enfermeira(o)s na AB. Um trabalho que é, ao mesmo tempo, um processo em si e um instrumento do conjunto do processo de trabalho em saúde.

Enquanto parte do processo de trabalho em saúde, articula-se com os demais processos de trabalho e, assim, está imbricado de historicidade e dinamicidade.

Como processo em si, sua finalidade é a transformação de um determinado objeto que, sob a ótica da Saúde Coletiva, deveriam ser as necessidades de saúde das pessoas, famílias e coletividades. E, como discutido anteriormente, tais necessidades, em última instância, sempre terão suas raízes nos modos de viver e trabalhar dos grupos sociais (perfis epidemiológicos).

Acontece que nem sempre os objetos de intervenção do trabalho da(o)s enfermeira(o)s estão tão claros e definidos, e, portanto, suas ferramentas, instrumentos, práticas e ações também não.

Como objeto de estudo desta pesquisa, foi validado e analisado o Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança. Dado o referencial teórico deste estudo, o Subconjunto Terminológico foi entendido como uma ferramenta do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s.

3.3 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Além da construção de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança pretendeu-se melhor compreender como a(o)s enfermeira(o)s estão atendendo à violência doméstica contra a criança no mundo e no Brasil para, então, propor instrumentos que possam apoiar a(o)s enfermeira(o)s no contexto da AB para o enfrentamento da violência contra a criança.

Foi realizada uma pesquisa de revisão integrativa da literatura científica com base nos princípios de uma revisão sistemática, que consiste na reunião, síntese e discussão de vários outros estudos e seus resultados acerca de um mesmo objeto, sendo conduzida de forma sistematizada e planejada a partir de critérios claros, rigorosamente definidos e passíveis de reprodução^{62,63}.

É importante ressaltar a importância da definição lógica e clara para a busca das evidências científicas, sendo indispensável seguir um rigor científico desde a primeira etapa da construção da revisão sistemática, ou seja, desde a identificação do problema. E, para isso, é necessário que se tenha uma pergunta de pesquisa bem elaborada⁶³.

Para elaboração da pergunta de pesquisa utilizou-se a estratégia PICO para situações não clínicas.

Na pesquisa clínica, a estratégia utilizada é denominada PICO, um acrônimo de: **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e **O**utcomes/Desfecho e representa os elementos

fundamentais para construção da pergunta em estudos de Práticas Baseadas em Evidências, os quais utilizam as revisões sistemáticas como modelo de pesquisa. Apesar de sua utilização nos estudos de caráter predominantemente clínico, a estratégia PICO pode ser usada para construir perguntas de pesquisas de naturezas variadas⁶³. E assim tem sido feito.

A estratégia tem sido adaptada e difundida como possibilidade de construção de perguntas de diferentes abordagens, como é o caso da PICo (para situação não clínicas), situação na qual os elementos do acrônimo foram adaptados e destacam três principais dimensões para elaboração de uma pergunta de pesquisa de caráter não clínico^{64,65}:

P: População, **P**aciente (idade, raça, sexo, *status* da saúde) ou problema

I: Interesse

Co: Contexto

Considerando-se o objeto do presente estudo e as três dimensões da estratégia PICo, a elaboração da pergunta de pesquisa para a revisão sistemática foi baseada nos elementos descritos na figura abaixo*:

* Diagrama baseado no leiaute do material disponibilizado pela Biblioteca Wanda de Aguiar Horta da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Disponível em: <http://pt.slideshare.net/bibliotecaee/o-que-pico-e-pico>.

Figura 1 – Diagrama de construção da pergunta de pesquisa, segundo estratégia PICO

Assim, a pergunta de pesquisa delineada foi: Como a(o)s enfermeira(o)s têm atendido os casos de violência doméstica contra a criança na Atenção Primária à Saúde?

Após a etapa de sistematização e elaboração da pergunta de pesquisa, partiu-se para a busca de descritores que melhor a representassem e que fossem potencialmente fortes para resgatar os materiais da literatura científica. Foram utilizados descritores do tipo controlados, ou seja, aqueles “utilizados para indexação de artigos nas bases de dados [...]. Os vocabulários de descritores mais conhecidos são o MeSH (MEDLINE/PubMed), o DeCS (BIREME) e o Emtree (EMBASE)”⁶³ (p.3).

Os descritores foram obtidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)^{*} e comparados com seus correspondentes em inglês no *Medical Subject Headings* (MeSH)[†]:

- **Enfermagem/Enfermería/Nursing:** Campo da enfermagem voltado para a promoção, a manutenção e a restauração da saúde⁶⁶;

* Disponível em: decs.bvs.br

† Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh

- **Enfermeira(o)s/Enfermera(o)s/Nurses:** Profissionais qualificados por educação em uma escola acreditada de enfermagem e licenciados por lei do Estado a praticar a enfermagem. Eles prestam serviços a pacientes requerendo assistência para recuperar ou manter sua saúde física ou mental⁶⁶;
- **Enfermagem em Saúde Pública/Enfermería en Salud Pública/Public Health Nursing:** Campo da enfermagem voltado para a promoção e proteção à saúde das populações, usando o conhecimento de enfermagem e das ciências social e de saúde pública para desenvolver pesquisa e política em saúde local, regional, estadual e nacional. É focado em população e orientado para a comunidade, direcionando a promoção de saúde e prevenção de doenças através de programas educacionais, diagnósticos e preventivos⁶⁶;
- **Enfermagem de Atenção Primária/Enfermería de Atención Primaria/Primary Care Nursing:** Técnicas ou métodos de assistência ao paciente usados por enfermeiros enquanto cuidadores primários⁶⁶;
- **Enfermeiras de Saúde da Família/Enfermeras de Familia/Family Nurse Practitioners:** Enfermeiros registrados com graduação em enfermagem que fornecem assistência a pacientes de todas as idades, e que focam seus esforços nas necessidades de saúde de toda a família⁶⁶;
- **Violência/Violencia/Violence:** Comportamento agressivo individual ou grupal que não é aceitável socialmente, turbulento e muitas vezes destrutivo. Ele é precipitado por frustrações, hostilidade, preconceito etc.⁶⁶;
- **Violência Doméstica/Violencia Doméstica/Domestic Violence:** Problema universal que atinge milhares de pessoas, em grande número de vezes de forma silenciosa e dissimuladamente. Acomete ambos os sexos e não costuma obedecer a nenhum nível social, econômico, religioso ou cultural específico. Sua importância é relevante sob dois aspectos: devido ao sofrimento indescritível que imputa às suas vítimas, e porque pode impedir um bom desenvolvimento físico e mental da vítima. Inclui também a negligência precoce e o abuso sexual⁶⁶;
- **Maus-Tratos Infantis/Maltrato a los Niños/Child Abuse:** Abuso de crianças na família ou demais instituições⁶⁶;

- **Atenção Primária à Saúde/Atención Primaria de Salud/Primary Health Care:** *É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. (Declaração de Alma-Ata – Organização Pan-Americana da Saúde, 2003)⁶⁶;*
- **Saúde Pública/Salud Pública/Public Health:** *Ramo da medicina voltado para a prevenção e o controle de doenças e deficiências, e para a promoção da saúde física e mental da população tanto nos níveis internacional e nacional, como no estadual ou municipal⁶⁶.*

A seleção dos descritores de acordo com a pergunta de pesquisa e com cada dimensão da estratégia PICO está descrita na figura abaixo:

Figura 2 – Diagrama de seleção dos descritores

Após a escolha dos descritores que melhor definissem as dimensões da estratégia PICO para a pergunta de pesquisa formulada, foi elaborada a estratégia de busca, utilizando-se dos operadores *booleanos* OR e AND, conforme figura a seguir:

Figura 3 – Diagrama de combinação interna e externa dos operadores *booleanos*

Os operadores *booleanos* permitem realizar combinações internas e externas entre os descritores selecionados, inter-relacionando-os e definindo, assim, a estratégia final de busca a ser aplicada nas bases de dados. O operador *AND* permite fazer uma combinação do tipo restritiva, *OR*, uma combinação aditiva e *NOT*, uma combinação excludente⁶³.

Definidas as bases de dados, aplicou-se a estratégia de busca em cada uma delas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science* e Pubmed.

A descrição das buscas em cada base de dados e a quantidade de referências resgatas e selecionadas em cada uma delas serão apresentadas nos resultados desta pesquisa.

As buscas foram realizadas nos dias 13 e 15 de janeiro de 2015 e atualizadas no dia 28 de junho de 2017, utilizando as mesmas estratégias e critérios.

Os critérios de inclusão foram:

- Textos no formato de artigos científicos, contendo título e resumo;
- Versões completas gratuitas disponíveis na *internet* por meio da VPN (*Virtual Private Network* – Rede Privada Virtual) da Universidade de São Paulo;
- Idiomas em português, espanhol e/ou inglês.

Como critério de exclusão, consideraram-se:

- Artigos que não traziam, de alguma maneira, a discussão do trabalho de enfermeira(o)s no enfrentamento da violência doméstica contra a criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O ano de publicação não foi considerado como um critério de inclusão/exclusão, pois se pretendeu abranger todo o universo de referências indexadas nas bases de dados.

Após selecionadas, foram eliminadas as referências que estavam repetidas dentro das próprias bases (repetições internas) e, posteriormente, as referências repetidas entre as bases de dados (repetições externas), totalizando 24 artigos selecionados na primeira busca. Após atualização da revisão, mais 10 artigos foram incluídos. O conjunto final da revisão integrativa foi composto por 34 artigos.

Para melhor compreensão pelo leitor, os resultados e a discussão dessa revisão de literatura serão apresentados juntamente com os demais resultados e discussão desta pesquisa.

3.4 VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO

Para a validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança, foi utilizado o método para desenvolvimento e aplicação de Subconjuntos Terminológicos da CIPE® no Brasil, no âmbito da APS.

O método é fundamentado na pesquisa do tipo metodológica, atende aos critérios definidos pelo CIE e é constituído por três pré-requisitos e quatro etapas⁶⁷ (p.8):

Pré-requisitos

- 1. Identificação da clientela a que se destina e/ou a prioridade de saúde;*
- 2. Escolha do modelo teórico que vai estruturar o subconjunto;*
- 3. Justificativa da sua importância para a enfermagem.*

Etapas

Etapa 1 – Identificação de termos relevantes para a clientela e/ou a prioridade de saúde;

Etapa 2 – Mapeamento cruzado dos termos identificados com termos da CIPE®;

Etapa 3 – Construção de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem;

Etapa 4 – Estruturação do subconjunto;

Para construção do Subconjunto Terminológico para o Enfrentamento da Violência Contra a Criança, a presente pesquisa atualizou e validou o Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra Criança e Adolescente, na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva⁴⁰, com foco na violência contra a criança.

Após sucessivas discussões junto a pesquisadoras do Grupo de Pesquisa "Bases Teóricas e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva", algumas das quais são também autoras do livro "Atenção Primária em Saúde: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem"⁴¹, que apresenta as diretrizes para o desenvolvimento e a validação dos Subconjuntos Terminológicos da CIPE® no Brasil, chegou-se à conclusão de que, dadas as características do fenômeno social a partir do qual se construiu o presente Subconjunto Terminológico, o processo de validação por meio de estudo de casos clínicos não daria conta da complexidade do fenômeno da violência doméstica contra a criança.

Os estudos de casos utilizados para a validação de Subconjuntos Terminológicos da CIPE® no Brasil têm sido elaborados a partir da fundamentação teórica do modelo conceitual utilizado para o desenvolvimento do próprio Subconjunto e lançado mão das etapas do processo/consulta de enfermagem para sua operacionalização⁴¹. No caso da violência doméstica contra a criança, no entanto, seria necessário um número muito amplo de estudos de casos para representar a complexidade e a magnitude do fenômeno, o que inviabilizaria o

processo de validação pelas juízas/especialistas, dado o volume de informações e o tamanho do instrumento de validação.

Portanto, optou-se por construir um processo de validação que contemplasse todo o Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança e que seguisse o rigor metodológico do desenvolvimento e aplicação de Subconjuntos Terminológicos.

Sendo assim, baseou-se nas diretrizes da etapa 3 do método de elaboração dos Subconjuntos Terminológicos na APS no Brasil (etapa 3: Construção de enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem), para a qual as autoras destacam pontos importantes a serem seguidos⁶⁷ (p.18):

- 1. Descrição detalhada dos critérios para seleção, inclusão e exclusão dos juízes;*
- 2. Elaboração de uma carta-convite para os juízes, justificando sua seleção para a validação;*
- 3. Elaboração do conjunto de explicações específicas e gerais sobre a pesquisa, o que inclui obrigatoriamente o objetivo, as linhas gerais do modelo teórico, as formas de resposta e alguns conceitos que podem gerar dúvidas, a exemplo do conceito de resultado de enfermagem, cuja definição da CIPE® é diferente da de outros sistemas classificatórios;*
- 4. Tamanho (e apresentação) do instrumento e o tempo oferecido para devolução da resposta, pois geralmente os juízes desta área são pessoas com um volume considerável de atividades, o que pode impedir sua contribuição caso a temporalidade da resposta seja curta ou se o instrumento for muito grande.*

A validação foi dividida em duas fases (FASE 1 e FASE 2), sendo primeiramente validados os Diagnósticos e os Resultados de Enfermagem e, posteriormente, as Intervenções de Enfermagem para o conjunto de Diagnóstico e Resultados já validados^{67,39}.

Ancorada na TIPESC, Albuquerque (2014) desenvolveu as quatro fases para a construção do Subconjunto: identificação dos termos, mapeamento cruzado, elaboração dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções e estruturação do Subconjunto Terminológico. Primeiramente, desenvolveu-se uma pesquisa de revisão bibliográfica. Após a busca, foi utilizada a ferramenta PORONTO (ferramenta de código aberto e gratuita para extração de termos de textos em português na área da saúde) para extração dos termos presentes nos

artigos selecionados. Com os termos encontrados na literatura científica realizou-se um mapeamento cruzado para comparação com os termos existentes na base padronizada CIPE® versão 2011. Com os termos constantes e não constantes na CIPE® 2011 foi criado um banco de termos específicos da linguagem de enfermagem para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade para violência doméstica. A partir desse banco, foram construídos 141 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem e 226 Intervenções de Enfermagem que constituíram o Subconjunto Terminológico, resultado final da pesquisa. Os Diagnóstico/Resultado de Enfermagem do Subconjunto Terminológico foram divididos em dois subgrupos: de Promoção e de Causas, Manifestações e Consequências da Violência⁴⁰.

A partir do Subconjunto Terminológico de Albuquerque (2014), foram selecionados os Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem que tinham enfoque na violência doméstica contra a criança e procedeu-se com a atualização do Subconjunto junto à versão CIPE® 2015.

Posteriormente, foi construído um questionário eletrônico *on-line* para a validação do Subconjunto Terminológico.

Dado o referencial teórico desta pesquisa, os subgrupos descritos por Albuquerque (2014) serão aqui chamados de: Subgrupo de Fortalecimentos e Promoção e Subgrupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências da Violência.

Todas as etapas serão, detalhadamente, descritas a seguir, garantindo-se, assim, o rigor metodológico da pesquisa científica, que permite a reprodução do método por outros pesquisadores.

3.4.1 Atualização do Subconjunto Terminológico

Para a atualização, consideraram-se os 1.824 conceitos pré-coordenados da CIPE® 2015, sendo 805 conceitos referentes a Diagnósticos e Resultados e 1.019 referentes a Intervenções de Enfermagem⁶⁸.

Os conceitos pré-coordenados da CIPE® são um conjunto de afirmativas de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem que estão presentes na CIPE® desde sua versão 1.0, em 2005, com a finalidade de facilitar a elaboração de Subconjuntos Terminológicos⁶⁸.

A construção de afirmativas para compor o conjunto de conceitos pré-coordenados da CIPE® é um processo contínuo para que se possa contar, cada vez mais, com um número

maior de afirmativas prontas capazes de representar o domínio da profissão no que diz respeito aos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem. Desde 2005, com a versão CIPE® 1.0, é possível observar um aumento progressivo desses conceitos. E, à medida que novos conceitos pré-coordenados são construídos, diminuem-se os conceitos primitivos organizados no Modelo de Sete Eixos. Em 2005, a participação percentual dos conceitos pré-coordenados na versão CIPE® 1.0 era de 17% para 83% conceitos primitivos. Na versão CIPE® 2015, o percentual é de 44% conceitos pré-coordenados para 56% conceitos primitivos⁶⁸.

Dado isso, a atualização do Subconjunto Terminológico construído por Albuquerque (2014), foi realizada em duas etapas. A primeira etapa foi feita de forma independente por duas pesquisadoras diferentes do Grupo de Pesquisa "Bases Teóricas e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva", que selecionaram os Diagnósticos, Resultados e Intervenções a partir dos conceitos pré-coordenados constantes na CIPE® 2015 (que inclui também as versões anteriores). Na etapa seguinte, os Diagnósticos, Resultados e Intervenções foram analisados conjuntamente entre as duas pesquisadoras, a fim de discutir as divergências e estabelecer os consensos sobre quais Diagnósticos, Resultados e Intervenções seriam mantidos e/ou alterados.

3.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados diz respeito à etapa de construção do questionário eletrônico e de seu envio aos sujeitos da pesquisa.

Na FASE 1 (Validação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem), o questionário eletrônico ficou aberto pelo período de um mês, de 26 de março a 27 de abril de 2017.

Na FASE 2 (Validação das Intervenções de Enfermagem), o questionário eletrônico ficou aberto pelo período de dois meses e meio, de 13 de setembro a 28 de novembro de 2017.

3.4.2.1 Sujeito da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeira(o)s da área de terminologias de diagnósticos de enfermagem e da área de violência doméstica contra a criança, que compuseram o grupo de juízas especialistas para validação dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de

Enfermagem do Subconjunto Terminológico para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança.

Os critérios de inclusão de enfermeira(o)s no grupo de juíza(e)s especialistas para esta pesquisa foram baseados em Nóbrega, Cubas, Egry, Nogueira, Carvalho e Albuquerque (2015), foram os seguintes:

- Ser enfermeira(o);
- Utilizar terminologias de diagnósticos de enfermagem (neste caso, preferencialmente a CIPE®);
- Dedicar-se, direta ou indiretamente ao fenômeno da violência doméstica contra a criança, isto tanto na assistência como no ensino e/ou na pesquisa.

A seleção da(o)s especialistas foi feita por meio de buscas por autores das referências bibliográficas utilizadas nesta pesquisa, pela Plataforma Lattes e pela técnica de “bola de neve”, ou seja, solicitando às que fossem selecionadas que indicassem outra(o)s enfermeira(o)s que atendessem aos critérios de inclusão para participarem do estudo⁶⁶. A busca dos currículos na Plataforma Lattes foi baseada nos nomes dos grupos de pesquisa, área de atuação, participação em projetos e produção bibliográfica³⁹.

Como recomendam as autoras, após a seleção das especialistas, as formas de recrutamento foram feitas por meio de carta-convite (Apêndice B) enviada via *e-mail* e/ou mensagem eletrônica ou ainda por contato pessoal ou telefônico⁶⁷.

3.4.2.2 O instrumento de coleta de dados: construção de um questionário eletrônico on-line para validação do Subconjunto Terminológico da CIPE®

Como ferramenta para estruturação e sistematização do questionário eletrônico (Apêndice C), foi utilizado o *SurveyMonkey*®, que é um construtor de questionários *on-line*, disponível na *internet* e que oferece uma versão gratuita e para assinantes. A versão gratuita possui suporte limitado para recebimento de respostas dos questionários e, por isso, optou-se pelo *plano Gold* da versão para assinantes, que oferece os recursos de perguntas e respostas ilimitadas, bem como relatórios e exportação dos dados⁶⁹.

* Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/?>. Acesso em: 20 de janeiro de 2017.

A plataforma permite a elaboração de questionários *on-line*, envio via *e-mail* e por mensagens eletrônicas aos participantes e posterior geração de análise de texto, relatórios e integração com programas estatísticos⁶⁹.

A plataforma *SurveyMonkey*[®] também foi uma ferramenta utilizada em estudo realizado em 2014 para validação do Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Criança de 0 a 3 anos de idade³⁹.

Para melhor uso e aproveitamento da plataforma *SurveyMonkey*[®], foram realizados dois testes-pilotos, na Fase 1, anteriores ao envio definitivo do questionário eletrônico às juízas/especialistas avaliadoras para averiguar a clareza e a usabilidade (estrutura, interface e facilidade para usar) e o tempo estimado despendido para responder ao questionário.

O teste-piloto foi realizado junto às(aos) pesquisadora(e)s membros do Grupo de Pesquisa “Bases Conceituais e Metodológicas da Enfermagem em Saúde Coletiva”, do qual a pesquisadora faz parte.

No primeiro teste-piloto, observou-se que os respondentes levavam um tempo muito maior daquele que havia sido estimado para responder ao questionário. O tempo estimado era de, aproximadamente, 20 minutos, e o tempo que estava sendo despendido para responder ao questionário por completo era de 1 hora a 1 hora e meia.

Os respondentes avaliaram que a interface era agradável, porém a estrutura estava muito longa, pois, além dos enunciados dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, constavam também suas definições, o que demorava muito para ler.

Outra observação importante feita pelos respondentes foi que, para melhor compreensão do questionário, seria interessante dividir os Diagnósticos/Resultados e Intervenções em dois grupos diferentes: aqueles relativos à criança em situação de violência doméstica e aqueles relativos à família da criança em situação de violência doméstica. Para fins deste estudo, a definição de “criança” teve como base o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considerando-se desde o período fetal até a idade de 11 anos, 11 meses e 29 dias^{12,13}.

A reestruturação do questionário eletrônico foi realizada contemplando todos os aspectos apontados no primeiro teste-piloto e procedeu-se com um segundo teste-piloto, que mostrou que o questionário estava mais adequado para ser respondido pelo corpo de juízas/especialistas que participariam da validação dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções do Subconjunto Terminológico.

Para a avaliação da pertinência dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem, consideraram-se o seu significado e a sua relevância para prática clínica da(o) enfermeira(o). Para tanto, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), “o qual

*mede a porcentagem ou proporção de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens”*⁶⁷ (p.19).

Para o cálculo do IVC, na FASE 1 foi utilizada uma escala do tipo Likert com uma pontuação de 1 a 4, e tal pontuação expressa a importância/utilidade de cada item⁶⁷ (p.19).

- 1: Não pertinente;
- 2: Pouco pertinente, necessita de grande revisão;
- 3: Pertinente, necessita de pequena revisão;
- 4: Muito pertinente.

Além da escala de 1 a 4, cada item contou com um campo aberto para sugestões, alterações e comentários.

Especialmente para os itens que recebessem valor 2 na escala Likert, foram solicitadas as sugestões de alterações pela especialista avaliadora⁶⁷.

Já na FASE 2 da validação, a escala Likert não foi utilizada. No intuito de deixar o questionário mais dinâmico, optou-se pelo recurso de múltipla escolha, no qual a respondente deveria clicar nas Intervenções que mais lhe fossem pertinentes para contemplar os Diagnósticos/Resultados de Enfermagem validados.

O questionário eletrônico foi enviado em dois momentos (FASE 1 e FASE 2) e consistiu em perguntas relacionadas à caracterização da(o) participante (sexo, idade, formação, vinculação profissional e experiências na temática da violência doméstica contra a criança e em classificações de enfermagem) e em questões para avaliação da pertinência dos Diagnósticos e Resultados (FASE 1) ou Intervenções de Enfermagem (FASE 2) para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança. O tempo estimado para o preenchimento do questionário eletrônico foi de aproximadamente 20 minutos em cada fase.

A primeira fase teve como foco os Diagnósticos e Resultados de Enfermagem, e a segunda, as Intervenções de Enfermagem:

FASE 1: Instrumento para Validação de Diagnósticos e Resultados de Enfermagem do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança – FASE 1.

FASE 2: Instrumento para Validação de Intervenções de Enfermagem do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica

Contra a Criança – FASE 2.

O questionário eletrônico FASE 1 teve o total de 7 páginas:

1ª página: TCLE;

2ª página: Instruções de preenchimento;

3ª página: Identificação da respondente;

4ª página: Descrição de uma situação de violência doméstica contra a criança significativa para a juíza/especialista;

5ª e 6ª páginas: Diagnósticos e Resultados de Enfermagem;

7ª página: Reservada para caso a juíza/especialista quisesse indicar outra(o)s enfermeira(o)s com perfil para responder à pesquisa.

Após a leitura do TCLE na primeira página, a respondente era direcionada à pergunta de aceitação ou negação para seguir respondendo ao questionário. Caso a opção escolhida fosse “Não aceito”, o questionário seria contabilizado para fins estatísticos, porém a respondente não prosseguia na pesquisa.

Caso a respondente escolhesse a opção “Sim, aceito”, ela visualizaria as próximas etapas do questionário.

A próxima página continha as instruções para o preenchimento do questionário.

A terceira página (de identificação) continha informações sobre sexo, idade, formação na graduação e pós-graduação, vinculação profissional e experiência na temática de violência doméstica contra a criança, CIPE® e classificações de enfermagem.

Na quarta página, havia um espaço em que a juíza/especialista, de forma facultativa, podia descrever um caso de violência doméstica contra a criança que tivesse sido significativo para ela, bem como anexar alguma imagem que expressasse a sua visão sobre a violência doméstica contra a criança. Essas informações seriam utilizadas posteriormente, caso a pesquisadora quisesse proceder com uma análise qualitativa das informações e das imagens, a fim de complementar a análise dos dados da avaliação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem propriamente ditos.

A quinta e sexta páginas traziam os Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relacionados à criança e Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relacionados à família.

Internamente, o conteúdo do questionário da FASE 1 estava dividido nestes dois subgrupos, sendo:

- ✓ 94 enunciados de Diagnósticos, com seus respectivos Resultados de Enfermagem, relativos à criança em situação de violência doméstica;
- ✓ 47 enunciados de Diagnósticos, com seus respectivos Resultados de Enfermagem, relativos à família da criança em situação de violência doméstica.

A sétima e última página do questionário eletrônico era reservada para indicação de outra(o)s enfermeira(o)s que tivessem perfil para responder à pesquisa.

Importante ressaltar que tanto as páginas que continham os enunciados dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relativos à criança e à família quanto os enunciados contidos em cada uma dessas páginas foram construídos de forma randomizada, ou seja, a cada respondente a página e os enunciados eram apresentados em uma ordem diferente, evitando, assim, os vícios de resposta.

O questionário eletrônico FASE 2 teve o total de 9 páginas:

1ª página: TCLE;

2ª página: Identificação da respondente;

3ª página: Apresentação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem já validados na Fase 1 do estudo;

4ª página: Apresentação da estrutura do instrumento de validação da FASE 2;

5ª, 6ª e 7ª páginas: Intervenções de Enfermagem;

8ª página: Agradecimentos;

9ª página: Reservada para caso a juíza/especialista quisesse indicar outra(o)s enfermeira(o)s com perfil para responder à pesquisa

As primeiras páginas eram semelhantes ao questionário da FASE 1, com o TCLE na primeira página, e a identificação da respondente na segunda.

A terceira página trazia as listas de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem já validados na FASE 1 e oferecia a possibilidade de a respondente indicar aqueles que julgasse mais potentes para compor o Subconjunto final. As listas de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem eram apresentadas em ordem alfabética, dentro dos seguintes grupos:

- ✓ 20 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem do Grupo de Fortalecimentos e Promoção relativos à criança;
- ✓ 14 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem do Grupo de Fortalecimentos e Promoção relativos à família;
- ✓ 57 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem do Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências relativos à criança;
- ✓ 24 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem do Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências relativos à criança.

A quarta página apresentava os grupos de Intervenção de Enfermagem contidos no instrumentos e que seriam avaliados nas próximas páginas.

A quinta, sexta e sétima páginas continham as Intervenções em ordem alfabética e divididas nos seguintes grupos:

- ✓ 47 Intervenções de Enfermagem pertinentes a ambos os grupos (de Fortalecimentos e Promoção e de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências);
- ✓ 39 Intervenções de Enfermagem pertinentes ao grupo de Fortalecimentos e Promoção;
- ✓ 189 Intervenções de Enfermagem pertinentes ao grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências.

A oitava página era de agradecimento pela participação na pesquisa, e a nona, reservada para indicação de outros contatos.

Da mesma forma que a FASE 1, as páginas contendo as Intervenções de Enfermagem (5ª, 6ª e 7ª páginas) foram randomizadas entre si.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A etapa de revisão da literatura não prevê apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa. Porém, para a etapa de validação do Subconjunto Terminológico, a qual envolveu a participação de pessoas nas suas mais diversas condições de seres humanos e trabalhadores, foram obedecidas as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. A Resolução 466 dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e sobre as questões relativas ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)⁷⁰. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EE/USP e aprovado sob o número de parecer 1.433.634 (CAAEE 52639416.1.0000.5392), em 02/03/2016 (Anexo A).

A coleta dos dados só ocorreu após os esclarecimentos dos aspectos relativos à pesquisa e a assinatura do TCLE (Apêndice D), os quais se deram de forma eletrônica, dada a característica desta pesquisa.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A pesquisa contou com dados primários e secundários, sendo os primários a coleta de dados da validação do Subconjunto Terminológico, e os secundários, os artigos encontrados na revisão integrativa da literatura.

A análise de dados foi apoiada na fundamentação teórica que embasou a construção desta pesquisa, ou seja, no materialismo histórico e dialético a partir da TIPESC e suas categorias conceituais e dimensionais.

Especificamente para o processo de validação do Subconjunto Terminológico, foi utilizado o IVC, que mede a porcentagem de concordância das respostas e considerações das juízas/especialistas avaliadoras. A validade dos itens foi considerada de acordo com o número de especialistas recrutadas, sendo validados os itens com concordância $IVC > 0,79^{67}$. O tratamento estatístico, a descrição e a interpretação dos dados quantitativos foram apoiados por recursos de análise quantitativa e contou com assessoria de profissional estatístico especializado na área.

4 Resultados

4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa, provenientes dos dados primários e secundários, estão apresentados em dois grandes tópicos: a revisão integrativa da literatura sobre como a(o)s enfermeira(o)s têm atendido os casos de violência doméstica contra a criança na APS/AB/ESF e a validação, propriamente dita, dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem do Subconjunto Terminológico.

Abaixo seguem os resultados dos dados secundários obtidos com a revisão integrativa da literatura. Na sequência, os resultados detalhados da validação do Subconjunto.

4.1 O QUE OS ESTUDOS CIENTÍFICOS TÊM MOSTRADO QUANTO ÀS FORMAS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA PELA(O)S ENFERMEIRA(O)S?

Nesta sessão são apresentados os resultados da revisão integrativa de literatura, que teve como pergunta de pesquisa: Como a(o)s enfermeira(o)s têm atendido a violência doméstica contra a criança na APS?

Foram selecionados trabalhos do tipo artigo científico e que abordassem a atuação da(o)s enfermeira(o)s no atendimento de casos de violência doméstica contra a criança no âmbito da APS, no contexto nacional e internacional.

A seguir seguem os resultados da estratégia de busca PICO aplicada a cada uma das bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science* e Pubmed. A quantidade de referências resgatas e selecionadas em cada uma delas pode ser consultada abaixo:

Figura 4 – Estratégia de busca aplicada à base de dados BVS, com descritores em português **Figura 5** – Estratégia de busca aplicada à base de dados BVS, com descritores em espanhol

Figura 6 – Estratégia de busca aplicada à base de dados *Web of Science*, com descritores em inglês

Figura 7 – Estratégia de busca aplicada à base de dados Pubmed, com descritores em inglês

Como observado nos diagramas acima, 22 artigos foram resgatados na base de dados Web of Science e 2, na Pubmed, totalizando 24 artigos.

Após atualização da revisão integrativa, foram incluídos mais 10 artigos, totalizando 34 artigos.

Figura 8 – Diagrama de atualização da revisão integrativa

O quadro abaixo sintetiza os artigos selecionados para fins desta pesquisa por autores, título, país de origem, periódico e ano.

Quadro 1 – Artigos científicos selecionados a partir da revisão integrativa da literatura, 2017

AUTORES	TÍTULO	PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO	ANO
Mathews B, Yang C, Lehman EB, Mincemoyer C, Verdiglione N, Levi BH	Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and attitudes about reporting child maltreatment: a randomized controlled trial ⁷¹	EUA	PLOS ONE	2017
Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC	Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care ⁷²	Brasil	REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM	2017
Turner W, Broad J, Drinkwater J, Firth A, Hester M, Stanley N, Szilassy E, Feder G	Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: a systematic review ⁷³	Reino Unido	CHILD ABUSE REVIEW	2017
Carlos DM, Ferriani MGC	Family violence against children and adolescents in context: how the territories of care are imbricated in the picture ⁷⁴	Brasil	REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM	2016
Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC	Violence against children: the routine of the professionals in the Primary Health Care ⁷⁵	Brasil	REVISTA RENE	2016
Oliveira LB, Soares FA, Silveira MF, Pinho L, Caldeira AP, Leite MTS	Domestic violence children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professionals ⁷⁶	Brasil	REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM	2016
Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS	Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazil city ⁷⁷	Brasil	REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	2015
Hooker L, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Taft A	Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mix method process evaluation of a randomised controlled trial ⁷⁸	Austrália	IMPLEMENTATION SCIENCE	2015
Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA	The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial ⁷⁹	Holanda	PLOS ONE	2015
Rolim ACA, Moreira GAR, Gondim SMM, Paz SS, Vieira LJES	Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care ⁸⁰	Brasil	REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM	2014
Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM	Factors associated with the reporting of child and adolescent abuse in primary healthcare ⁸¹	Brasil	CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	2014

(continua)

(continuação)

AUTORES	TÍTULO	PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO	ANO
Kendall S, Bloomfield L, Appleton J, Kitaoka K	Efficacy of a group-based parenting program on stress and self-efficacy among Japanese mothers: a quasi-experimental study ⁸²	Japão	NURSING & HEALTH SCIENCES	2013
Schols MWA, Ruiter C, Ory FG	How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study ⁸³	Holanda	BMC PUBLIC HEALTH	2013
Souza RG, Santos DV	Facing the children abuse at Family Health Units: the performance of nurses ⁸⁴	Brasil	PHYSIS REVISTA DE SAÚDE COLETIVA	2013
Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC	Science, Public Health and Nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis ⁴⁶	Brasil	REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM	2013
Apostólico MR, Hino P, Egry EY	Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations ⁸⁵	Brasil	REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	2013
Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R	Primary care nurses' approach to cases of violence against children ⁸⁶	Brasil	REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM	2013
Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J	Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children ⁸⁷	Escócia	BMC PUBLIC HEALTH	2013
Davidov DM, Nadorff MR, Jack SM, Coben JH	Nurse Home Visitors' perspectives of mandatory reporting of children's exposure to intimate partner violence to child protection agencies ⁸⁸	EUA	PUBLIC HEALTH NURSING	2012
Davidov DM, Jack SM, Frost SS, Coben JH	Mandatory reporting in the context of Home Visitation Programs: intimate partner violence and children's exposure to intimate partner violence ⁸⁹	EUA	VIOLENCE AGAINST WOMEN	2012
Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES	Mandatory reporting of child abuse by professionals of Family Health Teams ⁹⁰	Brasil	CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA	2010
Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M	Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis ⁹¹	Austrália	INTERNATIONAL JOURNAL OF NURSING STUDIES	2010

(continua)

(continuação)

AUTORES	TÍTULO	PAÍS DE ORIGEM	PERIÓDICO	ANO
Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS	Health care professionals' approaches to address family violence against children and teenagers ⁹²	Brasil	ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM	2009
Gonzalez A, MacMillan HL	Preventing child maltreatment: an evidence-based update ⁹³	Canadá	JOURNAL OF POSTGRADUATE MEDICINE	2008
Evanson TA	Addressing domestic violence through maternal-child health home visiting: what we do and do not know ⁹⁴	EUA	JOURNAL OF COMMUNITY HEALTH NURSING	2006
MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, Gafni A	Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial ⁹⁵	Canadá	LANCET	2005
Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M	Child abuse prevention in Japan: an approach to screening and intervention with mothers ⁹⁶	Japão	PUBLIC HEALTH NURSING	2004
Crisp BR, Lister PG	Child protection and public health: nurses' responsibilities ⁹⁷	Escócia	JOURNAL OF ADVANCED NURSING	2004
Kelleher L, Johnson M	An evaluation of a volunteer-support program for families at risk ⁹⁸	Austrália	PUBLIC HEALTH NURSING	2004
DeMay DA	The experience of being a client in an Alaska Public Health Nursing Home Visitation Program ⁹⁹	Alasca	PUBLIC HEALTH NURSING	2003
Paavilainen E, Tarkka MT	Definition and identification of child abuse by Finnish Public Health Nurses ¹⁰⁰	Finlândia	PUBLIC HEALTH NURSING	2003
Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen M	School nurses' operational modes and ways of collaborating in caring for child abusing families in Finland ¹⁰¹	Finlândia	JOURNAL OF CLINICAL NURSING	2000
Biehler JL, Sieck C, Bonner B, Steumky JH	A survey of health-care and child protective services provider knowledge regarding the Toe Tourniquet Syndrome ¹⁰²	EUA	CHILD ABUSE & NEGLECT	1994
Saunders EJ, Goodall K	A social services-public health partnership in child protection: a rural ¹⁰³	EUA	PUBLIC HEALTH REP.	1985

(conclusão)

Esta revisão integrativa não delimitou um período específico em sua estratégia de busca, tendo sido resgatados artigos desde o ano 1985 até 2017.

Do total de 34 artigos, 13 foram publicados no Brasil, 06 no EUA, 03 na Austrália, 02 na Finlândia, 02 no Canadá, 02 na Escócia, 02 Japão, 02 Holanda, 01 no Alasca e 01 Reino Unido.

Os resultados da revisão integrativa estão apresentados a seguir, abordando os temas: Como a(o)s enfermeira(o)s estão atendendo à violência doméstica contra a criança no contexto da APS e O enfrentamento da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s no âmbito da AB no Brasil.

4.1.1 Como a(o)s enfermeira(o)s estão atendendo aos casos de violência doméstica contra a criança no contexto da Atenção Primária à Saúde?

Na perspectiva do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, realizou-se uma revisão na literatura científica a fim de identificar como estes estão atendendo aos casos de violência doméstica contra a criança no contexto da APS/AB/ESF.

Nos estudos encontrados a partir da revisão sistemática da literatura científica, a atuação da(o)s enfermeira(o)s na APS/AB/ESF no atendimento da violência doméstica contra a criança aparece como um trabalho fundamental na identificação, na intervenção e na condução dos casos, uma vez que esses trabalhadores ocupam uma posição privilegiada no acompanhamento de crianças e suas famílias, porque estão muito próximos delas e, ao mesmo tempo, mantêm contato com os demais trabalhadores e com a rede de atenção à criança^{72,74,82,83,88,89,91,94,97,98,99,100,101,103}.

Os achados que mais contribuíram para uma atuação efetiva da(o)s enfermeira(o)s e uma satisfação profissional com o trabalho que estavam desenvolvendo foram: reconhecer o seu papel na atuação no enfrentamento da violência contra a criança; ter a obrigação legal de intervir em casos de violência; agir em integração e colaboração com outra(o)s trabalhadora(e)s; poder contar com suporte de uma rede integrada de serviços de proteção à criança; ter treinamentos e desenvolver conhecimentos e habilidades para lidar com as situações de violência contra a criança (habilidades de integração, intuição pelos anos de experiência, conhecer a criança e a família)^{72,75,80,82,83,89,90,91,99,100,101,103}.

Em contrapartida, referiram que são condições que limitam sua atuação no enfrentamento da violência contra a criança: o despreparo; as dificuldades pessoais e dos serviços e da rede de proteção (medo de envolvimento; não ter o que fazer ou para onde

referenciar; falta de trabalhadores, não ter suporte de outros serviços); as deficiências na formação profissional; a falta de clareza sobre o papel a ser desempenhado; a falta de clareza na

definição das violências e dos maus-tratos infantis; a sobrecarga de trabalho; a falta de tempo e o receio de invadir a privacidade da família e perder o vínculo com ela^{72,74,75,78,80,81,84,86,88,89,90,91,92,94,97,100,101}.

Por vezes, essas dificuldades resultam em atuações muito restritas em relação ao cuidado e à proteção às crianças, nas quais a(o)s enfermeira(o)s concentram sua atenção nos marcadores clínicos, de crescimento e desenvolvimento contra a criança e de imunização^{78,86,97,101}.

Os trabalhadores de saúde (e também da educação) apresentam mais facilidade para detectar sinais e sintomas clínicos, como no caso da violência física. Já aspectos subjetivos da violência são mais difíceis de serem identificados, como no caso da violência emocional e da negligência. Aspectos sociais (pobreza, exclusão social, falta de recursos financeiros, desemprego), de cultura de criação dos filhos e o fato de a(o)s própria(o)s enfermeira(o)s sofrerem ou terem sofrido algum tipo de violência podem confundir a avaliação desses profissionais em relação às questões subjetivas da violência. Isso gera medo, insegurança e receio em intervir e invadir a privacidade da família. Ao mesmo tempo, gera receio ao negar que algo mais grave possa estar acontecendo^{75,83,84,86,87,92,96,97,100,101}.

Algumas dificuldades relacionadas a questões culturais, por exemplo, foram encontradas em estudo realizado no Japão, em 2004, onde a atuação da(o)s enfermeira(o)s de Saúde Pública é dificultada pela característica cultural de as famílias serem mais fechadas e reservadas e de as mães japonesas serem mais cobradas e responsabilizadas pela criação de seus filhos, gerando angústias e sofrimento⁹⁶.

Para o estabelecimento de ações em relação ao enfrentamento da violência doméstica contra a criança é importante compreender tais características culturais, uma vez que abusos físicos e emocionais contra as crianças pelas mães podem ser gerados devido à excessiva cobrança por parte da sociedade e das famílias de que as mulheres devem ser, sozinhas, as responsáveis pela criação e pelo comportamento dos filhos, enquanto os homens se dedicam ao trabalho e aos negócios⁹⁶.

Em contrapartida, outro estudo realizado também no Japão, em 2009, revelou que mães que participaram de um programa baseado em discussão em grupos realizado por enfermeira(o)s de Saúde Pública foram beneficiadas, por ser uma oportunidade de as mulheres compartilharem suas experiências e se sentirem mais seguras, sabendo que não

estavam sozinhas em suas dificuldades. Além disso, os níveis de estresse das mães com a criação dos filhos diminuíram, e a eficácia no desempenho desse papel aumentou, levando, inclusive, à hipótese de que esse suporte dado pela(o)s enfermeira(o)s com a criação dos filhos pode reduzir o abuso e a negligência contra a criança⁸².

Ainda pouco discutidas na literatura científica, iniciativas importantes por parte de alguns pesquisadores têm trazido à tona discussões de gênero, geração e relações de poder, dando outras perspectivas para o reconhecimento, a identificação e o enfrentamento do fenômeno da violência doméstica contra a criança^{46,74,77,104,103}.

Estudo realizado com dados das notificações de violência, referentes ao período de 2004 a 2012, da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência do município de Curitiba, Brasil, mostrou um perfil da negligência contra a criança. As mulheres (mães ou cuidadoras) foram as mais notificadas como sendo as responsáveis pela negligência às crianças. No entanto, sob um olhar de gênero, as pesquisadoras discutem as questões de imposição às mulheres do papel de únicas cuidadoras das famílias e dos lares, isentando o homem dessa tarefa. Sobre as mulheres recaem todas as expectativas, inclusive dos próprios serviços de saúde, de serem as responsáveis pelos cuidados das crianças, e, quando falham nessa tarefa, são consideradas as principais agressoras no caso da violência contra a criança por negligência⁷⁷.

Apesar de sinais e sintomas clínicos serem, por vezes, relatados por trabalhadores de saúde como dados mais fáceis e objetivos para a identificação da violência, é preciso atentar para casos que podem, inclusive, confundir a avaliação e gerar encaminhamentos equivocados.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, em 1994, com enfermeira(o)s, médicos e demais trabalhadores que atuam na área de bem-estar da criança, mostrou que a maioria (62%) respondeu que os ferimentos presentes na síndrome do torniquete eram sugestivos de abuso contra a criança e reportaria o caso para as autoridades competentes (61%). Porém, os autores chamam a atenção para o fato de que dos 25 casos de síndrome do torniquete relatados na literatura científica nenhum deles tinha o abuso contra a criança como condição causadora¹⁰².

A síndrome do torniquete é uma constrição de alguma extremidade corporal (dedo, pênis, clitóris) causada pelo estrangulamento por materiais do tipo barbante, lã, fibras de algodão, cabelo de anjo de decoração natalina e, mais frequentemente, por fio de cabelo humano devido à sua característica de esticar quando está molhado e contrair quando está seco. Acredita-se que algumas condições podem estar relacionadas à síndrome, tais como o

uso de vestimentas encobrendo os pés e o reflexo plantar excessivo das crianças. A constrição resulta em comprometimento do retorno venoso distal, edema, inflamação severa e, em alguns casos, laceração e necrose¹⁰².

A atuação de enfermeira(o)s que mostrou maior potencial de enfrentamento da violência doméstica contra a criança foi no contexto do domicílio. A combinação de um relacionamento de confiança e intimidade e a oportunidade de observarem o ambiente doméstico possibilitou o reconhecimento de uma situação potencial ou de agravamento de violência^{74,78,79,83,84,88,89,93,94,97,98,99,103}.

No contexto do domicílio, pistas de violência doméstica podem ser observadas em danos em portas, móveis e paredes, presença de álcool e drogas, tensões, papéis familiares muito rígidos, desconfianças, altos níveis de ansiedade demonstrados pelas crianças e suas mães, comportamentos violentos das crianças, histórico familiar de violência e indicadores de abuso no histórico pessoal ou no exame físico⁹⁴.

Além da violência direta contra as crianças, no ambiente do domicílio é possível estar mais atenta para as violências indiretas sofridas por elas, como, por exemplo, as privações materiais e de infraestrutura, a exclusão e o abandono social, o desemprego dos pais, as relações de poder e a violência por parceiros íntimos enfrentada, geralmente, pelas mulheres (mães, gestantes)^{74,88,89}.

O espaço da visita domiciliária (VD) dá oportunidade para a(o)s enfermeira(o)s conversarem abertamente com a família e levantarem a discussão de situações em que estejam acontecendo abuso contra a criança⁸⁹.

São também oportunidades de serem desenvolvidas as relações de confiança, que podem facilitar a identificação e as respostas de casos de mulheres que estejam expostas à violência por parceiro íntimo⁸⁹.

Quanto à notificação e à intervenção da(o)s enfermeira(o)s no espaço das VD, uma das potencialidades e, ao mesmo tempo, dificuldades, é o estabelecimento dessa relação próxima e de confiança com a família, especialmente com as mães que sofrem violência por parceiro íntimo. Muitas vezes, as mães não revelam a violência sofrida por medo de perderem suas crianças e pelo papel notificador que a(o)s enfermeira(o)s têm⁸⁹.

Por isso, a importância de uma atuação que vá além da notificação dos casos. É preciso trabalhar na direção de emancipar essas mulheres, dar suporte para que desenvolvam habilidades de criação de seus filhos, não fazer julgamentos, não acusar ou ser impositiva(o), mas compartilhar com elas o que querem que seja feito depois que a agressão é revelada e como a(o) enfermeira(o) pode ajudá-la a superar a situação. É também importante esclarecer o

papel dos serviços de proteção à criança e dos demais serviços que podem ser acessados^{77,89,99}.

Apesar de existirem lacunas em relação ao potencial papel da(o)s enfermeira(o)s atuando em VD para prevenção, identificação e intervenção na violência doméstica⁹⁴, alguns estudos exploram essa discussão^{79,89,93,95,97,98,99}.

Um estudo realizado na Holanda, de 2007 a 2009, teve por objetivo investigar os efeitos do programa de visita domiciliária de enfermeira(o)s (*VoorZorg* holandês, baseado no *Nurse-Family Partnership*) sobre os maus-tratos infantis em famílias jovens desfavorecidas. Concluiu-se que o programa é uma intervenção eficaz que previne os maus-tratos infantis e melhora questões relacionadas ao ambiente domiciliar e ao comportamento das crianças. O número de relatórios para o serviço de proteção à criança também foi significativamente menor, nos três anos de vida da criança, para do grupo que recebeu a intervenção da(o)s enfermeira(o)s do que para do grupo controle⁷⁹.

Um estudo realizado na Escócia, em 2002, mostrou alinhamentos das responsabilidades de proteção à criança com enfermeira(o)s de comunidade, principalmente a(o)s visitadora(e)s de saúde. Houve evidências de que um suporte mais amplo impacta as melhorias no bem-estar das crianças, e as VD têm proporcionado melhorias nas habilidades para criação dos filhos por parte dos pais, no ambiente da casa, no comportamento das crianças, na redução de ferimentos acidentais, na detecção da depressão pós-parto e no suporte social. Essa(e)s enfermeira(o)s têm sido a(o)s principais detectora(e)s da violência contra a criança no domicílio⁹⁷.

Enfermeira(o)s que não trabalham diretamente com crianças, mas que estão envolvida(o)s no cuidado de famílias, pais ou cuidadores das crianças, precisam também estar atenta(o)s e terem treinamentos para detectar situações conflituosas quanto à proteção às crianças⁹⁷.

Outro cuidado a ser tomado é ter uma definição clara do papel dessa(e)s enfermeira(o)s visitadora(e)s, para que não haja confusão entre atuar como trabalhadora(e)s que promovem a saúde e serem agentes fiscalizadora(e)s do Estado, encarregada(o)s, somente, de identificar e denunciar situações de violência contra a criança⁹⁷.

Um dos estudos realizado no Canadá, entre 1995 e 1996, mostrou que não houve diferença significativa quanto à prevenção de recorrência de eventos de abuso e negligência contra a criança quando um programa de proteção infantil foi intensificado com VD. Ao contrário do esperado, as taxas hospitalares registraram aumento desses eventos no grupo que recebeu mais VD. Mas os autores destacaram que isso pode ter ocorrido pelo fato de a(o)s

enfermeira(o)s terem acompanhado as famílias desse grupo com mais frequência, identificando, assim, mais necessidades de cuidados às crianças⁹⁵.

Um outro grande estudo realizado no Alasca, entre 1991 e 1995, comparou dois grupos de gestantes que foram atendidas por um serviço de enfermagem em Saúde Pública e por um programa de VD de enfermeira(o)s de Saúde Pública, que realizavam duas vezes mais visitas à gestante, desde o pré-natal até os seis meses de idade da criança. Quando solicitadas a descrever as experiências, as mulheres acompanhadas pelo primeiro serviço demonstraram menos aprendizados relativos ao período de gestação (período em que recebiam menos visitas das enfermeiras) e relataram com menos detalhes as experiências vivenciadas do que as mulheres acompanhadas pelo segundo serviço. Os principais achados em relação ao segundo grupo de mulheres foi que este obteve conhecimentos e aprendizados relativos à gestação, aos bebês/crianças e seus cuidados e ao desenvolvimento infantil. Para essas mulheres, a(o)s enfermeira(o)s que as acompanharam ainda significaram um apoio e suporte, ajudando-as a fazer escolhas, sem julgamentos, com respeito e definindo problemas, preocupações e soluções de forma conjunta e compartilhada⁹⁹.

Destaque foi dado à boa interação entre a(o)s enfermeira(o)s e as mulheres usuárias do programa de VD, sendo permeada por uma boa escuta, sem julgamentos, sem paternalismo e com a finalidade de emancipar essas mulheres. Como sugestão ao programa, este poderia ser mais flexível, adequando o número e a duração das VD de acordo com a necessidade e a condição de cada mulher/família⁹⁹.

O *Nurse-Family Partnership* e o *Early Start* são programas dos Estados Unidos com foco em saúde materna e infantil e baseados em VD feitas por enfermeira(o)s para acompanharem famílias e mães primigestas em situações de vulnerabilidade. Esses programas têm mostrado efeitos consistentes na redução de notificações de maus-tratos e abuso contra a criança, associados a benefícios adicionais na saúde materna e infantil dessas famílias^{89,93}.

Outra experiência um pouco diferente das anteriores foi relatada na Austrália, em 2004. Enfermeira(o)s treinaram 60 voluntários da comunidade, recrutados por meio de anúncio em jornal local. O programa de treinamento previa conteúdo sobre desenvolvimento infantil, cuidados de saúde materna e da família e como a família poderia encontrá-los, negligência e abuso contra a criança e como acessar os vários recursos de cuidado à saúde e da comunidade. O programa tinha como objetivo treinar os voluntários para atuarem em VD dando suporte a famílias em situação de vulnerabilidade. Os resultados dessa experiência foram de melhorias em sete principais aspectos das famílias acompanhadas: acesso ao sistema de assistência social, habilidade de enfrentamento do estresse, autoestima, confiança dos pais em

desempenhar seus papéis, expectativas em relação à criança, interações positivas com a criança e capacidade de resposta às necessidades da criança⁹⁸.

A experiência do programa foi bem avaliada não só porque possibilitou que as novas mães pudessem compartilhar suas alegrias, dúvidas e preocupações, mas também por propiciar uma atuação na comunidade com expansão da rede de relacionamento, diminuindo o isolamento social e contribuindo para a redução do estresse e dos conflitos na família. Em última instância, reduziu o abuso e a negligência infantis. Uma das limitações foi o não envolvimento dos pais ou parceiros das mães devido ao período de realização das VD ser durante o dia ou porque estes se ausentavam quando o voluntário chegava na casa⁹⁸.

O programa permitiu complementar outros serviços de saúde materna e infantil e serviços especializados que já existiam e eram oferecidos por enfermeira(o)s de comunidade. A(o)s enfermeira(o)s tiveram um papel essencial na organização do programa e nos treinamentos dos voluntários, atuando nos momentos educativos, dando suporte constante aos participantes, bem como facilitando o acesso das famílias aos serviços, quando solicitado⁹⁸.

Os autores chamam a atenção para o fato de as VD feitas pelos voluntários treinados não serem uma resposta total efetiva para proteção infantil e suporte para família, mas que podem contribuir para o desenvolvimento de programas similares que possibilitem o aumento do acesso das famílias aos serviços disponíveis⁹⁸.

Treinamentos mais integrados à realidade, investimentos na melhoria de habilidades e definição das competências específicas da(o)s enfermeira(o)s para o enfrentamento da violência contra a criança, suportes e supervisão contínuos e políticas públicas bem delineadas são cruciais para o manejo dos casos de violência doméstica contra a criança^{73,76,81,83,86,88,89,90,91,92,94,97,100,101}. Possibilidades de discussões em contatos formais e informais com colegas de trabalho também poderia ser uma forma de oferecer e receber suporte para o manejo desses casos^{100,103}.

Programas de treinamento e de identificação do conhecimento e das atitudes dos trabalhadores de saúde em relação à violência doméstica contra a criança foram avaliados na literatura científica, porém, destaca-se que a intervenção pontual não é efetiva, sendo necessários reforços periódicos e acompanhamento desses trabalhadores ao longo do tempo^{73,76}.

Estabelecer diretrizes e regulamentações e aumentar os conhecimentos dos trabalhadores não são medidas suficientes. É preciso mais recursos, suportes emocionais, tempo, políticas públicas e menos burocracia para que os trabalhadores estejam mais seguros

e mais bem preparados para lidarem com os casos de violência doméstica contra a criança^{71,73,83,89,90,92,103}.

Partindo da premissa de que o objeto de atenção da(o)s enfermeira(o)s no campo da Saúde Coletiva são as necessidades em saúde, a articulação política entre os diversos setores (saúde, educação, moradia, segurança etc.), moradores e movimentos sociais é uma possibilidade de transformação da realidade objetiva frente à violência doméstica contra a criança, uma vez que, ao intervir nos modos de produção e reprodução da vida das pessoas, interfere-se também na raiz dos problemas sociais.

O trabalho integrado de enfermeira(o)s com outros trabalhadores das mais diversas áreas (social, educação, segurança, advocacia, especialidades médicas, psicologia) potencializa uma ação de enfrentamento da violência contra a criança. Trabalhadores, como assistentes sociais, diretores de escola e professores também estão em constante contato com as crianças e podem ser cruciais na identificação e na prevenção de abuso contra a criança. Policiais, vizinhos, pais, parentes, colegas das crianças e as próprias crianças são sujeitos a serem considerados na formação de uma rede de proteção à criança e de um trabalho em equipe para esta rede^{83,101,103}.

São necessários recursos e suportes adequados à(o)s enfermeira(o)s, tais como condições de trabalho, treinamentos/capacitações/educação permanentes, periódicos e sistemáticos, interesse político, tempo, ambiente de trabalho motivador, satisfação, segurança, recursos financeiros sistemáticos, pesquisa científicas sérias, políticas públicas, direitos trabalhistas assegurados, trabalhadores suficientes e rede de serviços integrada para que tenham estrutura e desenvolvam as habilidades necessárias para o manejo das complexas situações de violência doméstica contra a criança^{80,83,84,86,88,89,90,91,92,94,97,100,101}. Caso contrário, poucas serão as iniciativas, pontuais, isoladas e individuais que terão sucesso no enfrentamento da violência doméstica contra a criança e esta continuará sendo uma questão do âmbito privado da família e não um problema de ordem social e dever do Estado.

No âmbito da AB, o trabalho da Enfermagem está cada vez mais imbricado no manejo de situações que envolvem fenômenos sociais complexos, como é o caso da violência, articulando com a rede e sendo referência para os casos ou fenômenos que acontecem no âmbito individual (da pessoa) e que estão reconhecidamente inseridos em contextos mais singulares (da família), particulares (do grupo social) e estruturais (modo de produção, políticas públicas).

Para isso é preciso atuar para além dos sinais e sintomas e considerar as raízes dos problemas sociais, buscando formas de superação pelo indivíduo, pela família, pelo grupo social, pela sociedade e pelas políticas públicas. São necessários recursos e estratégias que possibilitem uma atuação que supere as orientações de enfermagem na dimensão singular e que atue, de fato, na garantia dos direitos e deveres à saúde das pessoas, compreendendo o território e a rede de atenção, aprimorando habilidades de comunicação, interação, argumentação e mobilização com os demais trabalhadores da rede, com as pessoas e com as famílias.

No caso da garantia dos direitos, necessidades e deveres das crianças e dos adolescentes, no Brasil, estes estão assegurados por legislações específicas, como, por exemplo, o ECA, que os prevê como dever da família, da comunidade e da sociedade em geral¹²:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (p.7).

Nesse sentido, a enfermagem, como parte integrante da sociedade, deve se reconhecer como responsável por esses deveres, mas não atuar isoladamente e sem o respaldo das demais instâncias, que têm igual responsabilidade pela proteção às crianças. Sua atuação tem potencial para ser articuladora dos demais atores e setores da sociedade, intervindo nas necessidades em saúde e buscando estratégias articuladas de superação da violência doméstica contra a criança, mas não pode ser considerada fora do contexto histórico e social da construção da profissão e nem do trabalho em saúde. Contextos estes que determinam as dificuldades enfrentadas pela(o)s enfermeira(o)s, bem como as possibilidades de intervenção na realidade.

4.1.2 O enfrentamento da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s no âmbito da Atenção Básica no Brasil

Em consonância com os achados internacionais sobre a atuação da(o)s enfermeira(o)s no enfrentamento da violência doméstica contra a criança, em âmbito nacional os resultados são bastante semelhantes em relação às potencialidades, às fragilidades e aos desafios.

No Brasil, a ESF aumentou os espaços de atuação e a responsabilidade da(o)s enfermeira(o)s no contexto da AB, e uma das ações preconizadas para esses trabalhadores é a VD¹⁰⁶. A VD aparece como uma ferramenta importante de atuação e intervenção da equipe da ESF, sendo ferramenta potencial para proporcionar modos mais humanos e acolhedores de cuidar na saúde, envolvendo relações de confiança entre trabalhadores e usuários¹⁰⁷.

Em compensação, é preciso também atentar para as condições de trabalho vulneráveis às quais os trabalhadores de saúde estão expostos quando atuam nos espaços dos domicílios, como, por exemplo, a proximidade com as famílias e as pessoas e o medo de invadir a privacidade dessas pessoas ou de se envolverem a tal ponto de colocarem em risco a própria segurança pessoal^{74,75,83,84,94,107}.

Somado a isso, não se pode perder de vista o momento histórico de ataques e desmonte que o SUS tem vivido, o que interfere diretamente no modo como as equipes da ESF e a(o)s enfermeira(o)s têm realizados suas atividades. O precário financiamento público do SUS e a privatização do setor saúde induzem um trabalho em saúde no qual os trabalhadores, cada vez mais insatisfeitos e desmotivados, lidam com a imposição de cumprir somente metas numéricas. E as necessidades de saúde, que deveriam direcionar as ações em saúde, muitas vezes, estão pautadas em concepções reducionistas do processo saúde-doença.

Planos Municipais de Saúde de quatro cidades do Estado de São Paulo foram analisados, em 2017, por um estudo que identificou que a concepção de necessidades de saúde contida nos Planos Municipais estava toda baseada na teoria interpretativa da multicausalidade, refletindo uma visão reducionista do processo saúde-doença pelos gestores de saúde e impactando negativamente as práticas de gestão e as respostas às necessidades de saúde da população¹⁰⁸.

Em estudo realizado na cidade de Uberaba, em Minas Gerais, Brasil, em 2011, que teve por objetivo analisar como os casos de violência contra a criança e o adolescente são abordados pela enfermagem na AB, os resultados mostraram que a(o)s enfermeira(o)s não identificam a violência como um problema a ser resolvido por ela(e)s, devido à sensação de impotência frente aos casos. Por isso, acabam transferindo os casos para outros profissionais (psicólogas, assistentes sociais, médicas), e não há ações compartilhadas ou intersetorialidade para a sua resolução^{72,75,84,86,90,92}.

Não há referência e contrarreferência. Quando há alguma ação nesse sentido, o que acontece é a transferência do caso para outro campo disciplinar do conhecimento, e as ações da(o)s enfermeira(o)s acabam ficando restritas a denúncias e a encaminhamentos para outros

profissionais ou serviços (Conselho Tutelar, Promotoria da Saúde, Centros de Referência da Assistência Social)^{72,84,86,90,92}.

A descontinuidade dos fluxos fazem com que a(o)s enfermeira(o)s atuem de forma isolada e desarticulada e pautada(o)s em um modelo de atenção biomédico e positivista. As intervenções ficam centradas nos agravos da violência e não nas raízes de suas condições ou nas ações de prevenção e enfrentamento do fenômeno^{72,84,86,90,92}.

Os estudos mostraram que há sentimentos de desproteção e insegurança por parte da(o)s enfermeira(o)s quanto ao seu papel e suas atribuições frente às situações de violência contra a criança e o adolescente. Somados às péssimas condições de trabalho na AB, já discutidas anteriormente, estão as lacunas na formação profissional, uma formação centrada fortemente no modelo biomédico de saúde e doença, a não compreensão de si mesma(o)s como sujeitos no processo de enfrentamento da violência e a própria ausência de atuação do Estado, com falta de creches, empregos, escolas, segurança e lazer^{72,75,77,80,81,84,86,90,92}.

Na AB, apesar da notificação dos casos se configurar como uma parte de todo o processo possível para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança, estudos realizados no Estado do Ceará, de 2011 a 2012, com enfermeira(o)s, médicas e cirurgiões dentistas da ESF mostraram que o ato de notificar é influenciado pelo acesso à informação por parte do trabalhador de saúde, maior conhecimento sobre o tema, tempo de formação e de trabalho na ESF e ter feito curso de pós-graduação. Identificaram-se 2,18 vezes mais chance de o profissional notificar os casos de maus-tratos infantis e do adolescente se tiver participado de treinamento específico na área, 2,55 vezes mais, se souber para onde encaminhar e 3,03 vezes mais, se conhecer a ficha de notificação. Enfermeira(o)s (64,4%) e médicos (62,3%) foram os profissionais que mais demonstraram conhecimento do ECA, a(o)s enfermeira(o)s foram a(o)s que mais afirmaram conhecer a ficha de notificação e saber de sua existência na unidade de saúde (44,2%), e foram também a(o)s que mais identificaram a violência. Mas, apesar disso, ainda há um grande distanciamento entre o ato de identificar, monitorar e notificar os casos e as ações efetivas de enfrentamento da violência contra a criança^{81,90}.

A frequência de notificação pelos profissionais de saúde foi de 17%, sendo que 55,6% identificaram e não notificaram, ainda que o ato de notificar seja de caráter obrigatório no Brasil. Medo com envolvimento legal foi registrado por 62,2% dos trabalhadores de saúde, e 57,1% revelaram não abordar o tema em reuniões de equipe, Conselhos de Saúde ou com a comunidade^{81,90}.

Outro estudo, também realizado no Estado do Ceará, entre 2010 e 2012, identificou os fatores associados à notificação de maus-tratos de crianças e adolescentes feita por enfermeira(o)s na APS. O fato de a(o)s enfermeira(o)s não terem medo de envolvimento legal favoreceu o ato da notificação, sendo, portanto, importante o estabelecimento de uma rede de proteção que dê suporte tanto às crianças e suas famílias quanto aos profissionais envolvidos. Além de uma rede de proteção que funcione, é de competência das três esferas governamentais garantir mecanismos de proteção e apoio a esses trabalhadores, bem como condições adequadas de trabalho que favoreçam as ações preconizadas na APS⁸⁰.

O estudo também mostrou que o que predomina são as ações de não notificação, mesmo em situações confirmadas de maus-tratos, refletindo que a organização do trabalho na APS não está respondendo às reais necessidades da população e nem enfrentando de forma efetiva as demandas sociais ou garantindo os princípios que tentam reorientar o modelo de atenção à saúde⁸⁰.

Em contrapartida, o fato de não notificar não significa que as intervenções não estejam acontecendo. Muitas intervenções ocorrem independentemente de notificações. E notificações também ocorrem sem intervenções mais substantivas, bastando-se no próprio ato do notificar.

É preciso atenção para a notificação dos casos de violência, pois isso implica a geração de dados concretos para pautar políticas e estratégias para intervenções. Mas mais importante ainda é a própria intervenção, com o estabelecimento de um projeto de cuidado da enfermagem voltado para o âmbito individual e também coletivo de enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

Os motivos já discutidos relacionados à dificuldade de atuação nos casos de violência contra a criança se repetem como motivos para não notificação dos casos, como, por exemplo, medo de envolvimento legal, receio de adentrarem a intimidade das famílias, ausência de proteção, fragilidades na formação, insuficiência de processos de avaliação, de supervisão e apoio institucional e aceitação e naturalização da cultura de educar pela violência^{72,75,80,81,90,92}.

As políticas relacionadas às notificações dos casos de violência por parceiros íntimos e de crianças expostas a esse tipo de violência devem considerar os impactos sobre as pessoas e os trabalhadores de saúde para além dos cenários das clínicas, atentando para os demais cenários que não lidam apenas com os aspectos clínicos das violências, mas que estão em constante contato e interação com as famílias, mulheres e crianças que sofrem algum tipo de violência^{81,89,91}.

Como formas de superação, é preciso buscar diferentes referências epistemológicas para olhar o fenômeno da violência para além do biológico, definir as competências específicas

da(o)s enfermeira(o)s no enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente com base em um trabalho interdisciplinar e intersetorial. É preciso potencializar o papel educador da(o) enfermeira(o) e as ações de educação em saúde como ferramentas necessárias para mobilizar a coletividade, incorporar ações de vigilância aos maus-tratos infantis nos serviços, superar as contradições presentes no SUS e ter uma rede de proteção à criança com definição de responsabilidades e papéis para cada sujeito social e de cada setor no enfrentamento da violência contra a criança^{72,75,80,81,84,85,86,92}.

Quanto à operacionalização das políticas públicas no Brasil, esta esbarra na escassez e na má gestão de recursos financeiros e humanos, na corrupção, na carência de processos de avaliação, no acompanhamento e na fiscalização. E isso pode ser visto na própria operacionalização de uma das principais políticas públicas brasileiras voltadas para violência, a PNRMAV, que enfatiza as ações de promoção da saúde, mas as limita ao contexto comportamental e individual das pessoas e comunidade, sem definir claramente o papel do Estado e do setor econômico. Espera-se o empenho e o bom desempenho dos trabalhadores de saúde, mas não se prevê investimentos financeiros, estruturais e materiais e nem melhorias nas condições de trabalho^{15,16,81}.

Quanto às atribuições da(o) enfermeira(o) na AB, são destacadas as ações de gerência (atuação na educação permanente) e de assistência (como, por exemplo, em CE e VD) e a interação entre elas em ações de educação em saúde, intersetoriais e interdisciplinares^{80,84,85,86}.

A universidade brasileira também precisa resgatar seu papel social e garantir que essas discussões estejam presentes na graduação e nas pesquisas de enfermagem, apoiar a educação permanente e o fortalecimento dos trabalhadores dos diversos campos de estágio nos quais os estudantes desenvolvem suas habilidades profissionais e devolver para a sociedade ações efetivas para a intervenção nos fenômenos sociais^{81,84,85,92}.

A maioria das abordagens contra as violências estão centradas nas vítimas e nos perpetradores e não levam em consideração a determinação social do processo saúde-doença e os contextos nos quais as violências estão ocorrendo. Esse despreparo leva a intervenções do tipo assistencialista e punitivas. As ações acabam sendo baseadas na piedade e na compaixão ou no descaso e na banalização, constituindo-se em mais uma forma de violência, na qual há uma relação de dominação silenciosa por parte dos profissionais para com os usuários do serviço de saúde^{72,92}.

Uma das propostas é investir em uma atuação da enfermagem que seja embasada teoricamente pelo referencial do materialismo histórico e dialético, conferindo ao trabalhador

de saúde uma visão ampliada da realidade na qual atua, podendo identificar aspectos do fenômeno da violência que extrapolem as evidências físicas e biológicas e levem ao reconhecimento das vulnerabilidades das necessidades em saúde da criança e do próprio grupo social da qual ela faz parte^{77,85}.

Na revisão da literatura em relação à atuação da(o)s enfermeira(o)s no atendimento da violência doméstica contra a criança e em quais contextos essa atuação vem sendo mais bem realizada, os achados evidenciaram o importante papel que a(o)s enfermeira(o)s desempenham no atendimento e enfrentamento da violência doméstica contra a criança, bem como as potencialidades, as dificuldades e as formas de superação. Porém, uma das limitações dos estudos é não trazer à tona a discussão do trabalho da(o)s enfermeira(o)s enquanto processo histórico e social e como isso delimita (e limita) o objeto sobre o qual as ações da(o) enfermeira(o) irão intervir.

Quanto ao contexto de atuação, a VD no âmbito da APS/AB/ESF mostrou-se como um dos espaços privilegiados para atuar no enfrentamento da violência doméstica contra a criança. E enfermeira(o)s de vários países do mundo têm lançado mão da VD como uma ferramenta do processo de trabalho da enfermagem.

Sendo a VD um importante recurso para a intervenção e a mobilização de ações efetivas contra a violência doméstica, é ela também um espaço potente para intervenções junto às famílias e ao território.

E, no caso dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança, estes recaíram tanto sobre a criança quanto sobre as famílias dessas crianças, como será discutido a seguir.

4.2 ATUALIZAÇÃO DA BASE TERMINOLÓGICA DE ALBUQUERQUE 2014 A PARTIR DA CIPE® VERSÃO 2015

O quadro abaixo sintetiza a construção dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, partindo do estudo “Construção de um Subconjunto Terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica”⁴⁰.

Dos 141 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem utilizados por Albuquerque (2014) para construção do Subconjunto Terminológico, 62 constavam na CIPE® 2011 e 79 foram considerados novos⁴⁰.

Foi, então, realizada a atualização dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem utilizando-se da versão mais recente da CIPE®, a versão 2015, e seguindo a recomendação da Norma ISO 18.104 para elaboração de terminologias de enfermagem^{68,109,110}.

Após a atualização, 12 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem foram alterados devido à atualização editorial, 46 tiveram a grafia atualizada para fins de padronização, e 69 novos foram incorporados (sendo 29 da versão CIPE® 2015, 34 da versão CIPE® 2013, 2 da versão CIPE® 3/2011, 2 da versão CIPE® 2/2009, 1 da versão CIPE® 1.1/2008 e 1 da versão CIPE® 1/2005).

A alteração editorial diz respeito a mudanças na grafia ou a correções conceituais decorrentes da atualização da própria CIPE®⁶⁸.

Foram mantidos sem alterações 49 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem da versão CIPE® 2011 utilizados por Albuquerque (2014) e 20 dos que foram construídos por esta mesma autora. O conjunto final totalizou em 196 termos entre Diagnósticos e Resultados de Enfermagem.

Segue, abaixo, o quadro-síntese da atualização dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem:

Quadro 2 – Quadro-síntese da atualização dos Diagnósticos/Resultados de

DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
Abandono Ausente da Criança	Padronização de grafia
Abandono da Criança	CIPE® 2013
Abuso Infantil Ausente	Padronização de grafia
Agressão Sexual (ou Estupro) Ausente	Padronização de grafia
Ansiedade	CIPE® 2011
Ansiedade Reduzida	Atualização editorial
Apoio Familiar Positivo	CIPE® 2015
Apoio Social Eficaz	Albuquerque 2014
Atitude Familiar Conflituosa	Atualização editorial
Atitude Familiar Conflituosa Reduzida	Padronização de grafia
Atividade Lúdica Adequada	Padronização de grafia
Atividade Lúdica Melhorada	Padronização de grafia
Autocontrole Melhorado (ou Aumentado)	CIPE® 2013
Autoestima Positiva	CIPE® 2011
Autoimagem Positiva	CIPE® 2011
Autorrevelação (ou Autoexposição) Apropriada	CIPE® 2013
Autorrevelação (ou Autoexposição) Inapropriada	CIPE® 2013
Autorrevelação (ou Autoexposição) Inapropriada Reduzida	Padronização de grafia
Baixa autoestima	CIPE® 2011
Baixa Autoestima Reduzida	Padronização de grafia
Baixo Comparecimento Escolar	CIPE® 2015
Baixo Peso	CIPE® 2011
Barreira na Comunicação	CIPE® 2011
Barreira Reduzida na Comunicação	Padronização de grafia
Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado Prejudicada	CIPE® 2013
Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa) Prejudicada	CIPE® 2011
Capacidade para Executar Atividade de Lazer Prejudicada	CIPE® 2013
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado Prejudicada	CIPE® 2013

(continua)

DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
Capacidade para Proteção Eficaz	CIPE® 2009
Capacidade Prejudicada para Executar o Cuidado	CIPE® 2011
Capaz de Adquirir Medicação	CIPE® 2015
Capaz de Ajustar-se	Atualização editorial
Capaz de Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa)	CIPE® 2009
Capaz de Comunicar-se	Atualização editorial
Capaz de Executar a Manutenção da Saúde	Atualização editorial
Capaz de Executar Atividade de Lazer	CIPE® 2013
Capaz de Executar o Cuidado	Atualização editorial
Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado	CIPE® 2013
Capaz de Socializar-se	Atualização editorial
Cognição nos Limites Normais	Atualização editorial
Cognição Prejudicada	CIPE® 2011
Comparecimento Escolar Melhorado	Padronização de grafia
Comportamento Agressivo Ausente	CIPE® 2013
Comportamento Autodestrutivo	CIPE® 2011
Comportamento Autodestrutivo Ausente	CIPE® 2011
Comportamento de Busca de Saúde	CIPE® 2011
Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado	CIPE® 2011
Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão)	CIPE® 2013
Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão) Reduzido	Padronização de grafia
Comportamento Interativo Eficaz	CIPE® 2011
Comportamento Interativo Prejudicado	CIPE® 2011
Comportamento Sexual Eficaz	CIPE® 2011
Comportamento Sexual Problemático	CIPE® 2011
Comportamento Violento	CIPE® 2013

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO
Ansiedade	CIPE® 2011
Ansiedade Ausente	Albuquerque 2014
Ansiedade Diminuída	Albuquerque 2014
Apoio Familiar Eficaz	Albuquerque 2014
Apoio Familiar Melhorado	Albuquerque 2014
Apoio Social Eficaz	Albuquerque 2014
Apoio Social Melhorado	Albuquerque 2014
Atitude Conflituosa da Família	CIPE® 2011
Atitude Conflituosa Ausente da Família	Albuquerque 2014
Atitude Conflituosa Diminuída da Família	Albuquerque 2014
Recreação Adequada	Albuquerque 2014
Recreação Melhorada	Albuquerque 2014
Autoestima Melhorada	Albuquerque 2014
Autoestima Positiva	CIPE® 2011
Autoimagem Positiva	CIPE® 2011
Baixa Autoestima	CIPE® 2011
Baixo Peso	CIPE® 2011
Barreira na Comunicação	CIPE® 2011
Barreira Ausente na Comunicação	Albuquerque 2014
Barreira Diminuída na Comunicação	Albuquerque 2014

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO
Habilidade Protetora Eficaz	CIPE® 2011
Capacidade Prejudicada para Executar o Cuidado	CIPE® 2011
Habilidade para Adaptar-se	CIPE® 2011
Comunicação Eficaz	Albuquerque 2014
Comunicação Melhorada	Albuquerque 2014
Habilidade para Realizar a Manutenção da Saúde	CIPE® 2011
Capacidade Eficaz para Executar o Cuidado	Albuquerque 2014
Capacidade Melhorada para Executar o Cuidado	Albuquerque 2014
Habilidade para Realizar o Cuidado	CIPE® 2011
Socialização Eficaz	CIPE® 2011
Socialização Melhorada	Albuquerque 2014
Cognição Eficaz	CIPE® 2011
Cognição Melhorada	Albuquerque 2014
Cognição Prejudicada	CIPE® 2011
Comportamento Autodestrutivo	CIPE® 2011
Comportamento Autodestrutivo Ausente	CIPE® 2011
Comportamento Autodestrutivo Diminuído	Albuquerque 2014
Comportamento de Busca de Saúde	CIPE® 2011
Comportamento de Busca de Saúde Aumentado	Albuquerque 2014
Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado	CIPE® 2011
Comportamento Interativo Eficaz	CIPE® 2011
Comportamento Interativo Melhorado	Albuquerque 2014
Comportamento Interativo Prejudicado	CIPE® 2011
Comportamento Sexual Eficaz	CIPE® 2011
Comportamento Sexual Problemático	CIPE® 2011

(continuação)

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO	DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
		Comportamento Violento Ausente	Padronização de grafia
Comunicação Prejudicada	CIPE® 2011	Comunicação Prejudicada	CIPE® 2011
		Conhecimento sobre Alimentação Infantil	CIPE® 2015
		Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente)	CIPE® 2015
		Conhecimento sobre Desenvolvimento Fetal	CIPE® 2015
Conhecimento Adequado sobre Educação sem Violência	Albuquerque 2014	Conhecimento sobre Educação Sem Violência	Padronização de grafia
Conhecimento Melhorado sobre Educação sem Violência	Albuquerque 2014		
		Conhecimento sobre Gestação (Gravidez)	CIPE® 2015
Conhecimento Adequado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Albuquerque 2014	Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Padronização de grafia
Conhecimento Melhorado sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Albuquerque 2014		
		Conhecimento sobre Parentalidade	CIPE® 2015
		Conhecimento sobre Parto (ou Nascimento)	CIPE® 2015
		Conhecimento sobre Prevenção de Queda	CIPE® 2013
Conhecimento Adequado sobre Serviços Comunitários	Albuquerque 2014	Conhecimento sobre Serviços Comunitários	Atualização editorial
Conhecimento Melhorado sobre Serviços Comunitários	Albuquerque 2014		
		Continuidade do Cuidado Eficaz	CIPE® 2013
		Controle da Raiva	CIPE® 2015
		Cuidador Capaz de Executar o Cuidado	CIPE® 2013
		Dependência de Álcool	CIPE® 2013
		Dependência de Álcool Ausente	Padronização de grafia
		Dependência de Drogas	CIPE® 2013
		Dependência de Drogas Ausente	Padronização de grafia
Depressão	CIPE® 2011	Depressão	CIPE® 2011
Depressão Ausente	Albuquerque 2014	Depressão Ausente	Albuquerque 2014
Depressão Melhorada	CIPE® 2011	Depressão Melhorada	CIPE® 2011
Desamparo	Albuquerque 2014	Desamparo	Albuquerque 2014
Desamparo Diminuído	Albuquerque 2014	Desamparo Reduzido	Padronização de grafia
Desempenho Escolar Adequado	Albuquerque 2014	Desempenho Escolar Adequado	Albuquerque 2014
Desempenho Escolar Melhorado	Albuquerque 2014	Desempenho Escolar Melhorado	Albuquerque 2014
Desempenho Escolar Prejudicado	Albuquerque 2014	Desempenho Escolar Prejudicado	Albuquerque 2014
		Desenvolvimento Fetal Eficaz	CIPE® 2015
		Desenvolvimento Fetal Prejudicado	CIPE® 2015
Desenvolvimento Eficaz da Criança	CIPE® 2011	Desenvolvimento Infantil Eficaz	CIPE® 2011
Desenvolvimento Melhorado da Criança	Albuquerque 2014		

(continua)

(continuação)

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO	DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
Desenvolvimento Prejudicado da Criança	CIPE® 2011	Desenvolvimento Infantil Prejudicado	CIPE® 2008
Desenvolvimento Prejudicado do Adolescente	CIPE® 2011	*	
Desenvolvimento Eficaz do Adolescente	Albuquerque 2014	*	
Desenvolvimento Melhorado do Adolescente	Albuquerque 2014	*	
<i>Deficit</i> de Conhecimento sobre Processo de Mudança Comportamental do Adolescente	Albuquerque 2014	*	
Conhecimento Adequado sobre Processo de Mudança Comportamental do Adolescente	Albuquerque 2014	*	
Conhecimento Melhorado sobre Processo de Mudança comportamental do adolescente	Albuquerque 2014	*	
Desesperança	CIPE® 2011	Desesperança	CIPE® 2011
Desesperança Diminuída	Albuquerque 2014	Desesperança Reduzida	Padronização de grafia
Eliminação Intestinal Adequada	Albuquerque 2014	Eliminação Intestinal Adequada	Albuquerque 2014
Eliminação Urinária Adequada	Albuquerque 2014	Eliminação Urinária Adequada	Albuquerque 2014
Enfrentamento Eficaz	CIPE® 2011	Enfrentamento Eficaz	CIPE® 2011
Enfrentamento Melhorado	Albuquerque 2014		
Enfrentamento Familiar Eficaz	CIPE® 2011	Enfrentamento Familiar Eficaz	CIPE® 2011
Enfrentamento Familiar Melhorado	Albuquerque 2014	Enfrentamento Familiar Melhorado	Albuquerque 2014
Enfrentamento Familiar Prejudicado	CIPE® 2011	Enfrentamento Familiar Prejudicado	CIPE® 2011
Enfrentamento Prejudicado	CIPE® 2011	Enfrentamento Prejudicado	CIPE® 2011
Esperança	CIPE® 2011	Esperança	CIPE® 2011
Estresse Diminuído dos Pais	Albuquerque 2014	Estresse dos Pais Reduzido	Padronização de grafia
Estresse dos Pais	CIPE® 2011	Estresse dos Pais	CIPE® 2011
Estresse Ausente dos Pais	Albuquerque 2014	Estresse dos Pais Ausente	Padronização de grafia
Falta de Apoio Familiar	CIPE® 2011	Falta de Apoio Familiar	CIPE® 2011
Falta de Apoio Social	CIPE® 2011	Falta de Apoio Social	CIPE® 2011
<i>Deficit</i> de Recreação	Albuquerque 2014	Falta de Atividade Lúdica	CIPE® 2013
		Falta de Conhecimento sobre Alimentação Infantil	CIPE® 2015
<i>Deficit</i> de Conhecimento sobre Educação sem Violência	Albuquerque 2014	Falta de Conhecimento sobre Educação Sem Violência	Padronização de grafia
		Falta de Conhecimento sobre Gestação (ou Gravidez)	CIPE® 2015
<i>Deficit</i> de Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Albuquerque 2014	Falta de Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Padronização de grafia
		Falta de Conhecimento sobre Parentalidade	CIPE® 2015
		Falta de Conhecimento sobre Parto (ou Nascimento)	CIPE® 2015
		Falta de Conhecimento sobre Prevenção de Queda	CIPE® 2013
<i>Deficit</i> de Conhecimento sobre Serviços Comunitários	Albuquerque 2014	Falta de Conhecimento sobre Serviços Comunitários	Atualização editorial

(continua)

*Os Diagnósticos/Resultados de Enfermagem referentes ao adolescente não foram considerados para este estudo, que teve como foco a validação dos Diagnósticos, Resultados e Intervenções referentes à criança.

(continuação)

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO	DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
		Falta de Conhecimentos sobre Cuidados com Bebê (ou Lactente)	CIPE® 2015
		Falta de Serviços Comunitários	CIPE® 2015
		Família Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado	CIPE® 2013
Imagem Corporal Negativa	Albuquerque 2014	Imagem Corporal Perturbada	CIPE® 2005
Imagem Corporal Positiva	Albuquerque 2014	Imagem Corporal Positiva	Albuquerque 2014
Impotência	CIPE® 2011	Impotência	CIPE® 2011
Impotência Ausente	Albuquerque 2014	Impotência Diminuída	CIPE® 2011
Impotência Diminuída	CIPE® 2011		
Incontinência por Estresse	CIPE® 2011	Incontinência por Estresse	CIPE® 2011
Incontinência por Estresse Diminuída	Albuquerque 2014	Incontinência por Estresse Diminuída	Albuquerque 2014
Ligação Eficaz Cuidador-Criança	CIPE® 2011	Ligação Afetiva Cuidador-Criança Eficaz	Padronização de grafia
Ligação Afetiva Melhorada Cuidador-Criança	Albuquerque 2014		
Ligação Afetiva Prejudicada Cuidador-Criança	CIPE® 2011	Ligação Afetiva Prejudicada Cuidador-Criança	CIPE® 2011
Medo	CIPE® 2011	Medo	CIPE® 2011
		Medo de Abandono	CIPE® 2013
Medo Ausente	Albuquerque 2014	Medo Reduzido	Padronização de grafia
Medo Diminuído	Albuquerque 2014		
		Medo Reduzido de Abandono	Padronização de grafia
Negligência Ausente	Albuquerque 2014	Negligência Ausente	Albuquerque 2014
Negligência Diminuída	Albuquerque 2014		
Parentalidade Eficaz	Albuquerque 2014	Parentalidade Eficaz	Albuquerque 2014
Parentalidade Melhorada	Albuquerque 2014		
Desempenho Eficaz do Papel Parental	CIPE® 2011		
Parentalidade Prejudicada	CIPE® 2011	Parentalidade Prejudicada	CIPE® 2011
		Pesadelo	CIPE® 2013
		Pesadelo Reduzido	Padronização de grafia
Peso Corporal Adequado	Albuquerque 2014	Peso nos Limites Normais	Atualização editorial
Peso Corporal Melhorado	Albuquerque 2014		
		Privação do Sono	CIPE® 2013
		Privação Reduzida do Sono	Padronização de grafia
		Problema com Aquisição de Medicação	CIPE® 2015
		Problema de Saneamento	CIPE® 2013
Processo Familiar Eficaz	CIPE® 2011	Processo Familiar Eficaz	CIPE® 2011
Processo Familiar Melhorado	Albuquerque 2014		
Processo Familiar Prejudicado	CIPE® 2011	Processo Familiar Prejudicado	CIPE® 2011
Prontidão para Comunicação Eficaz	CIPE® 2011	Prontidão para Comunicação Eficaz	CIPE® 2011

(continua)

(continuação)

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO	DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
Prontidão para Conhecimento	CIPE® 2011	Prontidão para Conhecimento	CIPE® 2011
Prontidão para Enfrentamento Eficaz	CIPE® 2011	Prontidão para Enfrentamento Eficaz	CIPE® 2011
Prontidão para Enfrentamento Familiar Eficaz	CIPE® 2011	Prontidão para Enfrentamento Familiar Eficaz	CIPE® 2011
Prontidão para Esperança	CIPE® 2011	Prontidão para Esperança	CIPE® 2011
Prontidão para Parentalidade Positiva	CIPE® 2011	Prontidão para Parentalidade Positiva	CIPE® 2011
Prontidão para Processo Familiar Eficaz	CIPE® 2011	Prontidão para Processo Familiar Melhorado	Padronização de grafia
Prontidão para Tomada de Decisão Eficaz	CIPE® 2011	Prontidão para Tomada de Decisão Eficaz	CIPE® 2011
		Raiva	CIPE® 2015
		Raiva Reduzida	Padronização de grafia
		Recuperação de Abuso Eficaz	CIPE® 2013
		Recuperação de Agressão Sexual (ou Estupro) Eficaz	CIPE® 2015
		Recuperação Física Atrasada (ou Lenta)	CIPE® 2013
		Recuperação Física Eficaz	Padronização de grafia
Rede Social Aumentada	Albuquerque 2014	Rede Social Aumentada	Albuquerque 2014
Rede Social Escassa	Albuquerque 2014	Rede Social Escassa	Albuquerque 2014
Resposta ao Trauma do Estupro	CIPE® 2011	Resposta ao Trauma do Estupro	CIPE® 2011
Resposta Diminuída ao Trauma do Estupro	Albuquerque 2014	Resposta ao Trauma do Estupro Melhorada	Atualização editorial
Resposta Ausente ao Trauma do Estupro	Albuquerque 2014		
		Risco de Desempenho Escolar Prejudicado	CIPE® 2013
		Risco de Desenvolvimento Fetal Prejudicado	CIPE® 2015
		Risco de Desidratação	CIPE® 2013
		Risco de Dificuldade com Enfrentamento	CIPE® 2013
		Risco de Estar com Peso Abaixo do Esperado	CIPE® 2013
		Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo)	CIPE® 2015
Risco de Negligência	Albuquerque 2014	Risco de Negligência	Albuquerque 2014
		Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil	CIPE® 2015
		Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil	CIPE® 2015
		Risco de Sono Prejudicado	CIPE® 2013
Risco de Violência Doméstica	Albuquerque 2014	Risco de Violência Doméstica	Albuquerque 2014
		Risco Reduzido de Desempenho Escolar Prejudicado	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Desenvolvimento Fetal Prejudicado	Padronização de grafia

(continua)

(continuação)

DIAGNÓSTICOS PRÉVIOS	VERSÃO	DIAGNÓSTICOS ATUALIZADOS	VERSÃO
		Risco Reduzido de Desidratação	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Dificuldade com Enfrentamento	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Estar com Peso Abaixo do Esperado	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo)	Padronização de grafia
Risco Diminuído de Negligência	Albuquerque 2014	Risco Reduzido de Negligência	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Ser Vítima de Abuso Infantil	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Ser Vítima de Negligência Infantil	Padronização de grafia
		Risco Reduzido de Sono Prejudicado	Padronização de grafia
Risco Diminuído de Violência Doméstica	Albuquerque 2014	Risco Reduzido de Violência Doméstica	Padronização de grafia
		Saneamento Eficaz	CIPE® 2013
		Serviços Comunitários Presentes	Padronização de grafia
Sobrepeso	CIPE® 2011	Sobrepeso	CIPE® 2011
Socialização Prejudicada	CIPE® 2011	Socialização Prejudicada	CIPE® 2011
		Sonolência	CIPE® 2013
		Sonolência Reduzida	Padronização de grafia
Tomada de Decisão Eficaz	CIPE® 2011	Tomada de Decisão Eficaz	CIPE® 2011
Tomada de Decisão Melhorada	Albuquerque 2014	Tomada de Decisão Melhorada	Albuquerque 2014
Tomada de Decisão Prejudicada	Albuquerque 2014	Tomada de Decisão Prejudicada	Albuquerque 2014
		Tristeza	CIPE® 2013
Tristeza Crônica	CIPE® 2011	Tristeza Crônica	CIPE® 2011
		Tristeza Crônica Reduzida	Padronização de grafia
Tristeza Crônica Diminuída	Albuquerque 2014		
Tristeza Ausente	Albuquerque 2014	Tristeza Reduzida	Padronização de grafia
		Vergonha	CIPE® 2015
		Vergonha Reduzida	Padronização de grafia
Violência Doméstica	CIPE® 2011	Violência Doméstica	CIPE® 2011
Violência Doméstica Ausente	Albuquerque 2014	Violência Doméstica Ausente	Albuquerque 2014
		Vítima de Abuso Infantil	CIPE® 2015
		Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro)	CIPE® 2015
Negligência	Albuquerque 2014	Vítima de Negligência Infantil	CIPE® 2015

(conclusão)

Quanto às Intervenções de Enfermagem, Albuquerque (2014) construiu 196 Intervenções de Enfermagem para o Subconjunto Terminológico, sendo 37 do grupo de Diagnósticos de Enfermagem de Fortalecimentos e Promoção, 129 do grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 30 de ambos os grupos, o que gerou 67 Intervenções de Enfermagem de Fortalecimentos e Promoção e 159 de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências.

Tal como para a FASE 1 da pesquisa, foi feita a atualização das Intervenções de Enfermagem, utilizando-se da versão mais recente da CIPE®, a versão 2015, e seguindo-se a recomendação da Norma ISO 18.104 para elaboração de terminologias de enfermagem^{68,109,110}.

Foram, então, incluídas mais 91 novas Intervenções, sendo 63 da CIPE® versão 2013 e 28 da CIPE® versão 2015, o que totalizou 287 Intervenções. Destas, 41 constituíram o grupo de Fortalecimentos e Promoção, 198 o grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 48 ambos os grupos. Para a construção do conjunto final de Intervenções para validação, 8 não foram utilizadas por terem enfoque no adolescente e 4 foram agrupadas por apresentarem similaridades entre si.

O conjunto atualizado e submetido à validação das juízas totalizou 275 Intervenções, sendo:

- ✓ 39 do grupo de Fortalecimentos e Promoção;
- ✓ 189 do grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências;
- ✓ 47 de ambos os grupos.

Segue, abaixo, o quadro-síntese da atualização das Intervenções de Enfermagem:

Quadro 3 – Quadro-síntese da atualização das Intervenções de Enfermagem, 2017

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Abordar a criança/adolescente de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização	Albuquerque 2014	Abordar a criança de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Abordar a família de maneira estratégica, procurando membros que não estejam envolvidos com a violência, preferencialmente seguindo indicações da criança/adolescente	Albuquerque 2014	Abordar a família de maneira estratégica, procurando membros que não estejam envolvidos com a violência, preferencialmente seguindo indicações da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Abordar de maneira calma e não punitiva	Albuquerque 2014	Abordar de maneira calma e não punitiva	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamento	Albuquerque 2014	Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Acionar rede comunitária existente (associações comunitárias, religiosas,...)	Albuquerque 2014	Acionar rede comunitária existente (associações...)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Acolher usuário em suas necessidades	Albuquerque 2014	Acolher a criança/família em suas necessidades	Ambos
Aconselhar sobre outras habilidades eficientes de enfrentamento	Albuquerque 2014	Aconselhar a criança/família sobre outras habilidades eficientes do enfrentamento	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Agendar consulta de retorno	Albuquerque 2014	Agendar consulta de retorno/acompanhamento (ou consulta subsequente)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Agendar consulta de retorno/acompanhamento (ou consulta subsequente)	CIPE® 2013		
Ajudar a discutir as mudanças causadas pela puberdade	Albuquerque 2014	*	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Ajudar a relembrar situações adversas superadas, encorajando a enfrentar a situação atual	Albuquerque 2014	Ajudar a criança a relembrar situações adversas superadas, encorajando-a a enfrentar a situação atual	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Ajudar a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal	Albuquerque 2014	Ajudar a criança a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos	Albuquerque 2014	Estimular (ajudar, encorajar, incentivar) a criança/família a identificar seus atributos positivos, pontos fortes e capacidades	Ambos
Encorajar o(a) usuário(a) a identificar seus pontos fortes e capacidades	Albuquerque 2014		
Ajudar o(a) usuário(a) a identificar as vantagens e desvantagens das alternativas de decisão	Albuquerque 2014	Ajudar a família a identificar as vantagens e desvantagens das alternativas da decisão	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Ajudar os pais a relembrarem situações adversas superadas, encorajando-os a enfrentar a situação atual	Albuquerque 2014	Ajudar a família a relembrar situações adversas superadas, encorajando-a a enfrentar a situação atual	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar a criança/adolescente para construir vínculos de confiança com adultos protetores	Albuquerque 2014	Apoiar a criança para construir vínculos de confiança com adultos protetores	Ambos
Apoiar a criança/adolescente para revelação da situação de violência, transmitindo-lhe segurança	Albuquerque 2014	Apoiar a criança e para revelação da situação de violência, transmitindo-lhe segurança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar a família no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças e adolescentes	Albuquerque 2014	Apoiar a família no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Apoiar a família para desempenhar papel de apoio e proteção	Albuquerque 2014	Apoiar a família para desempenhar papel de apoio e proteção	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas	Albuquerque 2014	Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas	Ambos
Apoiar emocionalmente o(a) usuário(a)	Albuquerque 2014	Apoiar emocionalmente a criança/família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar o planejamento das tarefas cotidianas e sua divisão entre os membros da família	Albuquerque 2014	Apoiar o planejamento das tarefas cotidianas e sua divisão entre os membros da família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados	Albuquerque 2014	Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados	Fortalecimentos e Promoção
Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos	Albuquerque 2014	Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos	Albuquerque 2014	Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos	Ambos
Apoiar os pais para os cuidados iniciais com o recém-nascido	Albuquerque 2014	Apoiar os pais para os cuidados iniciais com o recém-nascido	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apoiar os pais para reconhecer as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas	Albuquerque 2014	Apoiar os pais a reconhecerem as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas	Ambos
Apoiar os pais para saber escutar com sensibilidade e atenção	Albuquerque 2014	Apoiar os pais para saber escutar com sensibilidade e atenção	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva	Albuquerque 2014	Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Articular-se com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança/adolescente	Albuquerque 2014	Articular-se com a rede de defesa e garantia dos direitos da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Articular-se com profissionais de outros setores para monitoramento do caso	Albuquerque 2014	Articular-se com profissionais de outros setores para monitoramento do caso	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Atender a criança/adolescente em ambiente com privacidade e segurança	Albuquerque 2014	Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança/adolescente	Albuquerque 2014	Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Atender os pais em separado, entre si e da criança/adolescente, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles	Albuquerque 2014	Atender os pais em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar a criança/adolescente a compreender que não tem culpa da situação de violência	Albuquerque 2014	Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação de agentes estressores causadores da ansiedade	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação de agentes causadores da ansiedade e/ou depressão	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de comunicação	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação de dificuldades específicas da comunicação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de interação social	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de interação social	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação de rede social de apoio	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação do apoio social	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de comunicação	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de comunicação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de interação	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade da interação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que desencadeiam a autoagressão	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que desencadeiam a autoagressão e/ou o comportamento autodestrutivo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na identificação dos papéis e tarefas próprias de ser pais	Albuquerque 2014	Auxiliar na identificação dos papéis e tarefas próprias de ser pais	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na ponderação de prós e contras para subsidiar a decisão	Albuquerque 2014	Auxiliar na ponderação de prós e contras para subsidiar a ação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar na resolução de problemas de forma construtiva	Albuquerque 2014	Auxiliar na resolução do problema de forma construtiva	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar no desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas	Albuquerque 2014	Auxiliar no desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Auxiliar no estabelecimento de metas em curto e longo prazo	Albuquerque 2014	Auxiliar no estabelecimento de metas em curto e longo prazo	Ambos
Auxiliar o(a) usuário(a) a reexaminar percepções negativas de si mesmo	Albuquerque 2014	Auxiliar a criança/família a reexaminar percepções negativas de si mesma	Fortalecimentos e Promoção
Auxiliar os membros da família a identificar e resolver os conflitos por meio do diálogo	Albuquerque 2014	Auxiliar os membros da família a identificar e resolver os conflitos por meio do diálogo	Fortalecimentos e Promoção
Auxiliar os membros da família a identificar os papéis e tarefas que precisam desempenhar no contexto familiar	Albuquerque 2014	Auxiliar os membros da família a identificar os papéis e tarefas que precisam desempenhar no contexto familiar	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais	Albuquerque 2014	Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar a capacidade de compreensão das informações	Albuquerque 2014	Avaliar a capacidade de compreensão das informações	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar a capacidade de implementação das ações orientadas	Albuquerque 2014	Avaliar a capacidade de implementação das ações orientadas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar a necessidade de adoção de medidas protetivas imediatas	Albuquerque 2014	Avaliar as necessidades de adoção de medidas protetivas imediatas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança/adolescente	Albuquerque 2014	Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar comportamento indicador de ansiedade	Albuquerque 2014	Avaliar comportamento indicador de ansiedade/estresse/depressão	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Avaliar dinâmica de apoio familiar	Albuquerque 2014	Avaliar a dinâmica de apoio da família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, a existência de rede de apoio, o risco de revitimização	Albuquerque 2014	Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, a existência de rede de apoio e o risco de revitimização	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar os riscos da ocorrência de episódios de violência de maior gravidade	Albuquerque 2014	Avaliar os riscos da ocorrência de episódios de violência de maior gravidade	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar os riscos da ocorrência de novos episódios de violência	Albuquerque 2014	Avaliar os riscos da ocorrência de novos episódios de violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Avaliar condição de imunização	CIPE® 2013	Avaliar condição de imunização	Ambos
Buscar apoio de outros profissionais para intervir junto à família	Albuquerque 2014	Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto à família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Conversar sobre como estabelecer limites sem violência	Albuquerque 2014	Conversar sobre como estabelecer limites sem violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Colaborar com equipe interprofissional	CIPE® 2013	Colaborar com equipe interprofissional	Ambos
Colaborar com a família	CIPE® 2013	Colaborar com a família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Colaborar com serviço educacional	CIPE® 2013	Colaborar com serviço educacional	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Colaborar com serviço religioso	CIPE® 2013	Colaborar com serviço religioso	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Criar vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares	Albuquerque 2014	Estabelecer (criar) vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares	Ambos
Criar vínculo com o(a) usuário(a)	Albuquerque 2014	Estabelecer (criar) vínculo com a criança/família	Fortalecimentos e Promoção
Demonstrar estratégias de diálogo e negociação com os filhos	Albuquerque 2014	Demonstrar estratégias de diálogo e negociação com os filhos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Demonstrar segurança durante o atendimento a fim de fortalecer a confiança	Albuquerque 2014	Demonstrar segurança durante o atendimento a fim de fortalecer a confiança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Desencorajar tomada de decisão quando está sob grande pressão	Albuquerque 2014	Desestimular (desencorajar, desincentivar) a tomada de decisão quando se está sob grande pressão	Ambos
Discutir com a equipe projeto terapêutico para o(a) agressor(a)	Albuquerque 2014	Discutir com a equipe projeto terapêutico para o(a) agressor(a)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Discutir com o paciente as mudanças na imagem corporal	Albuquerque 2014	Discutir com a criança as mudanças da imagem corporal	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Discutir sobre os comportamentos sexuais apropriados para os ambientes sociais	Albuquerque 2014	Discutir sobre os comportamentos sexuais apropriados para os ambientes sociais	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Elogiar a atitude de busca de saúde	Albuquerque 2014	Elogiar a atitude de busca de saúde	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar a capacidade de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão	Albuquerque 2014	Elogiar a capacidade de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar a capacidade para realizar a manutenção da saúde	Albuquerque 2014	Elogiar a capacidade para realizar a manutenção da saúde	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar a capacidade para realizar a proteção	Albuquerque 2014	Elogiar a capacidade para realizar a proteção	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar a capacidade para realizar o cuidado	Albuquerque 2014	Elogiar a capacidade para realizar o cuidado	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar a tomada de decisão eficaz	Albuquerque 2014	Elogiar a tomada de decisão eficaz	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar as habilidades de comunicação	Albuquerque 2014	Elogiar as habilidades de comunicação	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar o relacionamento próximo e afetivo entre cuidador e criança	Albuquerque 2014	Elogiar o relacionamento próximo e afetivo entre cuidador(a) e criança	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos	Albuquerque 2014	Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Elogiar os pais pelo desempenho eficaz do papel parental	Albuquerque 2014	Elogiar os pais pelo desempenho eficaz do papel parental	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar o desempenho escolar adequado	Albuquerque 2014	Elogiar o desempenho escolar adequado	Fortalecimentos e Promoção
Elogiar o desenvolvimento eficaz	Albuquerque 2014	Elogiar o desenvolvimento adequado da criança	Fortalecimentos e Promoção
Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar	Albuquerque 2014	Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encaminhar para assistente social	CIPE® 2015	Encaminhar para assistente social	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encaminhar para serviço auxiliar de saúde	CIPE® 2015	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encaminhar para serviço comunitário	CIPE® 2013	Encaminhar para serviço comunitário	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encaminhar para serviço de autoajuda	CIPE® 2013	Encaminhar para serviço de autoajuda	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encaminhar para serviço educacional	CIPE® 2013	Encaminhar para serviço educacional	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medos	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) a expressão de percepções, sentimentos e medos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Encorajar convívio com amigos e familiares	Albuquerque 2014	Encorajar convívio com amigos e familiares	Ambos
Encorajar cuidador a verbalizar sentimentos e dificuldades	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) cuidador(a)/família a verbalizar sentimentos e dificuldades	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encorajar interação social de forma gradativa	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) interação social (ampliação de rede de relacionamentos) de forma gradativa	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estimular a ampliação da rede de relacionamentos	Albuquerque 2014		
Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) o uso de recursos espirituais, se desejado	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Encorajar participação em atividades sociais e comunitárias	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) participação em atividades sociais e comunitárias	Ambos
Encorajar relações com pessoas com interesses e metas comuns	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar, reforçar) relações com pessoas com interesses e metas comuns	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Reforçar relações com pessoas com interesses e metas comuns	Albuquerque 2014		
Encorajar uma atitude de esperança realista	Albuquerque 2014	Encorajar uma atitude de esperança realista	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável	Albuquerque 2014	Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável	Ambos
Ensinar o adulto a valorizar as características positivas do período da adolescência (criatividade, disposição, reflexão crítica, solidariedade)	Albuquerque 2014	*	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos	Albuquerque 2014	Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos	Ambos
Envolver pessoas significativas para apoiar o desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas	Albuquerque 2014	Envolver pessoas significativas para apoiar o desenvolvimento de habilidades sociais prejudicadas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estabelecer ambiente de confiança	Albuquerque 2014	Estabelecer ambiente de confiança	Ambos
Estabelecer estratégias para desenvolvimento cognitivo	Albuquerque 2014	Estabelecer estratégias para desenvolvimento cognitivo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estabelecer projeto terapêutico para o(a) agressor(a)	Albuquerque 2014	Estabelecer (criar) projeto terapêutico para o(a) agressor(a)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estabelecer relação de confiança com a família	Albuquerque 2014	Estabelecer relação de confiança com a família	Fortalecimentos e Promoção
Estabelecer vínculo com o(a) usuário(a)	Albuquerque 2014	Estabelecer (criar) vínculo com a criança/família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estabelecer data para abandono do tabagismo	CIPE® 2013	Estabelecer data para abandono do tabagismo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Estimular a interação social	Albuquerque 2014	Estimular a interação social	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estimular a manutenção de tradições e comemorações familiares, como meio de reforçar a identidade e o vínculo familiar	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) a manutenção de tradições e comemorações familiares, como meio de reforçar a identidade e vínculo familiar	Fortalecimentos e Promoção
Estimular a maternagem e paternagem em relação a criança	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) a maternagem e a paternagem em relação à criança	Ambos
Estimular a memória, repetindo o último pensamento do(a) usuário(a)	Albuquerque 2014	Estimular a memória, repetindo o último pensamento da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estimular a prática de atividade física	Albuquerque 2014	*	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Estimular as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família	Fortalecimentos e Promoção
Estimular o diálogo em família para discutir os problemas e as possíveis soluções	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções	Ambos
Estimular o fortalecimento dos laços familiares	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) o fortalecimento dos laços familiares	Fortalecimentos e Promoção
Estimular o(a) usuário(a) a se planejar para o futuro	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) a criança/família a planejar o futuro	Fortalecimentos e Promoção
Estimular os pais a expressarem as dificuldades para lidar com seus filhos	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) os pais a expressarem as dificuldades para lidarem com seus filhos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Evitar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida	Albuquerque 2014	Evitar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança	Albuquerque 2014	Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança	Ambos
Explicar aos pais que as crianças e adolescentes são sujeitos de direito e que devem ser respeitados	Albuquerque 2014	Explicar aos pais que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitados	Ambos
Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança/adolescente	Albuquerque 2014	Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança	Ambos
Explicar aspectos do comportamento do adolescente, tais como irreverência, contestação, impulsividade	Albuquerque 2014	*	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Explicar sentimentos próprios da adolescência, como insegurança, angústia, alterações bruscas de humor	Albuquerque 2014	*	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Albuquerque 2014	Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis	Albuquerque 2014	Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Facilitar capacidade da criança para participar no plano do cuidado	CIPE® 2013	Facilitar capacidade da criança para participar no plano do cuidado	Ambos

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Facilitar capacidade para comunicar necessidades	CIPE® 2013	Facilitar capacidade para comunicar necessidades	Ambos
Facilitar controle de impulso	CIPE® 2013	Facilitar controle de impulso	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Facilitar recuperação de abuso de álcool	CIPE® 2013	Facilitar recuperação de abuso de álcool	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Facilitar recuperação de abuso de drogas	CIPE® 2013	Facilitar recuperação de abuso de drogas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de abuso de álcool	CIPE® 2015	Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de abuso de álcool	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de abuso de drogas	CIPE® 2015	Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de abuso de drogas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de humor deprimido	CIPE® 2015	Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de humor deprimido	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Garantir o atendimento específico da saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa	Albuquerque 2014	Garantir o atendimento específico de saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Gerenciar comportamento agressivo	CIPE® 2013	Gerenciar comportamento agressivo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Gerenciar comportamento sexual inapropriado	CIPE® 2013	Gerenciar comportamento sexual inapropriado	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Gerenciar sintoma de abstinência	CIPE® 2013	Gerenciar sintoma de abstinência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Identificar amigos, vizinhos, familiares que possam apoiar a família	Albuquerque 2014	Identificar amigos, vizinhos e familiares que possam apoiar a família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Identificar as necessidades da criança/adolescente em situação de violência doméstica	Albuquerque 2014	Identificar as necessidades da criança em situações de violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Identificar conflitos familiares geradores de violência contra seus membros, especialmente crianças e adolescentes	Albuquerque 2014	Identificar conflitos familiares geradores de violência contra seus membros, especialmente contra a criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento	Albuquerque 2014	Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento	Fortalecimentos e Promoção
Identificar lacunas de conhecimento sobre o cotidiano da vida em família	Albuquerque 2014	Identificar lacunas de conhecimento sobre o cotidiano da vida em família	Fortalecimentos e Promoção
Identificar processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos	Albuquerque 2014	Identificar processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Identificar sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê	Albuquerque 2014	Identificar sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas	Albuquerque 2014	Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Incentivar a busca de mais conhecimentos sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Incentivar a participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) a participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Incentivar o comparecimento aos serviços de saúde	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) o comparecimento aos serviços de saúde	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Incentivar os pais a participarem de atividades na escola	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar) os pais a participarem de atividades na escola	Fortalecimentos e Promoção
Iniciar amamentação	CIPE® 2015	Apoiar aleitamento materno	Ambos
Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...)	Albuquerque 2014	Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Investigar causas orgânicas do problema	Albuquerque 2014	Investigar causas orgânicas do problema	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Investigar contexto sociofamiliar da criança/adolescente	Albuquerque 2014	Investigar contexto sociofamiliar da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Investigar possibilidade de a criança/adolescente estar sofrendo violência	Albuquerque 2014	Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Monitorar o progresso no restabelecimento da imagem corporal positiva	Albuquerque 2014	Monitorar o progresso no restabelecimento da imagem corporal positiva	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Monitorar o restabelecimento da autoestima	Albuquerque 2014	Monitorar o restabelecimento da autoestima	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Monitorar quanto a impulsos de autoagressão que possam evoluir para ideias/gestos suicidas	Albuquerque 2014	Monitorar quanto a impulsos de autoagressão que possam evoluir para ideias/gestos suicidas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Monitorar desenvolvimento fetal	CIPE® 2015	Monitorar desenvolvimento fetal	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência	Albuquerque 2014	Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Observar a despreocupação dos pais com o bem-estar e o desenvolvimento da criança/adolescente	Albuquerque 2014	Observar a despreocupação dos pais com o bem-estar e o desenvolvimento da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Observar a qualidade das interações entre os membros da família	Albuquerque 2014	Observar a qualidade das interações entre os membros da família	Ambos
Observar na criança/adolescente atitudes sexuais impróprias para a idade	Albuquerque 2014	Observar na criança atitudes sexuais impróprias para a idade	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Observar na criança/adolescente sinais de erotização precoce	Albuquerque 2014	Observar na criança sinais de erotização precoce	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Observar sinais de descuido intencional dos pais em relação à criança/adolescente	Albuquerque 2014	Observar sinais de descuido intencionados dos pais em relação à criança e/ou despreocupação dos pais com o bem-estar e o desenvolvimento da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Observar sinais e sintomas que se relacionem com violência sexual	Albuquerque 2014	Observar sinais e sintomas que se relacionam com a violência sexual	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre abstinência	CIPE® 2013	Obter dados sobre abstinência de álcool e/ou drogas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre abuso de álcool	CIPE® 2015	Obter dados sobre abuso de álcool	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre abuso de drogas	CIPE® 2015	Obter dados sobre abuso de drogas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre abuso de substâncias	CIPE® 2015	Obter dados sobre abuso de substâncias	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre adesão ao regime de imunização	CIPE® 2013	Obter dados sobre imunização	Ambos
Obter dados sobre amamentação	CIPE® 2013	Obter dados sobre amamentação	Ambos
Obter dados sobre ansiedade	CIPE® 2013	Obter dados sobre ansiedade/estresse/depressão	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre apetite	CIPE® 2013	Obter dados sobre apetite	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre apoio emocional	CIPE® 2013	Obter dados sobre apoio emocional	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre capacidade para executar cuidado	CIPE® 2013	Obter dados sobre capacidade para executar cuidado	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre capacidade para gerenciar estresse	CIPE® 2015	Obter dados sobre capacidade para gerenciar ansiedade	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre comportamento agressivo	CIPE® 2013	Obter dados sobre comportamento agressivo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre comportamento sexual	CIPE® 2013	Obter dados sobre comportamento sexual inapropriado	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre padrão de higiene	CIPE® 2013	Obter dados sobre higiene corporal	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre padrão de higiene oral (bucal)	CIPE® 2013	Obter dados sobre higiene oral (bucal)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre condição intestinal	CIPE® 2013	Obter dados sobre condição intestinal	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre conflito de decisão	CIPE® 2013	Obter dados sobre conflito de decisão	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre desempenho escolar	CIPE® 2013	Obter dados sobre desempenho escolar	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Obter dados sobre disposição (prontidão) para abandono de tabagismo	CIPE® 2013	Obter dados sobre disposição (prontidão) para abandono de tabagismo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre humor	CIPE® 2013	Obter dados sobre humor	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre imagem corporal	CIPE® 2015	Obter dados sobre imagem corporal	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre nível de estresse	CIPE® 2015	Obter dados sobre nível de ansiedade/estresse	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre risco de violência	CIPE® 2015	Obter dados sobre risco de violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre sinal de desconforto	CIPE® 2013	Obter dados sobre sinal de desconforto	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre suprimento de alimentos	CIPE® 2013	Obter dados sobre suprimento de alimentos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre tabagismo	CIPE® 2013	Obter dados sobre tabagismo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre tomada de decisão	CIPE® 2013	Obter dados sobre tomada de decisão	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Obter dados sobre tristeza	CIPE® 2013	Obter dados sobre tristeza	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Oferecer as informações solicitadas pelo usuário	Albuquerque 2014	Oferecer as informações solicitadas pela criança/família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Oferecer educação sexual, apropriada ao nível de desenvolvimento	Albuquerque 2014	Oferecer educação sexual apropriada ao nível de desenvolvimento	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas	Albuquerque 2014	Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas	Ambos
Oferecer <i>feedback</i> à família quanto a seu enfrentamento	Albuquerque 2014	Oferecer <i>feedback</i> à criança/família quanto a seu enfrentamento	Ambos
Orientar a família sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo	Albuquerque 2014	Orientar a família sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança e do adolescente	Albuquerque 2014	Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança	Ambos
Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho aos seus filhos	Albuquerque 2014	Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho às(aos) suas(seus) filha(o)s	Ambos
Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência	Albuquerque 2014	Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência	Fortalecimentos e Promoção
Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de seus filhos	Albuquerque 2014	Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de suas(seus) filha(o)s	Ambos

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Orientar os pais sobre formas de educar e se comunicar com os filhos	Albuquerque 2014	Orientar os pais sobre a forma de educar e de se comunicar com os filhos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar os pais sobre o desenvolvimento da sexualidade, como parte integrante do desenvolvimento do adolescente.	Albuquerque 2014	*	Fortalecimentos e Promoção
Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequadas	Albuquerque 2014	Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequados	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar família sobre padrão de higiene	CIPE® 2013	Orientar família sobre higiene	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar família sobre desenvolvimento do bebê (ou lactente)	CIPE® 2013	Orientar família sobre desenvolvimento do bebê (ou lactente)	Ambos
Orientar família sobre serviços comunitários	CIPE® 2013	Orientar família sobre serviços comunitários	Ambos
Orientar sobre abandono de tabagismo	CIPE® 2013	Orientar sobre abandono de tabagismo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre abuso de álcool	CIPE® 2015	Orientar sobre abuso de álcool	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre abuso de drogas	CIPE® 2015	Orientar sobre abuso de drogas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre alimentação infantil	CIPE® 2013	Orientar sobre alimentação infantil	Ambos
Orientar sobre amamentação	CIPE® 2013	Orientar sobre amamentação	Ambos
Orientar sobre comunicação efetiva	CIPE® 2013	Orientar sobre comunicação efetiva	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre controle de impulso	CIPE® 2013	Orientar sobre controle de impulso	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre cuidados com o bebê (ou lactente)	CIPE® 2013	Orientar sobre cuidados com o bebê (ou lactente)	Ambos
Orientar sobre cuidados no pré-natal	CIPE® 2015	Orientar sobre cuidados no pré-natal	Ambos
Orientar sobre desenvolvimento fetal	CIPE® 2015	Orientar sobre desenvolvimento fetal	Ambos
Orientar sobre desidratação	CIPE® 2015	Orientar sobre desidratação	Ambos
Orientar sobre eliminação	CIPE® 2015	Orientar sobre eliminação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre exposição a tabagismo secundário (passivo)	CIPE® 2015	Orientar sobre exposição a tabagismo secundário (passivo)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Orientar sobre função do sistema urinário	CIPE® 2015	Orientar sobre função do sistema urinário	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre gestação (gravidez)	CIPE® 2015	Orientar sobre gestação (gravidez)	Ambos
Orientar sobre ligação afetiva cuidador(a)-criança	CIPE® 2013	Orientar sobre ligação afetiva cuidador(a)-criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária	CIPE® 2015	Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência	CIPE® 2013	Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre prevenção de recaída	CIPE® 2015	Orientar sobre prevenção de recaída	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre segurança da criança	CIPE® 2013	Orientar sobre segurança da criança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre sono	CIPE® 2013	Orientar sobre sono	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre tabagismo	CIPE® 2013	Orientar sobre tabagismo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Orientar sobre técnica de alimentação	CIPE® 2015	Orientar sobre técnica de alimentação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família	Albuquerque 2014	Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Planejar uma rotina diária simples, com a inclusão de atividades de recreação e lazer	Albuquerque 2014	Planejar uma rotina diária simples, com a inclusão de atividades de recreação e lazer	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Planejar o cuidado	CIPE® 2013	Planejar o cuidado	Ambos
Programar pesagem periódica	Albuquerque 2014	Planejar programa de pesagem periódica	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso	Albuquerque 2014	Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Promover a capacidade protetora dos familiares em relação às crianças e aos adolescentes	Albuquerque 2014	Promover a capacidade protetora dos familiares em relação às crianças	Ambos
Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência	Albuquerque 2014	Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Promover esperança	Albuquerque 2014	Estimular sentimento de esperança	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da família para lidar com o período da adolescência	Albuquerque 2014	*	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Promover o fortalecimento dos indivíduos e famílias para o rompimento do ciclo da violência	Albuquerque 2014	Promover o fortalecimento da criança e da família para o rompimento do ciclo da violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos	Albuquerque 2014	Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos	Ambos
Promover comunicação familiar eficaz	CIPE® 2013	Promover comunicação familiar eficaz	Fortalecimentos e Promoção
Promover ligação afetiva cuidador(a)-criança	CIPE® 2013	Promover ligação afetiva cuidador(a)-criança	Fortalecimentos e Promoção
Promover papel de cuidador(a)	CIPE® 2013	Promover papel de cuidador(a)	Fortalecimentos e Promoção
Promover processo familiar eficaz	CIPE® 2013	Promover dinâmica familiar eficaz	Fortalecimentos e Promoção
Proporcionar ambiente seguro e confiável aos pais e criança/adolescente	Albuquerque 2014	Proporcionar ambiente seguro e confiável à criança/família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Proporcionar espaço para que a criança/adolescente se expresse com as próprias palavras, respeitando seu ritmo	Albuquerque 2014	Proporcionar espaço para que a criança se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais	Albuquerque 2014	Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais	Fortalecimentos e Promoção
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer a socialização	Albuquerque 2014	Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para fornecer a socialização	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer o comportamento de busca de saúde	Albuquerque 2014	Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para fornecer o comportamento de busca de saúde	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para favorecer o cuidado	Albuquerque 2014	Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para fornecer o cuidado	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para superar a barreira na comunicação	Albuquerque 2014	Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para superar a barreira da comunicação	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Proporcionar suporte à saúde mental da criança/adolescente e suas famílias em situação de violência	Albuquerque 2014	Proporcionar suporte à saúde mental da criança/família em situação de violência	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Prover (proporcionar, fornecer) cuidados com bebê (ou lactente)	CIPE® 2013	Prover (proporcionar, fornecer) cuidados com bebê (ou lactente)	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir	CIPE® 2013	Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Prover (proporcionar, fornecer) suprimento de água adequado	CIPE® 2013	Prover (proporcionar, fornecer) suprimento de água adequado	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Prover (proporcionar, fornecer) terapia de manejo (controle) da raiva	CIPE® 2013	Prover (proporcionar, fornecer) terapia de manejo (controle) da raiva	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Prover (proporcionar, fornecer) terapia para abandono de tabagismo	CIPE® 2015	Prover (proporcionar, fornecer) terapia para abandono de tabagismo	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências

(continua)

(continuação)

INTERVENÇÕES PRÉVIAS	VERSÃO	INTERVENÇÕES ATUALIZADAS	GRUPO
Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade	Albuquerque 2014	Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Reforçar a esperança na capacidade de consolidar sua autonomia no modo de guiar sua própria vida	Albuquerque 2014	*	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar a importância de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão	Albuquerque 2014	Reforçar a importância de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinho aos filhos	Albuquerque 2014	Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinho aos filhos	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar a importância de ter esperança em um futuro melhor	Albuquerque 2014	Reforçar a importância de ter esperança em um futuro melhor	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas	Albuquerque 2014	Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar as habilidades positivas demonstradas	Albuquerque 2014	Reforçar as habilidades positivas demonstradas	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar as informações prestadas	Albuquerque 2014	Reforçar as informações prestadas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Reforçar aspectos positivos	Albuquerque 2014	Reforçar aspectos positivos	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde	Albuquerque 2014	Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar convívio com amigos e familiares	Albuquerque 2014	Estimular (encorajar, incentivar, reforçar) o convívio com amigos e familiares	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar o papel dos pais como cuidadores e protetores de seus filhos	Albuquerque 2014	Reforçar o papel dos pais como cuidadores e protetores de seus filhos	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar os pontos positivos identificados pelo próprio usuário	Albuquerque 2014	Reforçar os pontos positivos identificados pela própria criança/família	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar participação em atividades sociais e comunitárias	Albuquerque 2014	Reforçar participação em atividades sociais e comunitárias	Fortalecimentos e Promoção
Reforçar controle de impulso	CIPE® 2013	Reforçar controle de impulso	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Relatar condição à equipe interprofissional	CIPE® 2015	Relatar condição à equipe interprofissional	Ambos
Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família	Albuquerque 2014	Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Transmitir confiança na capacidade de o(a) usuário(a) lidar com as situações	Albuquerque 2014	Transmitir confiança na capacidade de a criança/família lidar com as situações	Ambos
Usar linguagem acessível e sem prejulgamentos, em nível de compreensão do(a) usuário(a)	Albuquerque 2014	Usar linguagem acessível e sem prejulgamentos, em nível de compreensão da criança/família	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Usar palavras simples e frases curtas	Albuquerque 2014	Usar palavras simples e frases curtas	Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências
Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras e histórias)	Albuquerque 2014	Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias...)	Ambos

(conclusão)

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Na FASE 1, o questionário eletrônico ficou aberto pelo período de um mês, de 26 de março a 27 de abril de 2017.

No decorrer desse período, 83 profissionais de saúde acessaram o questionário na Plataforma *SurveyMonkey*®, e, após a leitura do TCLE (Apêndice D), 81 optaram por participar da pesquisa (98%), escolhendo a resposta “Sim, aceito”, e 2 optaram por não participar (2%), escolhendo a resposta “Não aceito”.

Tabela 1 – Número de acessos ao questionário eletrônico FASE 1 por tipo de resposta, São Paulo, 2017

Tipo de resposta	N	%
Sim, aceito.	81	98
Não aceito.	2	2
TOTAL	83	100

Do total de 81 especialistas/juízas que aceitaram participar da pesquisa, 41 (51%) responderam ao questionário por completo.

Tabela 2 – Número de questionários FASE 1 respondidos por tipo de conclusão, São Paulo, 2017

Questionário respondidos	N	%
Iniciados e concluídos	41	51
Iniciados e não concluídos	40	49
TOTAL	81	100

Sobre o conjunto dos 41 questionários iniciados e concluídos, aplicaram-se os filtros referentes a(os) respondentes que atuavam na área de Saúde Coletiva/Atenção Básica e tinham experiência profissional com a CIPE® ou com o tema da violência doméstica contra a criança, na assistência, no ensino, na pesquisa ou na gestão, o que gerou uma amostra de 32 (78%) questionários. Portanto, foi com base nesta amostra que os resultados foram apresentados.

Para FASE 2, o questionário eletrônico foi enviado às especialistas/juízas que haviam participado da FASE 1 da validação, tivessem concluído todo questionário e que atendiam aos

critérios de inclusão. Decidiu-se assim proceder por entender que essas pessoas teriam adquirido maior proximidade do estudo, contemplando os critérios para dele participar.

No entanto, por questões operacionais da plataforma *SurveyMonkey*[®], da(o)s 32 participantes selecionada(o)s a partir da FASE 1, foi possível identificar o contato de 22 dela(e)s. Desta(e)s, 18 acessaram o questionário FASE 2 e aceitaram continuar participando da pesquisa, escolhendo a resposta “Sim, aceito”. Apenas 4 dela(e)s não acessaram o questionário.

O questionário FASE 2 ficou aberto pelo período de dois meses e meio, de 13 de setembro a 28 de novembro de 2017.

Tabela 3 – Número de acessos ao questionário eletrônico FASE 2 por tipo de resposta, São Paulo, 2017

Tipo de resposta	N	%
Sim, aceito.	18	100
Não aceito.	0	0
TOTAL	18	100

Das 18 especialistas/juízas que aceitaram continuar participando da pesquisa, 13 (72%) responderam ao questionário por completo.

Tabela 4 – Número de questionários FASE 2 respondidos por tipo de conclusão, São Paulo, 2017.

Questionário respondidos	N	%
Iniciados e concluídos	13	72
Iniciados e não concluídos	5	28
TOTAL	18	100

O número de sujeitos participantes da pesquisa está dentro do esperado para este tipo de pesquisa, o qual requer que pessoas com experiência em determinada área contribua com o compartilhamento de suas experiências com as pesquisadoras.

Sabe-se que é um processo trabalhoso desde a seleção e os contatos até o retorno de respostas para os questionários, os quais acabam sendo longos e exigindo um certo tempo dos sujeitos de pesquisa para serem concluídos.

De acordo com Nóbrega, Cubas, Egry, Nogueira, Carvalho, Albuquerque (2015), os estudos de validação dos Subconjuntos da CIPE® têm utilizado números diversificados de juízes/especialistas, variando de estudos que utilizaram 51, 34, 15 a 9 peritos^{25,34,36,39}.

Na FASE 1, houve um retorno satisfatório dos questionários respondidos e que estavam dentro dos critérios de inclusão (32 questionários), sendo menor na FASE 2 (13 questionários), uma diferença de 19 questionários, que representou 41% em comparação com a FASE 1.

Os quadros abaixo mostram o perfil da(o)s respondentes com relação à área de atuação (Saúde Coletiva/Atenção Básica e/ou Hospitalar). A questão possibilitava escolher mais de uma opção caso a(o) respondente atuasse em mais de uma área.

Quadro 4 – Atuação profissional da(o)s respondentes em relação às áreas – FASE 1, São Paulo, 2017

Área de atuação	Assistência	Ensino	Pesquisa	Gestão
Saúde Coletiva / Atenção Básica	50% 16	59% 19	75% 24	18% 6
Hospitalar	38% 12	28% 9	25% 8	3% 1

Quadro 5 – Atuação profissional das respondentes em relação às áreas – FASE 2, São Paulo, 2017

Área de atuação	Assistência	Ensino	Pesquisa	Gestão
Saúde Coletiva / Atenção Básica	23% 3	77% 10	69% 9	15% 2
Hospitalar	46% 6	54% 7	38% 5	8% 1

Em termos percentuais, na FASE 1 a(o)s especialistas estavam mais concentrada(o)s nas áreas de atuação profissional da pesquisa (75%), ensino (59%) e assistência (50%) da Saúde Coletiva/Atenção Básica. Na FASE 2, a atuação profissional ficou mais distribuída entre as áreas de ensino (77%) e pesquisa (69%) em Saúde Coletiva/Atenção Básica e ensino (54%) e assistência (46%) Hospitalares.

Percebe-se que, dentre a(o)s especialistas, há uma experiência expressiva no ensino e na pesquisa.

Quanto à experiência profissional em relação aos temas (CIPE® e/ou Violência Doméstica Contra a Criança), a(o)s respondentes também podiam ter experiências com mais de um dos temas e nos diversos âmbitos (assistência, ensino, pesquisa e/ou gestão).

Quadro 6 – Experiência profissional da(o)s respondentes em relação aos temas – FASE 1, São Paulo, 2017

Experiência Profissional	NÃO	SIM, na assistência	SIM, no ensino	SIM, na pesquisa	SIM, na gestão
Violência Doméstica Contra a Criança	6% 2	66% 21	41% 13	56% 18	9% 3
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®	50% 16	28% 9	28% 9	16% 5	3% 1
Outras Classificações de Enfermagem?	9% 3	56% 18	50% 16	19% 6	3% 1

Quadro 7 – Experiência profissional da(o)s respondentes em relação aos temas – FASE 2, São Paulo, 2017

Experiência Profissional	NÃO	SIM, na assistência	SIM, no ensino	SIM, na pesquisa	SIM, na gestão
Violência Doméstica Contra a Criança	8% 1	62% 8	69% 9	69% 9	8% 1
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®	31% 4	31% 4	54% 7	23% 3	0% 0
Outras Classificações de Enfermagem?	23% 3	62% 8	46% 6	31% 4	0% 0

Tanto na FASE 1 quanto na FASE 2, a(o)s especialistas declararam maior experiência profissional no tema da violência doméstica contra a criança (na assistência 66% e 62%, no ensino 41% e 69% e na pesquisa 56% e 69%, respectivamente) do que com a CIPE® (na assistência 28% e 31%, no ensino 28% e 54% e na pesquisa 16% e 23%, respectivamente). Em ambas as fases, a experiência também foi mais expressiva com outras classificações de enfermagem do que com a própria CIPE®. Isso pode representar um conhecimento ainda pouco difundido sobre a CIPE® entre a(o)s enfermeira(o)s, mas que tem sido abordado, especialmente, no ensino e na pesquisa.

Com relação ao perfil de sexo e idade, 97% (n=31) da(o)s respondentes se declararam como sendo do sexo feminino e 3% (n=1) se declararam como sendo do sexo masculino na FASE 1. E na FASE 2, 100% das respondentes se declararam como sendo do sexo feminino.

Tabela 5 – Número de respondentes por sexo – FASE 1, São Paulo, 2017

Sexo	N	%
Feminino	31	97
Masculino	1	3
TOTAL	32	100

Tabela 6 – Número de respondentes por sexo – FASE 2, São Paulo, 2017

Sexo	N	%
Feminino	13	100
Masculino	0	0
TOTAL	13	100

Dada essa prevalência, o conjunto de especialistas/juízas participantes desta pesquisa será sempre tratado como sendo do sexo feminino.

Em sendo principalmente mulheres, há também que se considerar as questões de gênero expressas nas respostas, e, mesmo não sendo o foco desta pesquisa, considerar que podem, elas mesmas, já terem vivenciado episódios de violência doméstica contra a criança ou por parceiro íntimo ou até mesmo violência no ambiente de trabalho.

Na FASE 1, a maioria se declarou com idade acima dos 31 anos, sendo: 41% (n=13) na faixa etária de 31 a 40 anos, 25% (n=8) na faixa etária de 41 a 50 anos e 25% (n=8) com 51 anos ou mais. Apenas 3% dos respondentes (n=1) se declararam na faixa etária entre 20 e 25 anos, e 6% (n=2) na faixa etária entre 26 e 30 anos.

NA FASE 2, a tendência foi a mesma, sendo que: 38% (n=5) estava na na faixa etária de 51 anos ou mais, 31% (n=4) na faixa etária de 41 a 50 anos, 15% (n=2) na faixa etária de 31 a 40 anos, 8% (n=1) na faixa etária de 26 a 30 anos e 8% (n=1) na faixa etária de 20 a 25 anos.

Tabela 7 – Número de respondentes por idade – FASE 1, São Paulo, 2017

Idade	N	%
20 a 25 anos	1	3
26 a 30 anos	2	6
31 a 40 anos	13	41
41 a 50 anos	8	25
51 anos e mais	8	25
TOTAL	32	100

Tabela 8 – Número de respondentes por idade – FASE 2, São Paulo, 2017

Idade	N	%
20 a 25 anos	1	8
26 a 30 anos	1	8
31 a 40 anos	2	15
41 a 50 anos	4	31
51 anos e mais	5	38
TOTAL	13	100

Tanto na FASE 1 como na FASE 2, 100% da(o)s respondentes se declararam como enfermeira(o)s no item sobre Formação Profissional.

Tabela 9 – Número de respondentes por formação profissional – FASE 1, São Paulo, 2017

Formação profissional	N	%
Enfermeira(o)	32	100
Outras	0	0
TOTAL	32	100

Tabela 10 – Número de respondentes por formação profissional – FASE 2, São Paulo, 2017

Formação profissional	N	%
Enfermeira(o)	13	100
Outras	0	0
TOTAL	13	100

Quanto ao tempo de conclusão do curso de graduação, tanto na FASE 1 quanto na FASE 2, predominou o tempo de 16 anos ou mais, respectivamente, com 53% (n=17) e 69% (n=9), seguido pelo tempo de entre 11 e 15 anos, com 25% (n=8) e 15% (n=2). Os demais tinham, respectivamente, entre 1 e 5 anos, com 13% (n=4) e 8% (n=1) e entre 6 e 10 anos, com 9% (n=3) e 8% (n=1). Nenhuma da(o)s respondentes tinha menos de 1 ano de formação.

Tabela 11 – Número de respondentes por tempo de conclusão do curso de graduação – FASE 1, São Paulo, 2017

Tempo de conclusão	N	%
Inferior a 1 ano	0	0
Entre 1 e 5 anos	4	13
Entre 6 e 10 anos	3	9
Entre 11 e 15 anos	8	25
16 anos ou mais	17	53
TOTAL	32	100

Tabela 12 – Número de respondentes por tempo de conclusão do curso de graduação – FASE 2, São Paulo, 2017

Tempo de conclusão	N	%
Inferior a 1 ano	0	0
Entre 1 e 5 anos	1	8
Entre 6 e 10 anos	1	8
Entre 11 e 15 anos	2	15
16 anos ou mais	9	69
TOTAL	13	100

Esses dados caracterizam um perfil de respondentes mais velha(o)s em idade e mais experientes em tempo de formação.

Quanto aos Cursos de Pós-Graduação concluídos, na devida ordem FASE 1 e FASE 2, 91% (n=21) e 92% (n=12) referiram ter especialização, 78% (n=25) e 85% (n=11) mestrado acadêmico, 50% (n=16) e 62% (n=8) doutorado, 31% (n=10) e 31% (n=4) aprimoramento, 9% (n=3) e 23% (n=3) pós-doutorado, 6% (n=2) e 15% (n=2) livre-docência, 3% (n=1) e 0% (n=0) residência e 0% (n=0) e 8% (n=1) mestrado profissional. Na FASE 1 nenhum(a) respondente referiu ter mestrado profissional concluído, porém, uma estava com o curso em

andamento; já na FASE 2, uma respondeu ter mestrado profissional e nenhuma estava com o curso em andamento, o que pode representar a conclusão do curso por uma respondente entre o período que correspondeu à FASE 1 e à FASE 2 da coleta de dados.

Quadro 8 – Número de respondentes por curso de pós-graduação – FASE 1, São Paulo, 2017

Curso de pós-graduação	Concluída(o)		Em andamento	
	N	%	N	%
Especialização	29	91	1	3
Mestrado acadêmico	25	78	1	3
Doutorado	16	50	7	22
Aprimoramento	10	31	0	0
Pós-doutorado	3	9	2	6
Livre-docência	2	6	0	0
Residência	1	3	0	0
Mestrado profissional	0	0	1	3

Quadro 9 – Número de respondentes por curso de pós-graduação – FASE 2, São Paulo, 2017

Curso de pós-graduação	Concluída(o)		Em andamento	
	N	%	N	%
Especialização	12	92	0	0
Mestrado acadêmico	11	85	1	8
Doutorado	8	62	3	23
Aprimoramento	4	31	0	0
Pós-doutorado	3	23	1	8
Livre-docência	2	15	0	0
Residência	0	0	0	0
Mestrado profissional	1	8	0	0

Com Curso de Pós-Graduação em andamento, havia, respectivamente na FASE 1 e FASE 2, 22% (n=7) e 23% (n=3) para doutorado, 6% (n=2) e 8% (n=1) para pós-doutorado, 3% (n=1) e 0% (n=0) para especialização, 3% (n=1) e 0% (n=0) para mestrado profissional e 3% (n=1) e 8% (n=1) para mestrado acadêmico.

É possível afirmar que o conjunto de respondentes tem um perfil de formação em pós-graduação que contempla tanto a área acadêmica (mestrado acadêmico, doutorado, pós-

doutorado e livre-docência) quanto a área voltada para o aprimoramento da atuação nos serviços de saúde (especialização, aprimoramento, residência e mestrado profissional).

Quanto ao Estado em que trabalham, na ordem FASE 1 e FASE 2, 50% (n=16) e 38% (n=5) respondentes declararam que trabalham no Estado de São Paulo, 16% (n=4) e 15% (n=2) em Pernambuco, 9% (n=3) e 15% (n=2) no Paraná, 6% (n=2) e 0% (n=0) na Bahia, 6% (n=2) e 15% (n=2) no Ceará, 6% (n=2) e 0% (n=0) no Mato Grosso do Sul, 3% (n=1) e 8% (n=1) no Rio de Janeiro, 3% (n=1) e 0% (n=0) no Rio Grande do Norte e 3% (n=1) e 8% (n=1) no Rio Grande do Sul.

Tabela 13 – Número de respondentes por Estado em que trabalha – FASE 1, São Paulo, 2017

Estado em que trabalha	N	%
SP	16	50
PE	4	13
PR	3	9
BA	2	6
CE	2	6
MS	2	6
RJ	1	3
RN	1	3
RS	1	3
TOTAL	32	100

Tabela 14 – Número de respondentes por Estado em que trabalha – FASE 2, São Paulo, 2017.

Estado em que trabalha	N	%
SP	5	38
PE	2	15
PR	2	15
BA	0	0
CE	2	15
MS	0	0
RJ	1	8
RN	0	0
RS	1	8
TOTAL	13	100

Quanto à cidade em que trabalham, na FASE 1, 28% (n=9) a(o)s respondentes declararam trabalhar na cidade de São Paulo (SP), 12% (n=4) em Recife (PE), 9% (n=3) em Ribeirão Preto (SP), 6% (n=2) em Londrina (PR), Salvador (BA), Fortaleza (CE) e Dourados (MS) e 3% (n=1) em Campinas (SP), Curitiba (PR), Guarulhos (SP), Sorocaba (SP), Santiago (Chile), Rio de Janeiro (RJ), Mossoró (RN), Pau dos Ferros (RN) e Porto Alegre (RS). Observe-se que o total absoluto corresponde a 33 respostas. Isso se justifica porque uma das respondentes declarou trabalhar em duas cidades diferentes no Estado do Rio Grande do Norte. Uma das respondentes incluídas no estudo é da cidade de Santiago (Chile), porque se enquadrava nos critérios de inclusão e tinha proficiência em língua portuguesa. Com relação ao Estado em que trabalha, esta respondente fez referência ao Estado de São Paulo, pois era uma pergunta que exigia ser respondida para que se avançasse no questionário e não havia opções referentes a outros países.

Tabela 15 – Número de respondentes por cidade em que trabalha – FASE 1, São Paulo, 2017

Cidade em que trabalha	N	%
São Paulo/SP	9	28
Recife/PE	4	12
Ribeirão Preto/SP	3	9
Londrina/PR	2	6
Salvador/BA	2	6
Fortaleza/CE	2	6
Dourados/MS	2	6
Campinas/SP	1	3
Curitiba/PR	1	3
Guarulhos/SP	1	3
Sorocaba/SP	1	3
Santiago/Chile	1	3
Rio de Janeiro/RJ	1	3
Mossoró/RN	1	3
Pau dos Ferros/RN	1	3
Porto Alegre/RS	1	3
TOTAL	33	100

Na FASE 2, 25% (n=3) declararam trabalhar na cidade de São Paulo (SP), 17% (n=2) em Ribeirão Preto (SP), Londrina (PR) e Fortaleza (CE), 8% (n=1) em Recife (PE), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS).

Tabela 16 – Número de respondentes por cidade em que trabalha – FASE 2, São Paulo, 2017

Cidade em que trabalha	N	%
São Paulo/SP	3	25
Ribeirão Preto/SP	2	17
Londrina/PR	2	17
Fortaleza/CE	2	17
Recife/PE	1	8
Rio de Janeiro/RJ	1	8
Porto Alegre/RS	1	8
TOTAL	12	100

4.4 VALIDAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE® – PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

A apresentação dos resultados da validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® está divididos de acordo com as duas fases:

FASE 1 – Validação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança.

FASE 2 – Validação das Intervenções de Enfermagem do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança.

4.4.1 FASE 1 – Validação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem

Para fins de validação, os termos foram agrupados, constituindo um Subconjunto Terminológico com 141 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, sendo: 94 relativos à criança em situação de violência doméstica (29 Diagnósticos/Resultados de Fortalecimento e 65 de Desgaste), e 47 relativos à família da criança em situação de violência doméstica (17

Diagnósticos/Resultados de Fortalecimento e 30 de Desgaste). O quadro abaixo apresenta os Diagnósticos/Resultados de Enfermagem classificados por ordem decrescente do IVC.

Quadro 10 – Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO, FASE 1, 2017

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Capaz de Comunicar-se	84%	91%	Comunicação Eficaz
Comportamento de Busca de Saúde	-	91%	Comportamento de Busca de Saúde, Eficaz
Capaz de Executar Atividade de Lazer	91%	90%	Capacidade de Executar Atividade de Lazer, Adequada
Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado	-	90%	Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada
Apoio Familiar Positivo	-	88%	Apoio Familiar Eficaz
Capaz de Socializar-se	-	88%	Socialização Eficaz
Desempenho Escolar Adequado	-	88%	Desempenho Escolar Adequado
Autoimagem Positiva	-	84%	Autoimagem Positiva
Prontidão para Conhecimento	-	84%	Prontidão para Conhecimento
Prontidão para Enfrentamento Eficaz	-	84%	Prontidão para Enfrentamento
Enfrentamento Eficaz	-	84%	Enfrentamento Adequado
Apoio Social Eficaz	88%	84%	Apoio Social Presente
Desenvolvimento Infantil Eficaz	-	84%	Desenvolvimento Infantil Adequado
Ligação Afetiva Cuidador-Criança Eficaz	-	84%	Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Presente
Esperança	-	81%	Esperança
Prontidão para Comunicação Eficaz	-	81%	Prontidão para Comunicação
Continuidade do Cuidado Eficaz	-	81%	Continuidade do Cuidado, Eficaz
Autocontrole Melhorado (ou Aumentado)	-	81%	Autocontrole Eficaz
Controle da Raiva	-	81%	Controle da Raiva, Eficaz
Recuperação de Abuso Eficaz	-	81%	Recuperação de Abuso, Eficaz
Capacidade para Proteção Eficaz	91%	-	Prontidão para Proteção
Conhecimento sobre Alimentação Infantil	88%	-	Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Satisfatório
Cuidador Capaz de Executar o Cuidado	88%	-	Cuidador Capaz de Executar o Cuidado

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Enfrentamento Familiar Eficaz	87%	-	Enfrentamento Familiar Adequado
Família Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado	81%	-	Família Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado
Prontidão para Processo Familiar Melhorado	91%	-	Prontidão para Dinâmica Familiar Eficaz
Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente)	88%	-	Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Satisfatório
Parentalidade Eficaz	88%	-	Parentalidade Eficaz
Processo Familiar Eficaz	87%	-	Dinâmica Familiar Eficaz
Prontidão para Tomada de Decisão Eficaz	84%	-	Prontidão para Tomada de Decisão
Conhecimento sobre Desenvolvimento Fetal	80%	-	Conhecimento sobre Desenvolvimento Fetal, Satisfatório
Prontidão para Enfrentamento Familiar Eficaz	78%	-	não validado
Autoestima Positiva	-	78%	não validado
Capaz de Executar o Cuidado	-	78%	não validado
Capaz de Executar a Manutenção da Saúde	-	78%	não validado
Prontidão para Esperança	-	78%	não validado
Comportamento Agressivo Ausente		75%	não validado
Tomada de Decisão Eficaz	75%	-	não validado
Prontidão para Parentalidade Positiva	75%	-	não validado
Recuperação de Agressão Sexual (ou Estupro) Eficaz	-	72%	não validado
Capaz de Ajustar-se	-	72%	não validado
Desenvolvimento Fetal Eficaz	-	69%	não validado
Autorrevelação (ou Autoexposição) Apropriada	-	69%	não validado

(conclusão)

Como mostra o quadro 10, em relação aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem de Fortalecimentos e Promoção, foram validados (IVC>0,79) 20 relativos à criança e 14 relativos à família da criança em situação de violência doméstica, totalizando 34 Diagnósticos/Resultados validados. Não foram validados (IVC < ou igual a 0,79) 12 Diagnósticos/Resultados, sendo 9 relativos à criança e 3 relativos à família.

(continua)

Quadro 11 – Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS, FASE 1, 2017

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Capacidade para Executar Atividade de Lazer Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capaz de Executar Atividade de Lazer.	78%	100%	Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Melhorada. Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Adequada.
Comportamento Autodestrutivo. Resultado de Enfermagem: Comportamento Autodestrutivo Ausente.	-	97%	Comportamento Autodestrutivo. Resultado de Enfermagem: Comportamento Autodestrutivo Diminuído. Comportamento Autodestrutivo Eliminado.
Baixo Comparecimento Escolar. Resultado de Enfermagem: Comparecimento Escolar Melhorado.	-	94%	Baixo Comparecimento Escolar. Resultado de Enfermagem: Comparecimento Escolar Melhorado. Comparecimento Escolar Adequado.
Capacidade Prejudicada para Executar o Cuidado. Resultado de Enfermagem: Capaz de Executar o Cuidado.	-	94%	Capacidade para Executar o Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Executar o Cuidado, Melhorada. Capacidade para Executar o Cuidado, Adequada.
Comportamento Interativo Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Comportamento Interativo Eficaz.	-	94%	Comportamento Interativo, Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comportamento Interativo, Melhorado. Comportamento Interativo, Eficaz.
Comportamento de Busca de Saúde Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Comportamento de Busca de Saúde.	-	94%	Comportamento de Busca de Saúde, Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comportamento de Busca de Saúde, Melhorado. Comportamento de Busca de Saúde, Eficaz.
Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desempenho Escolar Melhorado. Desempenho Escolar Adequado.	-	94%	Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desempenho Escolar Melhorado. Desempenho Escolar Adequado.
Imagem Corporal Perturbada. Resultado de Enfermagem: Imagem Corporal Positiva.	-	94%	Autoimagem Corporal Negativa. Resultado de Enfermagem: Autoimagem Corporal Melhorada. Autoimagem Corporal Positiva.
Baixo Peso. Resultado de Enfermagem: Peso nos Limites Normais.	-	91%	Baixo Peso. Resultado de Enfermagem: Peso Adequado para Idade.
Comunicação Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capaz de Comunicar-se.	88%	91%	Comunicação Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comunicação Melhorada. Comunicação Eficaz.
Desenvolvimento Infantil Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Eficaz.	-	91%	Desenvolvimento Infantil Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Melhorado. Desenvolvimento Infantil Adequado.
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado.	90%	91%	Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada.
Privação do Sono. Resultado de Enfermagem: Privação Reduzida do Sono.	-	91%	Privação do Sono. Resultado de Enfermagem: Privação do Sono, Reduzida. Privação do Sono, Eliminada.

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Baixa autoestima. Resultado de Enfermagem: Baixa Autoestima Reduzida.	-	91%	Autoestima Negativa. Resultado de Enfermagem: Baixa Autoestima, Reduzida. Autoestima Positiva.
Enfrentamento Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Eficaz.	-	91%	Enfrentamento Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Melhorado. Enfrentamento Adequado.
Rede Social Escassa. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada.	81%	91%	Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.
Risco de Estar com Peso Abaixo do Esperado. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Estar com Peso Abaixo do Esperado.	-	91%	Risco para Baixo Peso. Resultado de Enfermagem: Risco para Baixo Peso, Reduzido. Risco para Baixo Peso, Eliminado.
Socialização Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capaz de Socializar-se.	-	91%	Socialização Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Socialização Melhorada. Socialização Eficaz.
Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Negligência Ausente.	-	90%	Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Negligência Infantil Eliminada.
Ansiedade. Resultado de Enfermagem: Ansiedade Reduzida.	-	90%	Sinais de Ansiedade. Resultado de Enfermagem: Sinais Ansiedade, Reduzidos. Sinais de Ansiedade, Eliminados.
Risco de Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Desempenho Escolar Prejudicado.	-	90%	Risco de Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco de Desempenho Escolar Prejudicado, Reduzido. Risco de Desempenho Escolar Prejudicado, Eliminado.
Tristeza. Resultado de Enfermagem: Tristeza Reduzida.	-	90%	Tristeza. Resultado de Enfermagem: Tristeza Reduzida. Tristeza Eliminada.
Dependência de Drogas. Resultado de Enfermagem: Dependência de Drogas Ausente.	87%	90%	Dependência de Drogas. Resultado de Enfermagem: Dependência de Drogas, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
Barreira na Comunicação. Resultado de Enfermagem: Barreira Reduzida na Comunicação.	90%	88%	Barreira na Comunicação. Resultado de Enfermagem: Barreira na Comunicação, Reduzida. Barreira na Comunicação, Eliminada.
Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão). Resultado de Enfermagem: Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão) Reduzido.	-	88%	Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão). Resultado de Enfermagem: Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Diminuído. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Eliminado.
Comportamento Violento. Resultado de Enfermagem: Comportamento Violento Ausente.	-	88%	Comportamento Violento. Resultado de Enfermagem: Comportamento Violento Diminuído. Comportamento Violento Eliminado.

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Desamparo. Resultado de Enfermagem: Desamparo Reduzido.	-	88%	Desamparo. Resultado de Enfermagem: Desamparo Reduzido. Desamparo Eliminado.
Incontinência por Estresse. Resultado de Enfermagem: Incontinência por Estresse Diminuída. Eliminação Urinária Adequada. Eliminação Intestinal Adequada.	-	88%	Incontinência por Estresse. Resultado de Enfermagem: Incontinência por Estresse, Reduzida. Eliminação Urinária Adequada. Eliminação Intestinal Adequada.
Ligação Afetiva Prejudicada Cuidador-Criança. Resultado de Enfermagem: Ligação Afetiva Cuidador-Criança Eficaz.	-	88%	Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Ausente. Resultado de Enfermagem: Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Presente.
Recuperação Física Atrasada (ou Lenta). Resultado de Enfermagem: Recuperação Física Eficaz.	-	88%	Recuperação Física Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Recuperação Física Melhorada. Recuperação Física Adequada.
Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Ser Vítima de Negligência Infantil.	-	88%	Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Reduzido. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Eliminado.
Risco de Sono Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Sono Prejudicado.	-	88%	Risco de Sono Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco de Sono Prejudicado, Reduzido. Risco de Sono Prejudicado, Eliminado.
Risco de Violência Doméstica. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Violência Doméstica.	-	88%	Risco de Violência Doméstica. Resultado de Enfermagem: Risco de Violência Doméstica, Reduzido. Risco de Violência Doméstica, Eliminado.
Sobrepeso. Resultado de Enfermagem: Peso nos Limites Normais.	-	88%	Sobrepeso. Resultado de Enfermagem: Peso adequado para idade.
Sonolência. Resultado de Enfermagem: Sonolência Reduzida.	-	88%	Sonolência. Resultado de Enfermagem: Sonolência Reduzida. Sonolência Eliminada.
Violência Doméstica. Resultado de Enfermagem: Violência Doméstica Ausente.	87%	88%	Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada.
Cognição Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Cognição nos Limites Normais.	88%	88%	Cognição Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Cognição Melhorada. Cognição Adequada.
Risco de Negligência. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Negligência.	-	88%	Incorporado ao Diagnóstico de Enfermagem “Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil” por ter mais especificidade ao Subconjunto Terminológico proposto.
Abandono da Criança. Resultado de Enfermagem: Abandono Ausente da Criança.	-	88%	Abandono da Criança, Presente. Resultado de Enfermagem: Abandono da Criança, Eliminado.

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Falta de Apoio Social. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Eficaz.	91%	88%	Apoio Social Ausente. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Presente.
Vergonha. Resultado de Enfermagem: Vergonha Reduzida.	-	88%	Vergonha. Resultado de Enfermagem: Vergonha Reduzida.
Falta de Apoio Familiar. Resultado de Enfermagem: Apoio Familiar Positivo.	-	87%	Apoio Familiar Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Apoio Familiar Melhorado. Apoio Familiar Eficaz.
Falta de Atividade Lúdica. Resultado de Enfermagem: Atividade Lúdica Melhorada. Atividade Lúdica Adequada.	-	87%	Atividade Lúdica Insatisfatória. Resultado de Enfermagem: Atividade Lúdica Melhorada. Atividade Lúdica Satisfatória.
Comportamento Sexual Problemático. Resultado de Enfermagem: Comportamento Sexual Eficaz.	-	84%	Comportamento Sexual Inapropriado. Resultado de Enfermagem: Comportamento Sexual Inapropriado, Reduzido. Comportamento Sexual Inapropriado, Eliminado.
Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo). Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo).	-	84%	Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo). Resultado de Enfermagem: Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo), Reduzido. Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo), Eliminado.
Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Ser Vítima de Abuso Infantil.	-	84%	Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Reduzido. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Eliminado.
Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Abuso Infantil Ausente.	-	84%	Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Abuso Infantil, Eliminado.
Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa) Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capaz de Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa).	-	84%	Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Melhorada. Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Adequada.
Medo de Abandono. Resultado de Enfermagem: Medo Reduzido de Abandono.	-	84%	Medo de Abandono. Resultado de Enfermagem: Medo de Abandono, Reduzido. Medo de Abandono, Eliminado.
Raiva. Resultado de Enfermagem: Raiva Reduzida.	-	84%	Raiva. Resultado de Enfermagem: Raiva Reduzida. Raiva Eliminada.
Tristeza Crônica. Resultado de Enfermagem: Tristeza Crônica Reduzida.	-	84%	Tristeza Crônica. Resultado de Enfermagem: Tristeza Crônica Reduzida. Tristeza Crônica Eliminada.
Risco de Desidratação. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Desidratação.	-	84%	Incorporado ao Diagnóstico de Enfermagem “Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil” por ter mais especificidade ao Subconjunto Terminológico proposto.

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Depressão. Resultado de Enfermagem: Depressão Melhorada. Depressão Ausente.	87%	84%	Sinais de Depressão, Presentes. Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão, Diminuídos. Sinais de Depressão, Eliminados.
Medo. Resultado de Enfermagem: Medo Reduzido.	-	84%	Medo. Resultado de Enfermagem: Medo Reduzido. Medo Eliminado.
Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Dificuldade com Enfrentamento.	-	84%	Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Resultado de Enfermagem: Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Reduzido. Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Eliminado.
Resposta ao Trauma do Estupro. Resultado de Enfermagem: Resposta ao Trauma do Estupro Melhorada.	-	81%	Resposta ao Trauma do Estupro, Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Resposta ao Trauma do Estupro, Melhorada. Resposta ao Trauma do Estupro Melhorada, Eficaz.
Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro). Resultado de Enfermagem: Agressão Sexual (ou Estupro) Ausente.	-	81%	Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro). Resultado de Enfermagem: Vítima Protegida contra Novos Episódios de Agressão Sexual (ou Estupro).
Dependência de Álcool. Resultado de Enfermagem: Dependência de Álcool Ausente.	94%	81%	Dependência de Álcool. Resultado de Enfermagem: Dependência de Álcool, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
Desesperança. Resultado de Enfermagem: Desesperança Reduzida. Esperança.	-	81%	Desesperança. Resultado de Enfermagem: Desesperança Reduzida. Desesperança Eliminada.
Falta de Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.	94%	-	Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Melhorado. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Satisfatório.
Estresse dos Pais. Resultado de Enfermagem: Estresse dos Pais Reduzido. Estresse dos Pais Ausente.	94%	-	Sinais de Estresse dos Pais, Presentes. Resultado de Enfermagem: Sinais de Estresse dos Pais, Reduzidos. Sinais de Estresse dos Pais, Eliminados.
Atitude Familiar Conflituosa. Resultado de Enfermagem: Atitude Familiar Conflituosa Reduzida.	94%	-	Atitude Familiar Conflituosa. Resultado de Enfermagem: Atitude Familiar Conflituosa, Reduzida. Atitude Familiar Conflituosa, Eliminada.
Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Cuidador Capaz de Executar o Cuidado.	91%	-	Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Melhorada. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Adequada.
Enfrentamento Familiar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Familiar Melhorado. Enfrentamento Familiar Eficaz.	91%	-	Enfrentamento Familiar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Familiar Melhorado. Enfrentamento Familiar Adequado.
Falta de Conhecimento sobre Educação Sem Violência. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Educação Sem Violência.	91%	-	Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Melhorado. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Satisfatório.

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Falta de Conhecimentos sobre Cuidados com Bebê (ou Lactente). Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente).	91%	-	Conhecimento sobre Cuidados com Bebê (ou Lactente), Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Melhorado. Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Satisfatório.
Processo Familiar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Processo Familiar Eficaz.	91%	-	Dinâmica Familiar Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Dinâmica Familiar Melhorada. Dinâmica Familiar Eficaz.
Parentalidade Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Parentalidade Eficaz.	91%	-	Parentalidade Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Parentalidade Melhorada. Parentalidade Eficaz.
Falta de Conhecimento sobre Serviços Comunitários. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Serviços Comunitários.	88%	-	Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Melhorado. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Satisfatório.
Falta de Conhecimento sobre Gestação (ou Gravidez). Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Gestação (Gravidez).	87%	-	Conhecimento sobre Gestação (ou Gravidez), Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Gestação (Gravidez), Melhorado. Conhecimento sobre Gestação (Gravidez), Satisfatório.
Falta de Conhecimento sobre Parentalidade. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Parentalidade.	84%	-	Conhecimento sobre Parentalidade, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Parentalidade, Melhorado. Conhecimento sobre Parentalidade, Satisfatório.
Falta de Conhecimento sobre Alimentação Infantil. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Alimentação Infantil.	83%	-	Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Melhorado. Conhecimento Adequado sobre Alimentação Infantil, Satisfatório.
Falta de Conhecimento sobre Prevenção de Queda. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Prevenção de Queda.	81%	-	Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Melhorado. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Satisfatório.
Tomada de Decisão Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Tomada de Decisão Melhorada. Tomada de Decisão Eficaz.	78%	-	não validado
Falta de Conhecimento sobre Parto (ou Nascimento). Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Parto (ou Nascimento).	78%	-	não validado
Risco de Desenvolvimento Fetal Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco Reduzido de Desenvolvimento Fetal Prejudicado.	-	78%	não validado
Desenvolvimento Fetal Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desenvolvimento Fetal Eficaz.	-	78%	não validado
Problema com Aquisição de Medicação. Resultado de Enfermagem: Capaz de Adquirir Medicação.	77%	-	não validado

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À VALIDAÇÃO	IVC		VERSÃO FINAL
	Relativo à família	Relativo à criança	
Problema de Saneamento. Resultado de Enfermagem: Saneamento Eficaz.	75%	-	não validado
Pesadelo. Resultado de Enfermagem: Pesadelo Reduzido.	-	75%	não validado
Falta de Serviços Comunitários. Resultado de Enfermagem: Serviços Comunitários Presentes.	78%	75%	não validado
Impotência. Resultado de Enfermagem: Impotência Diminuída	-	71%	não validado
Autorrevelação (ou Autoexposição) Inapropriada. Resultado de Enfermagem: Autorrevelação (ou Autoexposição) Inapropriada Reduzida.	-	70%	não validado

(conclusão)

Como mostra o Quadro 11, em relação aos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências, foram validados ($IVC > 0,79$) 57 relativos à criança e 24 relativos à família da criança em situação de violência doméstica, totalizando 81 Diagnósticos/Resultados. Dois Diagnósticos relativos à criança (“Risco de Desidratação” e “Risco de Negligência”) foram agrupados ao Diagnóstico “Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil”, com base nas sugestões das juízas/especialistas, por apresentarem mais especificidade ao Subconjunto Terminológico proposto. Não foram validados ($IVC < \text{ou igual a } 0,79$) 6 Diagnósticos/Resultados relativos à criança e 6 relativos à família, totalizando 12 Diagnósticos/Resultados não validados.

O total de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem validados na FASE 1 foram 34 do Grupo de Fortalecimentos e Promoção, sendo 20 relativos à criança e 14 relativos à família, e 81 do Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências, sendo 57 relativos à criança e 24 relativos à família.

GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À CRIANÇA

1. Apoio Familiar Eficaz
2. Apoio Social Presente
3. Autocontrole Eficaz
4. Autoimagem Positiva
5. Capacidade de Executar Atividade de Lazer, Adequada
6. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada
7. Comportamento de Busca de Saúde, Eficaz
8. Comunicação Eficaz
9. Continuidade do Cuidado, Eficaz
10. Controle da Raiva, Eficaz
11. Desempenho Escolar Adequado
12. Desenvolvimento Infantil Adequado
13. Enfrentamento Adequado
14. Esperança
15. Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Presente
16. Prontidão para Comunicação
17. Prontidão para Conhecimento
18. Prontidão para Enfrentamento
19. Recuperação de Abuso, Eficaz
20. Socialização Eficaz

GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À FAMÍLIA

1. Apoio Social Presente
2. Capacidade de Executar Atividade de Lazer, Adequada
3. Comunicação Eficaz
4. Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Satisfatório
5. Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Satisfatório
6. Conhecimento sobre Desenvolvimento Fetal, Satisfatório
7. Cuidador Capaz de Executar o Cuidado
8. Dinâmica Familiar Eficaz
9. Enfrentamento Familiar Adequado
10. Família Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado
11. Parentalidade Eficaz
12. Prontidão para Dinâmica Familiar Eficaz
13. Prontidão para Proteção
14. Prontidão para Tomada de Decisão

**GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E
CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À CRIANÇA**

1. Abandono da Criança, Presente. Resultado de Enfermagem: Abandono da Criança, Presente. Resultado de Enfermagem: Abandono da Criança, Eliminado.
2. Apoio Familiar Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Apoio Familiar Melhorado. Apoio Familiar Eficaz.
3. Apoio Social Ausente. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Presente.
4. Atividade Lúdica Insatisfatória. Resultado de Enfermagem: Atividade Lúdica Melhorada. Atividade Lúdica Satisfatória.
5. Autoestima Negativa. Resultado de Enfermagem: Baixa Autoestima, Reduzida. Autoestima Positiva.
6. Autoimagem Corporal Negativa. Resultado de Enfermagem: Autoimagem Corporal Melhorada. Autoimagem Corporal Positiva.
7. Baixo Comparecimento Escolar. Resultado de Enfermagem: Comparecimento Escolar Melhorado. Comparecimento Escolar Adequado.
8. Baixo Peso. Resultado de Enfermagem: Peso Adequado para Idade.
9. Barreira na Comunicação. Resultado de Enfermagem: Barreira na Comunicação, Reduzida. Barreira na Comunicação, Eliminada.
10. Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Melhorada. Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Adequada.

11. Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Melhorada. Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Adequada.
12. Capacidade para Executar o Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Executar o Cuidado, Melhorada. Capacidade para Executar o Cuidado, Adequada.
13. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada.
14. Cognição Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Cognição Melhorada. Cognição Adequada.
15. Comportamento Autodestrutivo. Resultado de Enfermagem: Comportamento Autodestrutivo Diminuído. Comportamento Autodestrutivo Eliminado.
16. Comportamento de Busca de Saúde, Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comportamento de Busca de Saúde, Melhorado. Comportamento de Busca de Saúde, Eficaz.
17. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão). Resultado de Enfermagem: Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Diminuído. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Eliminado.
18. Comportamento Interativo, Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comportamento Interativo, Melhorado. Comportamento Interativo, Eficaz.
19. Comportamento Sexual Inapropriado. Resultado de Enfermagem: Comportamento Sexual Inapropriado, Reduzido. Comportamento Sexual Inapropriado, Eliminado.
20. Comportamento Violento. Resultado de Enfermagem: Comportamento Violento Diminuído. Comportamento Violento Eliminado.
21. Comunicação Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comunicação Melhorada. Comunicação Eficaz.
22. Dependência de Álcool. Resultado de Enfermagem: Dependência de Álcool, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
23. Dependência de Drogas. Resultado de Enfermagem: Dependência de Drogas, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
24. Desamparo. Resultado de Enfermagem: Desamparo Reduzido. Desamparo Eliminado.
25. Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desempenho Escolar Melhorado. Desempenho Escolar Adequado.
26. Desenvolvimento Infantil Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Melhorado. Desenvolvimento Infantil Adequado.
27. Desesperança. Resultado de Enfermagem: Desesperança Reduzida. Desesperança Eliminada.
28. Enfrentamento Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Melhorado. Enfrentamento Adequado.
29. Incontinência por Estresse. Resultado de Enfermagem: Incontinência por Estresse, Reduzida. Eliminação Urinária Adequada. Eliminação Intestinal Adequada.
30. Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Ausente. Resultado de Enfermagem: Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Presente.

31. Medo. Resultado de Enfermagem: Medo Reduzido. Medo Eliminado.
32. Medo de Abandono. Resultado de Enfermagem: Medo de Abandono, Reduzido. Medo de Abandono, Eliminado.
33. Privação do Sono. Resultado de Enfermagem: Privação do Sono, Reduzida. Privação do Sono, Eliminada.
34. Raiva. Resultado de Enfermagem: Raiva Reduzida. Raiva Eliminada.
35. Recuperação Física Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Recuperação Física Melhorada. Recuperação Física Adequada.
36. Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.
37. Resposta ao Trauma do Estupro, Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Resposta ao Trauma do Estupro, Melhorada. Resposta ao Trauma do Estupro Melhorada, Eficaz.
38. Risco de Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco de Desempenho Escolar Prejudicado, Reduzido. Risco de Desempenho Escolar Prejudicado, Eliminado.
39. Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Resultado de Enfermagem: Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Reduzido. Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Eliminado.
40. Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo). Resultado de Enfermagem: Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo), Reduzido. Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo), Eliminado.
41. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Reduzido. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Eliminado.
42. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Reduzido. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Eliminado.
43. Risco de Sono Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco de Sono Prejudicado, Reduzido. Risco de Sono Prejudicado, Eliminado.
44. Risco de Violência Doméstica. Resultado de Enfermagem: Risco de Violência Doméstica, Reduzido. Risco de Violência Doméstica, Eliminado.
45. Risco para Baixo Peso. Resultado de Enfermagem: Risco para Baixo Peso, Reduzido. Risco para Baixo Peso, Eliminado.
46. Sinais de Ansiedade. Resultado de Enfermagem: Sinais Ansiedade, Reduzidos. Sinais de Ansiedade, Eliminados.
47. Sinais de Depressão, Presentes. Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão, Diminuídos. Sinais de Depressão, Eliminados.
48. Sobrepeso. Resultado de Enfermagem: Peso adequado para idade.
49. Socialização Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Socialização Melhorada. Socialização Eficaz.
50. Sonolência. Resultado de Enfermagem: Sonolência Reduzida. Sonolência Eliminada.
51. Tristeza. Resultado de Enfermagem: Tristeza Reduzida. Tristeza Eliminada.
52. Tristeza Crônica. Resultado de Enfermagem: Tristeza Crônica Reduzida. Tristeza Crônica Eliminada.
53. Vergonha. Resultado de Enfermagem: Vergonha Reduzida.

54. Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada.
55. Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Abuso Infantil, Eliminado.
56. Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro). Resultado de Enfermagem: Vítima Protegida contra Novos Episódios de Agressão Sexual (ou Estupro).
57. Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Negligência Infantil Eliminada.

**GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E
CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À FAMÍLIA**

1. Apoio Social Ausente. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Presente.
2. Atitude Familiar Conflituosa. Resultado de Enfermagem: Atitude Familiar Conflituosa, Reduzida. Atitude Familiar Conflituosa, Eliminada.
3. Barreira na Comunicação. Resultado de Enfermagem: Barreira na Comunicação, Reduzida. Barreira na Comunicação, Eliminada.
4. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Melhorada. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Adequada.
5. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada.
6. Cognição Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Cognição Melhorada. Cognição Adequada.
7. Comunicação Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comunicação Melhorada. Comunicação Eficaz.
8. Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Melhorado. Conhecimento Adequado sobre Alimentação Infantil, Satisfatório.
9. Conhecimento sobre Cuidados com Bebê (ou Lactente), Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Melhorado. Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Satisfatório.
10. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Melhorado. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Satisfatório.
11. Conhecimento sobre Gestação (ou Gravidez), Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Gestação (Gravidez), Melhorado. Conhecimento sobre Gestação (Gravidez), Satisfatório.
12. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Melhorado. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Satisfatório.
13. Conhecimento sobre Parentalidade, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Parentalidade, Melhorado. Conhecimento sobre Parentalidade, Satisfatório.

14. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Melhorado. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Satisfatório.
15. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Melhorado. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Satisfatório.
16. Dependência de Álcool. Resultado de Enfermagem: Dependência de Álcool, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
17. Dependência de Drogas. Resultado de Enfermagem: Dependência de Drogas, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
18. Dinâmica Familiar Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Dinâmica Familiar Melhorada. Dinâmica Familiar Eficaz.
19. Enfrentamento Familiar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Familiar Melhorado. Enfrentamento Familiar Adequado.
20. Parentalidade Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Parentalidade Melhorada. Parentalidade Eficaz.
21. Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.
22. Sinais de Depressão, Presentes. Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão, Diminuídos. Sinais de Depressão, Eliminados.
23. Sinais de Estresse dos Pais, Presentes. Resultado de Enfermagem: Sinais de Estresse dos Pais, Reduzidos. Sinais de Estresse dos Pais, Eliminados.
24. Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada.

4.4.2 FASE 2 – Validação das Intervenções de Enfermagem

Na FASE 2, foram apresentados novamente os Diagnósticos/Resultados de Enfermagem que haviam recebido $IVC > 0,79$ na FASE 1, a fim de que as juízas pudessem avaliá-los mais uma vez.

Após a segunda avaliação das juízas e a incorporação das sugestões, os resultados foram apresentados nos quadros a seguir.

Observe-se que, na FASE 2, não era obrigatório responder a todas as questões para se prosseguir no questionário, portanto, o número total de respondentes para cada questão foi diferente. O IVC foi calculado considerando-se o total individual de cada questão.

Quadro 12 – Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À CRIANÇA, FASE 2, 2017**Total de respondentes: 8**

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Apoio Social Presente	100% 8	Apoio Social Efetivo
Desempenho Escolar Adequado	100% 8	Desempenho Escolar Adequado
Desenvolvimento Infantil Adequado	100% 8	Desenvolvimento Infantil Adequado
Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Presente	100% 8	Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança
Apoio Familiar Eficaz	88% 7	Apoio Familiar Eficaz
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada	88% 7	Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada
Comunicação Eficaz	88% 7	Comunicação Eficaz
Continuidade do Cuidado, Eficaz	88% 7	Continuidade do Cuidado, Eficaz
Socialização Eficaz	88% 7	Socialização Eficaz
Autoimagem Positiva	75% 6	não validado
Capacidade de Executar Atividade de Lazer, Adequada	75% 6	não validado
Comportamento de Busca de Saúde, Eficaz	75% 6	não validado
Controle da Raiva, Eficaz	75% 6	não validado
Enfrentamento Adequado	75% 6	não validado
Prontidão para Enfrentamento	75% 6	não validado
Recuperação de Abuso, Eficaz	75% 6	não validado
Prontidão para Comunicação	63% 5	não validado
Prontidão para Conhecimento	63% 5	não validado
Esperança	50% 4	não validado
Autocontrole Eficaz	38% 3	não validado

Quadro 13 – Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À FAMÍLIA, FASE 2, 2017

Total de respondentes: 8

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Apoio Social Presente	100% 8	Apoio Social Efetivo
Cuidador Capaz de Executar o Cuidado	100% 8	Cuidador(a) Capaz de Executar o Cuidado
Enfrentamento Familiar Adequado	88% 7	Enfrentamento Familiar Adequado
Família Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado	88% 7	Família/Cuidador(a) Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado
Prontidão para Tomada de Decisão	88% 7	Prontidão para Tomada de Decisão
Comunicação Eficaz	75% 6	não validado
Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Satisfatório	75% 6	não validado
Conhecimento sobre Cuidados com o Bebê (ou Lactente), Satisfatório	75% 6	não validado
Dinâmica Familiar Eficaz	75% 6	não validado
Prontidão para Dinâmica Familiar Eficaz	75% 6	não validado
Prontidão para Proteção	75% 6	não validado
Capacidade de Executar Atividade de Lazer, Adequada	63% 5	não validado
Parentalidade Eficaz	63% 5	não validado
Conhecimento sobre Desenvolvimento Fetal, Satisfatório	50% 4	não validado

Quadro 14 – Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À CRIANÇA, FASE 2, 2017

Total de respondentes: 7

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Abandono da Criança, Presente	100% 7	Abandono da Criança
Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão)	100% 7	Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão)
Comportamento Violento	100% 7	Comportamento Violento
Desenvolvimento Infantil Prejudicado	100% 7	Desenvolvimento Infantil Prejudicado
Vítima de Abuso Infantil	100% 7	Vítima de Abuso Infantil
Apoio Familiar Ineficaz	86% 6	Apoio Familiar Ineficaz
Apoio Social Ausente	86% 6	Apoio Social Ausente
Atividade Lúdica Insatisfatória	86% 6	Atividade Lúdica Insatisfatória
Barreira na Comunicação	86% 6	Barreira na Comunicação
Comportamento Autodestrutivo	86% 6	Comportamento Autodestrutivo
Comportamento Sexual Inapropriado	86% 6	Comportamento Sexual Inapropriado
Desempenho Escolar Prejudicado	86% 6	Desempenho Escolar Prejudicado
Enfrentamento Prejudicado	86% 6	Enfrentamento Prejudicado
Medo	86% 6	Medo
Medo de Abandono	86% 6	Medo de Abandono
Privação do Sono	86% 6	Privação do Sono
Rede Social Insuficiente	86% 6	Rede Social Insuficiente
Risco de Dificuldade com Enfrentamento	86% 6	Risco de Dificuldade com Enfrentamento

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil	86% 6	Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil
Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil	86% 6	Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil
Risco de Sono Prejudicado	86% 6	Risco de Sono Prejudicado
Risco de Violência Doméstica	86% 6	Risco de Violência Doméstica
Sinais de Ansiedade	86% 6	Sinais de Ansiedade (descrever)
Sinais de Depressão, Presentes	86% 6	Sinais de Depressão (descrever)
Socialização Ineficaz	86% 6	Socialização Ineficaz
Tristeza Crônica	86% 6	Tristeza Crônica
Vergonha	86% 6	Vergonha
Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente	86% 6	Violência contra outras Pessoas no Domicílio
Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro)	86% 6	Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro)
Vítima de Negligência Infantil	86% 6	Vítima de Negligência Infantil
Autoestima Negativa	71% 5	não validado
Autoimagem Corporal Negativa	71% 5	não validado
Baixo Comparecimento Escolar	71% 5	não validado
Baixo Peso	71% 5	não validado
Capacidade para Executar Atividade de Lazer, Prejudicada	71% 5	não validado
Capacidade para Executar o Cuidado, Prejudicada	71% 5	não validado
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada	71% 5	não validado
Cognição Prejudicada	71% 5	não validado
Comportamento de Busca de Saúde, Ineficaz	71% 5	não validado

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Comportamento Interativo, Ineficaz	71% 5	não validado
Comunicação Ineficaz	71% 5	não validado
Dependência de Álcool	71% 5	não validado
Dependência de Drogas	71% 5	não validado
Desamparo	71% 5	não validado
Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Ausente	71% 5	não validado
Raiva	71% 5	não validado
Recuperação Física Prejudicada	71% 5	não validado
Risco de Desempenho Escolar Prejudicado	71% 5	não validado
Risco para Baixo Peso	71% 5	não validado
Sobrepeso	71% 5	não validado
Tristeza	71% 5	não validado
Capacidade para Arrumar-se (Cuidar da Aparência Externa), Prejudicada	57% 4	não validado
Desesperança	57% 4	não validado
Incontinência por Estresse	57% 4	não validado
Resposta ao Trauma do Estupro, Ineficaz	57% 4	não validado
Risco de Exposição ao Tabagismo Secundário (Passivo)	57% 4	não validado
Sonolência	57% 4	não validado

(conclusão)

Quadro 15 – Quadro-síntese da validação dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem, GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À FAMÍLIA, FASE 2, 2017

Total de respondentes: 7

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório	100% 7	Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório
Sinais de Estresse dos Pais, Presentes	100% 7	Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever)
Apoio Social Ausente	86% 6	Apoio Social Ausente
Atitude Familiar Conflituosa	86% 6	Atitude Familiar Conflituosa
Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada	86% 6	Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Prejudicada
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada	86% 6	Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada
Comunicação Ineficaz	86% 6	Comunicação Ineficaz
Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório	86% 6	Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório
Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório	86% 6	Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório
Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório	86% 6	Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório
Dependência de Álcool	86% 6	Dependência de Álcool
Dependência de Drogas	86% 6	Dependência de Drogas
Enfrentamento Familiar Prejudicado	86% 6	Enfrentamento Familiar Prejudicado
Rede Social Insuficiente	86% 6	Rede Social Insuficiente
Sinais de Depressão, Presentes	86% 6	Sinais de Depressão (descrever)
Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente	86% 6	Violência contra outras Pessoas no Domicílio
Barreira na Comunicação	71% 5	não validado
Cognição Prejudicada	71% 5	não validado

(continua)

(continuação)

SUBMETIDOS À SEGUNDA VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Conhecimento sobre Alimentação Infantil, Insatisfatório	71% 5	não validado
Conhecimento sobre Cuidados com Bebê (ou Lactente), Insatisfatório	71% 5	não validado
Conhecimento sobre Gestação (ou Gravidez), Insatisfatório	71% 5	não validado
Conhecimento sobre Parentalidade, Insatisfatório	71% 5	não validado
Dinâmica Familiar Ineficaz	71% 5	não validado
Parentalidade Ineficaz	57% 4	não validado

(conclusão)

Quanto ao Grupo de Fortalecimentos e Promoção, dos 20 Diagnósticos de Enfermagem relativos à criança da FASE 1, 9 foram validados na FASE 2, e dos 14 relativos à família, 5 foram validados.

Quanto ao Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências, dos 57 Diagnósticos de Enfermagem relativos à criança da FASE 1, 30 foram validados na FASE 2, e dos 24 relativos à família, 16 foram validados.

A possibilidade de uma segunda avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem pelas juízas garantiu maior fidedignidade ao Subconjunto final, permanecendo apenas aqueles com maior potencial de representar o fenômeno da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s.

Abaixo, seguem os Diagnósticos de Enfermagem finais, acompanhados dos Resultados de Enfermagem:

GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À CRIANÇA

1. Apoio Familiar Eficaz
2. Apoio Social Efetivo
3. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada
4. Comunicação Eficaz
5. Continuidade do Cuidado, Eficaz
6. Desempenho Escolar Adequado
7. Desenvolvimento Infantil Adequado
8. Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança

9. Socialização Eficaz

GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVO À FAMÍLIA

1. Apoio Social Efetivo
2. Cuidador(a) Capaz de Executar o Cuidado
3. Enfrentamento Familiar Adequado
4. Família/Cuidador(a) Capaz de Participar no Planejamento do Cuidado
5. Prontidão para Tomada de Decisão

GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À CRIANÇA

1. Abandono da Criança. Resultado de Enfermagem: Abandono da Criança, Ausente.
2. Apoio Familiar Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Apoio Familiar Melhorado. Apoio Familiar Eficaz.
3. Apoio Social Inefetivo. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Efetivo.
4. Atividade Lúdica Insatisfatória. Resultado de Enfermagem: Atividade Lúdica Melhorada. Atividade Lúdica Satisfatória.
5. Barreira na Comunicação. Resultado de Enfermagem: Barreira na Comunicação, Reduzida. Barreira na Comunicação, Ausente.
6. Comportamento Autodestrutivo. Resultado de Enfermagem: Comportamento Autodestrutivo Diminuído. Comportamento Autodestrutivo Ausente.
7. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão). Resultado de Enfermagem: Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Diminuído. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Ausente.
8. Comportamento Sexual Inapropriado. Resultado de Enfermagem: Comportamento Sexual Inapropriado, Reduzido. Comportamento Sexual Inapropriado, Ausente.
9. Comportamento Violento. Resultado de Enfermagem: Comportamento Violento Diminuído. Comportamento Violento Ausente.
10. Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desempenho Escolar Melhorado. Desempenho Escolar Adequado.
11. Desenvolvimento Infantil Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Melhorado. Desenvolvimento Infantil Adequado.
12. Enfrentamento Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Melhorado. Enfrentamento Adequado.
13. Medo. Resultado de Enfermagem: Medo Reduzido. Medo Ausente.
14. Medo de Abandono. Resultado de Enfermagem: Medo de Abandono, Reduzido. Medo de Abandono, Ausente.
15. Privação do Sono. Resultado de Enfermagem: Privação do Sono, Reduzida. Privação do Sono, Ausente.
16. Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.

17. Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Resultado de Enfermagem: Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Reduzido. Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Ausente.
18. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Reduzido. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Ausente.
19. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Reduzido. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Ausente.
20. Risco de Sono Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco de Sono Prejudicado, Reduzido. Risco de Sono Prejudicado, Ausente.
21. Risco de Violência Doméstica. Resultado de Enfermagem: Risco de Violência Doméstica, Reduzido. Risco de Violência Doméstica, Ausente.
22. Sinais de Ansiedade (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais Ansiedade (descrever), Reduzidos. Sinais de Ansiedade (descrever), Ausentes.
23. Sinais de Depressão (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão (descrever), Diminuídos. Sinais de Depressão (descrever), Ausentes.
24. Socialização Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Socialização Melhorada. Socialização Eficaz.
25. Tristeza Crônica. Resultado de Enfermagem: Tristeza Crônica Reduzida. Tristeza Crônica Ausente.
26. Vergonha. Resultado de Enfermagem: Vergonha Reduzida.
27. Violência contra outras Pessoas no Domicílio. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Ausente.
28. Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Abuso Infantil, Ausente.
29. Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro). Resultado de Enfermagem: Vítima Protegida contra Novos Episódios de Agressão Sexual (ou Estupro).
30. Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Negligência Infantil Ausente.

**GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E
CONSEQUÊNCIAS RELATIVO À FAMÍLIA**

1. Apoio Social Inefetivo. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Efetivo.
2. Atitude Familiar Conflituosa. Resultado de Enfermagem: Atitude Familiar Conflituosa, Reduzida. Atitude Familiar Conflituosa, Ausente.
3. Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Melhorada. Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Adequada.
4. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada.
5. Comunicação Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comunicação Melhorada. Comunicação Eficaz.
6. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Melhorado. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Satisfatório.

7. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Melhorado. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Satisfatório.
8. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Melhorado. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Satisfatório.
9. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Melhorado. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Satisfatório.
10. Dependência de Álcool. Resultado de Enfermagem: Dependência de Álcool, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
11. Dependência de Drogas. Resultado de Enfermagem: Dependência de Drogas, Reduzida. Dependência de Drogas, Controlada.
12. Enfrentamento Familiar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Familiar Melhorado. Enfrentamento Familiar Adequado.
13. Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.
14. Sinais de Depressão (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão (descrever), Diminuídos. Sinais de Depressão (descrever), Ausentes.
15. Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever), Reduzidos. Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever), Ausentes.
16. Violência contra outras Pessoas no Domicílio. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Ausente.

Ainda na FASE 2, após a avaliação dos Diagnósticos de Enfermagem, as juízas eram direcionadas a selecionar as Intervenções de Enfermagem que fossem mais pertinentes a cada grupo.

As Intervenções estavam divididas em: 39 no Grupo de Fortalecimentos e Promoção, 189 no Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 47 que se aplicavam para ambos os grupos.

Foram validadas 172 Intervenções de Enfermagem, sendo: 31 no Grupo de Fortalecimentos e Promoção, 111 no Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 30 que se aplicavam para ambos os grupos.

Os quadros abaixo apresentam a versão final das Intervenções de Enfermagem com as sugestões das juízas já incorporadas e classificadas por ordem decrescente do IVC.

As seguintes Intervenções, apesar de terem tido $IVC > 0,79$, não foram consideradas para o conjunto final das Intervenções, pois, após a comparação com o conjunto final dos

Diagnósticos, elas não apresentaram correspondência a nenhum daqueles que foram validados:

- **1 Intervenção Fortalecimentos e Promoção:** Elogiar a atitude de busca de saúde (IVC=100%).
- **11 Intervenções do Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências:** Orientar sobre abandono de tabagismo (IVC=80%), Orientar sobre exposição a tabagismo secundário (passivo) (IVC=80%), Orientar sobre função do sistema urinário (IVC=80%), Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária (IVC=80%), Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequados (IVC=80%), Obter dados sobre imagem corporal (IVC=80%), Obter dados sobre apetite (IVC=80%), Monitorar desenvolvimento fetal (IVC=80%), Monitorar o restabelecimento da autoestima (IVC=80%), Obter dados sobre tabagismo (IVC=80%), Discutir com a criança as mudanças da imagem corporal (IVC=80%).
- **7 Intervenções para Ambos os Grupos:** Orientar sobre cuidados no pré-natal (IVC=89%), Orientar sobre desenvolvimento fetal (IVC=89%), Orientar sobre gestação (gravidez) (IVC=89%), Orientar sobre alimentação infantil (IVC=89%), Orientar sobre desidratação (IVC=89%), Obter dados sobre amamentação (IVC=89%), Orientar sobre amamentação (IVC=89%).

As Intervenções "Construir com a escola e com os pais/cuidadores oportunidades para que estes participem das atividades da escola" e "Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos", do Grupo de Fortalecimentos e Promoção e do Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências, respectivamente, foram trocadas entre si por apresentarem mais pertinência ao conteúdo dos grupos.

Após a incorporação das sugestões e o agrupamento de Intervenções que apresentavam conteúdo semelhante, o conjunto final ficou composto por 100 Intervenções de Enfermagem, sendo: 19 no Grupo de Fortalecimentos e Promoção, 63 no Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 18 que se aplicam para ambos os grupos.

Quadro 16 – Quadro-síntese da validação das Intervenções de Enfermagem, GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO, FASE 2, 2017

Total de respondentes: 9

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Auxiliar os membros da família a identificar e resolver os conflitos por meio do diálogo	100% 9	Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas e encorajar os membros da família a identificarem e resolverem os conflitos por meio do diálogo
Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas	100% 9	
Promover comunicação familiar eficaz	89% 8	
Elogiar a atitude de busca de saúde	100% 9	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Elogiar o desempenho escolar adequado	100% 9	Elogiar o desempenho escolar adequado da criança
Estabelecer relação de confiança com a família	100% 9	Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores
Estabelecer (criar) vínculo com a criança/família	89% 8	
Estimular (encorajar, incentivar) as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família	100% 9	Encorajar as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família
Estimular (encorajar, incentivar, reforçar) o convívio com amigos e familiares	100% 9	Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores
Estimular (encorajar, incentivar) a manutenção de tradições e comemorações familiares, como meio de reforçar a identidade e o vínculo familiar	89% 8	
Estimular (encorajar, incentivar) o fortalecimento dos laços familiares	89% 8	
Reforçar participação em atividades sociais e comunitárias	100% 9	Reforçar a participação em atividades sociais e comunitárias
Elogiar a capacidade para realizar a manutenção da saúde	89% 8	Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde
Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados	89% 8	Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados
Elogiar a capacidade de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão	89% 8	Elogiar a atitude de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão
Elogiar a tomada de decisão eficaz	89% 8	
Elogiar a capacidade para realizar a proteção	89% 8	Elogiar as ações que promovem proteção às crianças
Elogiar a capacidade para realizar o cuidado	89% 8	Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado
Reforçar comportamentos de cuidado com a saúde	89% 8	

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
------------------------	-----	--------------

Elogiar as habilidades de comunicação	89% 8	Elogiar as habilidades de comunicação
Elogiar o relacionamento próximo e afetivo entre cuidador(a) e criança	89% 8	Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança
Promover ligação afetiva cuidador(a)-criança	89% 8	
Reforçar a importância de conversar e demonstrar carinhos aos filhos	89% 8	
Elogiar os pais pelo desempenho eficaz do papel parental	89% 8	Elogiar e reforçar o papel dos pais/cuidadores como cuidadores e protetores das crianças
Reforçar o papel dos pais como cuidadores e protetores de seus filhos	89% 8	
Elogiar o desenvolvimento adequado da criança	89% 8	Elogiar o desenvolvimento adequado da criança
Estimular (encorajar, incentivar) a criança/família a planejar o futuro	89% 8	Incentivar a criança/família a planejar o futuro
Estimular (encorajar, incentivar) os pais a participarem de atividades na escola	89% 8	Construir com a escola e com os pais/cuidadores oportunidades para que estes participem das atividades da escola*
Orientar os pais sobre a importância de estabelecer limites com firmeza, de forma amorosa, serena e sem violência	89% 8	Orientar os pais/cuidadores sobre a importância de educar sem violência
Reforçar as habilidades positivas demonstradas	89% 8	Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica
Reforçar os pontos positivos identificados pela própria criança/família	89% 8	
Auxiliar a criança/família a reexaminar percepções negativas de si mesma	78% 7	não validada
Identificar e respeitar os mecanismos de enfrentamento	78% 7	não validada
Identificar lacunas de conhecimento sobre o cotidiano da vida em família	78% 7	não validada
Promover dinâmica familiar eficaz	78% 7	não validada
Promover papel de cuidador(a)	78% 7	não validada
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais	78% 7	não validada
Reforçar a importância de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão	78% 7	não validada
Reforçar a importância de ter esperança em um futuro melhor	78% 7	não validada

(conclusão)

* Transferida para o Grupo de Degastes, Causas, Manifestações e Consequências por ter apresentado maior proximidade com o conteúdo

Quadro 17 – Quadro-síntese da validação das Intervenções de Enfermagem, GRUPO DE DEGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS, FASE 2, 2017

Total de respondentes: 10

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Abordar de maneira calma e não punitiva	100% 10	Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança a fim de fortalecer a confiança
Demonstrar segurança durante o atendimento a fim de fortalecer a confiança	80% 8	
Aceitar os valores da família de maneira isenta de julgamentos	90% 9	Reconhecer os valores da família/cuidadores de maneira isenta de julgamentos
Aconselhar a criança/família sobre outras habilidades eficientes do enfrentamento	90% 9	Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica
Agendar consulta de retorno/acompanhamento (ou consulta subsequente)	90% 9	Agendar consulta de retorno/acompanhamento (ou consulta subsequente)
Apresentar as informações de maneira gradual e objetiva	90% 9	Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem prejulgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva
Usar linguagem acessível e sem prejulgamentos, em nível de compreensão da criança/família	90% 9	
Avaliar a capacidade de compreensão das informações	80% 8	
Articular-se com profissionais de outros setores para monitoramento do caso	90% 9	Articular-se com outros profissionais e outros setores para intervir junto à criança/família/cuidadores e para monitorar o caso
Buscar apoio de outros profissionais da saúde para intervir junto à família	80% 8	
Promover a articulação com profissionais de outros setores e instituições para monitoramento do caso	80% 8	
Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança	90% 9	Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança
Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança	90% 9	Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança
Atender os pais em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles	90% 9	Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles
Identificar conflitos familiares geradores de violência contra seus membros, especialmente contra a criança	90% 9	Identificar conflitos/condições familiares geradores de violência ou que possam gerar maior vulnerabilidade a práticas violentas
Identificar situações familiares que possam gerar maior vulnerabilidade às práticas violentas	80% 8	
Obter dados sobre risco de violência	80% 8	
Identificar processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos	90% 9	Identificar comportamento agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos
Obter dados sobre comportamento agressivo	80% 8	

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Estimular (encorajar, incentivar) a participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	90% 9	Estimular a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e construir coletivamente estratégias de participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
Estimular (encorajar, incentivar) a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	80% 8	
Acionar rede comunitária existente (associações...)	80% 8	Acionar a rede e os recursos comunitários existentes para ações coletivas de enfrentamento da violência doméstica infantil
Explicar sobre os recursos comunitários disponíveis	80% 8	
Ajudar a criança a lembrar situações adversas superadas, encorajando-a a enfrentar a situação atual	80% 8	Ajudar a criança/família a lembrar situações adversas superadas, encorajando-as a enfrentar a situação atual
Apoiar a família para desempenhar papel de apoio e proteção	80% 8	Construir com a família/cuidadores ações para apoio e proteção às crianças
Apoiar os pais para construir vínculo de confiança com os filhos	80% 8	Planejar com os pais/cuidadores formas para construir ligação afetiva e vínculo de confiança com as crianças
Orientar sobre ligação afetiva cuidador(a)-criança	80% 8	
Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência	80% 8	Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência
Avaliar as necessidades de adoção de medidas protetivas imediatas	80% 8	Avaliar as necessidades e garantir as medidas protetivas imediatas
Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança	80% 8	Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança
Conversar sobre como estabelecer limites sem violência	80% 8	Construir estratégias conjuntas sobre como educar e se comunicar com as crianças para estabelecer limites sem violência
Orientar os pais sobre a forma de educar e de se comunicar com os filhos	80% 8	
Apoiar os pais para saber escutar com sensibilidade e atenção	80% 8	
Orientar sobre comunicação efetiva	80% 8	
Discutir com a equipe projeto terapêutico para o(a) agressor(a)	80% 8	Discutir com a equipe interprofissional projeto terapêutico para o(a) agressor(a)
Discutir com a criança as mudanças da imagem corporal	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Discutir sobre os comportamentos sexuais apropriados para os ambientes sociais	80% 8	Discutir sobre educação sexual/sexualidade
Oferecer educação sexual apropriada ao nível de desenvolvimento	80% 8	
Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos	80% 8	Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos*
Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar	80% 8	Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar e acompanhar o caso
Encaminhar para assistente social	80% 8	Encaminhar para assistente social e acompanhar o caso
Encaminhar para serviço auxiliar de saúde	80% 8	Encaminhar para serviço auxiliar de saúde e acompanhar o caso

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Encaminhar para serviço comunitário	80% 8	Encaminhar para serviço comunitário e acompanhar o caso
Encaminhar para serviço de autoajuda	80% 8	Encaminhar para serviço de autoajuda e acompanhar o caso
Encaminhar para serviço educacional	80% 8	Encaminhar para serviço educacional
Estimular (encorajar, incentivar) a expressão de percepções, sentimentos e medos	80% 8	Encorajar a expressão e verbalização de percepções, sentimentos, medos e dificuldades
Estimular (encorajar, incentivar) cuidador(a)/família a verbalizar sentimentos e dificuldades	80% 8	Incentivar a interação social (ampliação de rede de relacionamentos com pessoas significativas e com interesses e metas comuns) de forma gradativa
Estimular (encorajar, incentivar) interação social (ampliação de rede de relacionamentos) de forma gradativa	80% 8	
Estimular (encorajar, incentivar, reforçar) relações com pessoas com interesses e metas comuns	80% 8	
Estimular a interação social	80% 8	
Envolver pessoas significativas para apoiar o desenvolvimento de habilidades sociais prejudicadas	80% 8	
Identificar amigos, vizinhos e familiares que possam apoiar a família	80% 8	Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado
Estimular (encorajar, incentivar) o uso de recursos espirituais, se desejado	80% 8	
Estabelecer (criar) vínculo com a criança/família	80% 8	Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores
Estimular (encorajar, incentivar) os pais a expressarem as dificuldades para lidarem com seus filhos	80% 8	Encorajar os pais/cuidadores a expressarem as dificuldades para lidarem com as crianças
Evitar perguntar diretamente os detalhes da violência sofrida	80% 8	Evitar perguntar direta e frequentemente sobre os detalhes da violência sofrida
Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	80% 8	Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e possibilitar formas de acessá-lo
Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de abuso de álcool	80% 8	Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas
Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de abuso de drogas	80% 8	
Obter dados sobre abuso de álcool	80% 8	
Obter dados sobre abuso de drogas	80% 8	
Obter dados sobre abstinência de álcool e/ou drogas	80% 8	

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Fazer rastreamento (<i>screening</i>) de humor deprimido	80 % 8	Obter dados sobre sinais de ansiedade/estresse/humor deprimido/tristeza/depressão
Obter dados sobre ansiedade/estresse/depressão	80 % 8	
Obter dados sobre humor	80 % 8	
Obter dados sobre nível de ansiedade/estresse	80 % 8	
Obter dados sobre tristeza	80 % 8	
Obter dados sobre tabagismo	80 % 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Identificar as necessidades da criança em situações de violência	80 % 8	Identificar as necessidades da criança em situações de violência
Identificar sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê	80 % 8	Atentar para sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê
Estimular (encorajar, incentivar) o comparecimento aos serviços de saúde	80 % 8	Estimular o comparecimento aos serviços de saúde e garantir que o atendimento seja realizado
Investigar causas orgânicas do problema	80 % 8	Investigar contexto sociofamiliar da criança e características do grupo social a qual pertence
Investigar contexto sociofamiliar da criança	80 % 8	
Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência	80 % 8	Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência
Monitorar o restabelecimento da autoestima	80 % 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Monitorar quanto a impulsos de autoagressão que possam evoluir para ideias/gestos suicidas	80 % 8	Monitorar ideação/gestos suicida
Monitorar desenvolvimento fetal	80 % 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência	80 % 8	Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
Observar a despreocupação dos pais com o bem-estar e desenvolvimento da criança	80 % 8	Observar sinais de descuido intencionais dos pais/cuidadores em relação à criança e/ou despreocupação com o bem-estar e desenvolvimento da criança
Observar sinais de descuido intencionados dos pais em relação à criança e/ou despreocupação dos pais com o bem-estar e desenvolvimento da criança	80 % 8	
Observar na criança atitudes sexuais impróprias para a idade	80 % 8	Observar na criança sinais de erotização precoce e/ou atitudes sexuais impróprias para a idade
Observar na criança sinais de erotização precoce	80 % 8	

Obter dados sobre apetite	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Obter dados sobre apoio emocional	80% 8	Obter dados sobre apoio emocional
Obter dados sobre capacidade para executar cuidado	80% 8	Obter dados sobre capacidade para executar cuidado

(continua)
(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Obter dados sobre capacidade para gerenciar ansiedade	80% 8	Obter dados sobre recursos para controlar a ansiedade
Obter dados sobre comportamento sexual inapropriado	80% 8	Obter dados sobre comportamento sexual inapropriado
Obter dados sobre higiene corporal	80% 8	Obter dados sobre higiene corporal e/ou oral
Obter dados sobre higiene oral (bucal)	80% 8	
Obter dados sobre desempenho escolar	80% 8	Obter dados sobre desempenho/frequência/convivência escolar
Obter dados sobre imagem corporal	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Obter dados sobre sinal de desconforto	80% 8	Obter dados sobre sinais de desconforto
Oferecer as informações solicitadas pela criança/família	80% 8	Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores
Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas da família	80% 8	
Orientar a família sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo	80% 8	Orientar a família/cuidadores sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo/agressivo
Orientar sobre a oferta de alimentos em quantidade e qualidade adequados	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar família sobre higiene	80% 8	Orientar família/cuidadores sobre higiene
Orientar sobre abuso de álcool	80% 8	Planejar em conjunto o abandono/redução do uso de álcool e/ou drogas
Orientar sobre abuso de drogas	80% 8	
Orientar sobre prevenção de recaída	80% 8	
Orientar sobre manejo (controle) dos sintomas de abstinência	80% 8	
Orientar sobre abandono de tabagismo	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre exposição a tabagismo secundário (passivo)	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre função do sistema urinário	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre manejo (controle) da incontinência urinária	80% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre segurança da criança	80% 8	Orientar sobre segurança da criança

Orientar sobre sono	80% 8	Orientar sobre sono
Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência	80% 8	Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência
Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade	80% 8	Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Reforçar aspectos positivos	80% 8	Reforçar aspectos positivos
Abordar a criança de maneira sutil e acolhedora, evitando a revitimização	70% 7	não validada
Abordar a família de maneira estratégica, procurando membros que não estejam envolvidos com a violência, preferencialmente segundo indicações da criança	70% 7	não validada
Ajudar a família a relembrar situações adversas superadas, encorajando-a a enfrentar a situação atual	70% 7	não validada
Apoiar a criança para revelar a situação de violência, transmitindo-lhe segurança	70% 7	não validada
Apoiar a família no processo de construção de novos modos de agir e de educar as crianças	70% 7	não validada
Apoiar emocionalmente a criança/família	70% 7	não validada
Apoiar o planejamento das tarefas cotidianas e sua divisão entre os membros da família	70% 7	não validada
Apoiar os pais para os cuidados iniciais com o recém-nascido	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação de agentes causadores da ansiedade e/ou depressão	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação de dificuldades específicas da comunicação	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação de dificuldades específicas de interação social	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação do apoio social	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade de comunicação	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que acentuam a dificuldade da interação	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação de situações/sentimentos que desencadeiam a autoagressão e/ou o comportamento autodestrutivo	70% 7	não validada
Auxiliar na identificação dos papéis e tarefas próprias de ser pais	70% 7	não validada
Auxiliar na ponderação de prós e contras para subsidiar a ação	70% 7	não validada

Auxiliar na resolução do problema de forma construtiva	70% 7	não validada
Auxiliar no desenvolvimento das habilidades sociais prejudicadas	70% 7	não validada
Auxiliar os membros da família a identificarem os papéis e tarefas que precisam desempenhar no contexto familiar	70% 7	não validada

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Avaliar a adesão/aceitação da família aos atendimentos prestados pelos diferentes serviços e profissionais	70% 7	não validada
Avaliar a capacidade de implementação das ações orientadas	70% 7	não validada
Avaliar comportamento indicador de ansiedade/estresse/depressão	70% 7	não validada
Avaliar a dinâmica de apoio da família	70% 7	não validada
Avaliar o contexto, a proximidade do agressor, a existência de rede de apoio e o risco de revitimização	70% 7	não validada
Avaliar os riscos da ocorrência de episódios de violência de maior gravidade	70% 7	não validada
Avaliar os riscos da ocorrência de novos episódios de violência	70% 7	não validada
Colaborar com a família	70% 7	não validada
Colaborar com o serviço educacional	70% 7	não validada
Demonstrar estratégias de diálogo e negociação com os filhos	70% 7	não validada
Encorajar uma atitude de esperança realista	70% 7	não validada
Estabelecer estratégias para o desenvolvimento cognitivo	70% 7	não validada
Estabelecer (criar) projeto terapêutico para o(a) agressor(a)	70% 7	não validada
Garantir o atendimento específico de saúde sem prejuízo das ações de proteção e vice-versa	70% 7	não validada
Gerenciar comportamento agressivo	70% 7	não validada
Gerenciar comportamento sexual inadequado	70% 7	não validada
Gerenciar sintoma de abstinência	70% 7	não validada
Intensificar o apoio a famílias vivendo situações de grande desgaste emocional (desemprego, perda de um ente, separação,...)	70% 7	não validada
Monitorar o progresso no restabelecimento da imagem corporal positiva	70% 7	não validada

Observar sinais e sintomas que se relacionam com a violência sexual	70% 7	não validada
Obter dados sobre abuso de substâncias	70% 7	não validada
Obter dados sobre condição intestinal	70% 7	não validada
Obter dados sobre conflito de decisão	70% 7	não validada

(continua)
(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Obter dados sobre suprimento de alimentos	70% 7	não validada
Obter dados sobre tomada de decisão	70% 7	não validada
Orientar sobre controle de impulso	70% 7	não validada
Orientar sobre eliminação	70% 7	não validada
Orientar sobre tabagismo	70% 7	não validada
Orientar sobre técnica de alimentação	70% 7	não validada
Planejar uma rotina diária simples, com a inclusão de atividades de recreação e lazer	70% 7	não validada
Planejar programa de pesagem periódica	70% 7	não validada
Estimular sentimento de esperança	70% 7	não validada
Promover o fortalecimento da criança e da família para o rompimento do ciclo da violência	70% 7	não validada
Proporcionar ambiente seguro e confiável à criança/família	70% 7	não validada
Proporcionar espaço para que a criança se expresse com suas próprias palavras, respeitando seu ritmo	70% 7	não validada
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para fornecer o cuidado	70% 7	não validada
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para superar a barreira da comunicação	70% 7	não validada
Proporcionar suporte à saúde mental da criança/família em situação de violência	70% 7	não validada
Prover (proporcionar, fornecer) cuidados com bebê (ou lactente)	70% 7	não validada
Prover (proporcionar, fornecer) rotina de hora para dormir	70% 7	não validada
Prover (proporcionar, fornecer) suprimento de água adequado	70% 7	não validada
Prover (proporcionar, fornecer) terapia de manejo (controle) da raiva	70% 7	não validada

Prover (proporcionar, fornecer) terapia para abandono de tabagismo	70% 7	não validada
Reforçar as informações prestadas	70% 7	não validada
Reforçar controle de impulso	70% 7	não validada
Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos de enfrentamento usados pela família	70% 7	não validada

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Usar palavras simples e frases curtas	70% 7	não validada
Estabelecer data para abandono do tabagismo	60% 6	não validada
Estimular a memória, repetindo o último pensamento da criança	60% 6	não validada
Facilitar controle de impulso	60% 6	não validada
Facilitar recuperação de abuso de álcool	60% 6	não validada
Facilitar recuperação de abuso de drogas	60% 6	não validada
Obter dados sobre disposição (prontidão) para abandono de tabagismo	60% 6	não validada
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para fornecer a socialização	60% 6	não validada
Proporcionar o desenvolvimento de habilidades pessoais para fornecer o comportamento de busca de saúde	60% 6	não validada
Ajudar a criança a separar a aparência física dos sentimentos de valor pessoal	50% 5	não validada
Ajudar a família a identificar as vantagens e desvantagens das alternativas da decisão	50% 5	não validada
Colaborar com serviço religioso	50% 5	não validada

(conclusão)

* Transferida para o Grupo de Fortalecimentos e Promoção por ter apresentado maior proximidade com o conteúdo.

Quadro 18 – Quadro-síntese da validação das Intervenções de Enfermagem, AMBOS OS GRUPOS, FASE 2, 2017

Total de respondentes: 9

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
------------------------	-----	--------------

Acolher a criança/família em suas necessidades	100% 9	Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades
Encorajar convívio com amigos e familiares	100% 9	Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável	100% 9	Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida
Apoiar a criança para construir vínculos de confiança com adultos protetores	89% 8	Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas

(continua)
(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas	89% 8	Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas
Colaborar com equipe interprofissional	89% 8	Colaborar com equipe interprofissional
Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos	89% 8	Ensinar os pai/cuidadores a reconhecerem as conquistas das crianças
Estabelecer (criar) vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares	89% 8	Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças
Promover a capacidade protetora dos familiares em relação às crianças	89% 8	
Estabelecer ambiente de confiança	89% 8	Garantir espaço adequado para que a criança/família/cuidadores expressem seus sentimentos e esclareçam suas dúvidas
Oferecer espaço para os pais expressarem seus sentimentos e esclarecer dúvidas	89% 8	
Estimular (encorajar, incentivar) o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções	89% 8	Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções
Estimular (encorajar, incentivar) participação em atividades sociais e comunitárias	89% 8	Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias
Explicar aos pais a importância da recreação e lazer para a promoção do desenvolvimento da criança	89% 8	Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança
Explicar aos pais que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitados	89% 8	Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitados
Orientar os pais a respeitarem os direitos da criança	89% 8	
Explicar aos pais sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança	89% 8	Explicar aos pais/cuidadores sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança
Obter dados sobre amamentação	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre amamentação	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Oferecer <i>feedback</i> à criança/família quanto a seu enfrentamento	89% 8	Oferecer <i>feedback</i> à criança/família quanto a seu enfrentamento frente à situação da violência doméstica
Orientar família sobre desenvolvimento do bebê (ou lactente)	89% 8	Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente)

Orientar sobre cuidados com o bebê (ou lactente)	89% 8	
Orientar família sobre serviços comunitários	89% 8	Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessarem os serviços comunitários
Orientar os pais sobre a importância de conversar e demonstrar carinho às(aos) suas(seus) filha(o)s	89% 8	Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças
Promover vínculos afetivos e de cuidado entre pais e filhos	89% 8	
Orientar sobre cuidados no pré-natal	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados

(continua)

(continuação)

SUBMETIDAS À VALIDAÇÃO	IVC	VERSÃO FINAL
Orientar sobre desenvolvimento fetal	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre gestação (gravidez)	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre alimentação infantil	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Orientar sobre desidratação	89% 8	Sem correspondência ao conjunto de Diagnósticos validados
Apoiar aleitamento materno	78% 7	não validada
Apoiar os pais a reconhecerem as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas	78% 7	não validada
Apoiar os pais para lidarem com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos	78% 7	não validada
Avaliar condição de imunização	78% 7	não validada
Desestimular (desencorajar, desincentivar) a tomada de decisão quando se está sob grande pressão	78% 7	não validada
Estimular (ajudar, encorajar, incentivar) a criança/família a identificar seus atributos positivos, pontos fortes e capacidades	78% 7	não validada
Estimular (encorajar, incentivar) a maternagem e a paternagem em relação à criança	78% 7	não validada
Facilitar capacidade para comunicar necessidades	78% 7	não validada
Observar a qualidade das interações entre os membros da família	78% 7	não validada
Obter dados sobre imunização	78% 7	não validada
Orientar os pais sobre a importância de seu interesse e apoio no desenvolvimento do autoconceito positivo de suas(seus) filha(o)s	78% 7	não validada
Relatar condição à equipe interprofissional	78% 7	não validada
Transmitir confiança na capacidade da criança para lidar com as situações	78% 7	não validada

Valorizar o relacionamento saudável entre irmãos (brincadeiras, histórias...)	78% 7	não validada
Auxiliar no estabelecimento de metas em curto e longo prazo	67% 6	não validada
Facilitar capacidade da criança para participar no plano do cuidado	67% 6	não validada
Planejar o cuidado	67% 6	não validada

(conclusão)

Abaixo, seguem as Intervenções de Enfermagem finais:

INTERVENÇÕES DO GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO

1. Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos.
2. Elogiar a atitude de analisar as possibilidades e consequências envolvidas no processo de decisão.
3. Elogiar as ações que promovem proteção às crianças.
4. Elogiar as habilidades de comunicação.
5. Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde.
6. Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança.
7. Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado.
8. Elogiar e reforçar o papel dos pais/cuidadores como cuidadores e protetores das crianças.
9. Elogiar o desempenho escolar adequado da criança.
10. Elogiar o desenvolvimento adequado da criança.
11. Encorajar as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família.
12. Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores.
13. Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados.
14. Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores.
15. Incentivar a criança/família a planejar o futuro.
16. Orientar os pais/cuidadores sobre a importância de educar sem violência.
17. Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas e encorajar os membros da família a identificarem e resolverem os conflitos por meio do diálogo.
18. Reforçar a participação em atividades sociais e comunitárias.
19. Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica.

INTERVENÇÕES DO GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS

1. Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança a fim de fortalecer a confiança.
2. Acionar a rede e os recursos comunitários existentes para ações coletivas de enfrentamento da violência doméstica infantil.
3. Agendar consulta de retorno/acompanhamento (ou consulta subsequente).
4. Ajudar a criança/família a relembrar situações adversas superadas, encorajando a enfrentar a situação atual.
5. Articular-se com outros profissionais e outros setores para intervir junto à criança/família/cuidadores e para monitorar o caso.
6. Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança.
7. Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança.

8. Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles.
9. Atentar para sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê.
10. Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência.
11. Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem prejulgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva.
12. Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança.
13. Avaliar as necessidades e garantir as medidas protetivas imediatas.
14. Construir com a família/cuidadores ações para apoio e proteção às crianças.
15. Construir estratégias conjuntas sobre como educar e se comunicar com as crianças para estabelecer limites sem violência.
16. Discutir com a equipe interprofissional projeto terapêutico para o(a) agressor(a).
17. Discutir sobre educação sexual/sexualidade.
18. Construir com a escola e com os pais/cuidadores oportunidades para que estes participem das atividades da escola.
19. Encaminhar para assistente social e acompanhar o caso.
20. Encaminhar para serviço auxiliar de saúde e acompanhar o caso.
21. Encaminhar para serviço comunitário e acompanhar o caso.
22. Encaminhar para serviço de autoajuda e acompanhar o caso.
23. Encaminhar para serviço educacional.
24. Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar e acompanhar o caso.
25. Encorajar a expressão e verbalização de percepções, sentimentos, medos e dificuldades.
26. Encorajar os pais/cuidadores a expressarem as dificuldades para lidarem com as crianças.
27. Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica.
28. Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores.
29. Estimular a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e construir coletivamente estratégias de participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.
30. Estimular o comparecimento aos serviços de saúde e garantir que o atendimento seja realizado.
31. Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado.
32. Evitar perguntar direta e frequentemente sobre os detalhes da violência sofrida.
33. Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e possibilitar formas de acessá-lo.
34. Identificar as necessidades da criança em situações de violência.
35. Identificar comportamentos agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos.
36. Identificar conflitos/condições familiares geradores de violência ou que possam gerar maior vulnerabilidade a práticas violentas.
37. Incentivar a interação social (ampliação de rede de relacionamentos com pessoas significativas e com interesses e metas comuns) de forma gradativa.
38. Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência.
39. Investigar contexto sociofamiliar da criança e características do grupo social a qual pertence.
40. Monitorar ideação/gestos suicida.

41. Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência.
42. Observar na criança sinais de erotização precoce e/ou atitudes sexuais impróprias para a idade.
43. Observar sinais de descuido intencionais dos pais/cuidadores em relação à criança e/ou despreocupação com o bem-estar e desenvolvimento da criança.
44. Obter dados sobre sinais de ansiedade/estresse/humor deprimido/tristeza/depressão.
45. Obter dados sobre apoio emocional.
46. Obter dados sobre capacidade para executar cuidado.
47. Obter dados sobre comportamento sexual inadequado.
48. Obter dados sobre desempenho/frequência/convivência escolar.
49. Obter dados sobre higiene corporal e/ou oral.
50. Obter dados sobre recursos para controlar a ansiedade.
51. Obter dados sobre sinais de desconforto.
52. Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas.
53. Orientar a família/cuidadores sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo/agressivo.
54. Orientar família/cuidadores sobre higiene.
55. Orientar sobre segurança da criança.
56. Orientar sobre sono.
57. Ouvir as preocupações, os sentimentos e as perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores.
58. Planejar com os pais/cuidadores formas para construir ligação afetiva e vínculo de confiança com as crianças.
59. Planejar em conjunto o abandono/redução do uso de álcool e/ou drogas.
60. Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência.
61. Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade.
62. Reconhecer os valores da família/cuidadores de maneira isenta de julgamentos.
63. Reforçar aspectos positivos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA AMBOS OS GRUPOS

1. Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades.
2. Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas.
3. Colaborar com equipe interprofissional.
4. Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias.
5. Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessarem os serviços comunitários.
6. Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas.
7. Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e possíveis soluções.
8. Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida.
9. Ensinar os pai/cuidadores a reconhecerem as conquistas das crianças.

10. Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças.
11. Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores.
12. Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança.
13. Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitados.
14. Explicar aos pais/cuidadores sobre o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança.
15. Garantir espaço adequado para que a criança/família/cuidadores expressem seus sentimentos e esclareçam suas dúvidas.
16. Oferecer *feedback* à criança/família quanto a seu enfrentamento frente à situação da violência doméstica.
17. Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças.
18. Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente).

A partir dos resultados foram construídas as listas de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem validadas pelas juízas/especialistas com experiência nos temas de violência doméstica contra a criança e/ou CIPE® e com atuação, especialmente, na Saúde Coletiva/Atenção Básica.

Figura 9 – Diagrama-síntese da atualização do Subconjunto Terminológico submetido ao processo de validação

As listas de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem validadas serviram de base para a construção do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança, apresentado no Apêndice A deste trabalho.

Figura 10 – Diagrama-síntese do Subconjunto Terminológico final

A forma de apresentação do Subconjunto tomou por base o Subconjunto Terminológico da CIPE® para Enfermagem Comunitária, produzido, em 2011 (e revisado em 2013, 2015 e 2017), pelo Serviço Nacional de Saúde da Escócia em conjunto com o governo escocês e o CIE, e traduzido para a língua portuguesa pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal, em 2015¹¹¹.

O Subconjunto Terminológico da CIPE® para Enfermagem Comunitária apresenta os Diagnósticos/Resultados de Enfermagem divididos por categorias (por exemplo, Diagnósticos e Resultados para Cuidadores, Diagnósticos e Resultados para Gestão da Condição Crônica, Diagnósticos e Resultados para Desenvolvimento Infantil/Criança etc.). E as Intervenções de Enfermagem são referentes às categorias que contêm vários Diagnósticos, não sendo elas específicas para cada Diagnóstico, mas, sim, para um conjunto deles. Isso se justifica porque muitas Intervenções de Enfermagem podem responder a vários Diagnósticos/Resultados de Enfermagem ao mesmo tempo, não sendo exclusivas para apenas um deles¹¹¹. Dada a

complexidade do fenômeno social da violência doméstica contra a criança e o modelo teórico que respaldou a construção do Subconjunto Terminológico para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança, optou-se por apresentar tanto os Diagnósticos/Resultados quanto as Intervenções de Enfermagem divididos em dois grandes grupos: "Fortalecimentos e Promoção" e "Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências da Violência Doméstica Contra a Criança". Isso pode propiciar, a(o)s enfermeira(o)s que utilizarem o Subconjunto, mais liberdade para pensar o fenômeno social da violência doméstica contra a criança e, conseqüentemente, a escolha das formas de enfrentamento mais pertinentes à sua realidade de atuação.

O modelo teórico que sustentou todo o processo de validação e construção do Subconjunto Terminológico foi o materialismo histórico-dialético, a partir da TIPESC – com base nas categorias conceituais de processo de trabalho em saúde, processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, determinação social do processo saúde-doença e saúde coletiva e nas categorias dimensionais do estrutural, do particular e do singular.

Dessa maneira, as ações de enfrentamento da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s no âmbito da Saúde Coletiva/Atenção Básica são consideradas ações emancipatórias dos sujeitos para a superação do fenômeno.

A violência doméstica contra a criança não é algo dado e naturalizado pela sociedade, mas, ao contrário, é um fenômeno histórico e social e que deve ser pensado, repensado e refletivo em suas diversas dimensões: estrutural (relações de produção, de formação econômica e social e das formas político-ideológicas de uma dada sociedade), particular (processo de reprodução dos grupos sociais, que são os momentos de produção/modos de trabalhar e reprodução/de consumo/modos de viver) e singular (as formas individuais de adoecer e morrer, determinadas pelo embate entre os potenciais de desgastes e fortalecimentos dados pelos modos de viver e trabalhar das pessoas)⁴⁴.

O Subconjunto Terminológico não é algo estático e engessado, mas é uma das diversas ferramentas do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s. E é no contexto do processo de trabalho destes e na interface com outros processos de trabalho da saúde e de outros setores da sociedade que ele deve usado e criticado. Não deve ser um instrumento que restrinja as práticas e nem deve substituir o raciocínio clínico e crítico dos trabalhadores. Deve ser uma ferramenta de apoio que se pretende repensar o fenômeno da violência doméstica contra a criança em sua dinamicidade e historicidade.

Para além de seu uso na denominação dos objetos de atenção sobre os quais a(o)s enfermeira(o)s irão atuar (Diagnósticos/Resultados de Enfermagem), e de determinadas

ferramentas (Intervenções de Enfermagem) que podem ser utilizadas para enfrentar o fenômeno social da violência doméstica contra a criança, o Subconjunto Terminológico pode apoiar também novos modos de pensar da(o)s enfermeira(o)s acerca de suas práticas. Um modo pautado na dialética do pensamento e não na linearidade dos processos e dos fenômenos.

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

5.1 CRÍTICAS AO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO E OS DESAFIOS PARA SUA UTILIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA(O)S ENFERMEIRA(O)S

Historicamente, na Enfermagem, as técnicas aparecem como os primeiros saberes de enfermagem organizados e sistematizados para manipulação do seu objeto de trabalho, o cuidado de enfermagem. Esses saberes começam a ser organizados no final do século XIX e início do século XX na Inglaterra e nos Estados Unidos, mas se fazem presentes desde a era cristã, manifestados em rituais de cuidado⁵⁸.

Em 1860, na Inglaterra, Florence Nightingale, dama da tradicional aristocracia inglesa, é designada para organizar e disciplinar o pessoal de enfermagem. Aperfeiçoa seus conhecimentos de Enfermagem na Alemanha e atua durante a Guerra da Crimeia, em 1854. Tendo como base os valores da alta classe inglesa e das organizações militares e religiosas, legitima a hierarquia e a disciplina no trabalho da Enfermagem. Assim, Florence instituiu o modelo vocacional ou a arte da enfermagem, introduzido posteriormente nos Estados Unidos em 1873, país que influenciou a organização da primeira escola de enfermagem no Brasil, em 1923, e que serviu de padrão para as demais escolas brasileiras⁵⁸.

No início do século XX, decorrente do aumento das internações, as técnicas de Enfermagem começam a se organizar nos hospitais americanos como meio de trabalho, para poder atender à grande demanda de cuidados. O foco passa a ser as tarefas e os procedimentos como forma de controle dos trabalhadores de Enfermagem⁵⁸.

Após a Segunda Guerra Mundial, na década de 1940, há uma grande preocupação com os princípios científicos, e o trabalho por tarefas passa a ser criticado. Iniciam-se as discussões sobre o modelo de trabalho em equipe, as quais ficam mais no âmbito do discurso, camuflando as contradições e as relações de poder no trabalho da Enfermagem⁵⁸.

Na década de 1950, educadores da Enfermagem norte-americanos preocupam-se em organizar princípios científicos que norteiam essa prática, tida até então como intuitiva e não científica. A fundamentação científica buscada para as técnicas é principalmente das ciências naturais e sociais, para sustentar os novos conhecimentos e tecnologias. E a prática da Enfermagem, historicamente sobreposta pelos saberes da medicina, busca nas outras áreas de conhecimento, especialmente na biológica, as bases para delinear um trabalho mais intelectual⁵⁸.

Nessa época, também, como tentativa de responder aos questionamentos em relação ao conhecimento específico da Enfermagem, seus conceitos e significados e sua utilização na prática, é que se iniciam a produção dos modelos conceituais de Enfermagem e as pesquisas relacionadas a esse tema^{112,113,114}.

Desde Florence Nightingale já havia a preocupação de que a(o)s enfermeira(o)s soubessem observar e fazer julgamentos sobre suas observações, entretanto, somente nos anos de 1950 é que o processo de enfermagem baseia-se no método de solução de problemas e destaca a importância do rigor da coleta sistemática e da análise dos dados¹¹⁴.

Em 1967, época considerada como a primeira geração do processo de enfermagem, este estava relacionado às necessidades de cuidado e a processos de solução de problemas de ordem fisiopatológicas e médicas¹¹⁵.

Na década de 1970, surge nos Estados Unidos o processo de enfermagem como o modelo operacional para a prática da Enfermagem, que, mais tarde, é difundido para o mundo todo^{112,113,114}. E, em 1973, a primeira conferência para classificação dos diagnósticos de enfermagem marcou a segunda geração do processo de enfermagem, tendo sido elaborada e aprovada a primeira listagem de problemas/situações pertencentes a essa prática: a Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA¹¹⁵.

Nos anos de 1990, a terceira geração do processo de enfermagem se voltava para a testagem dos resultados das intervenções. A partir do julgamento e diagnóstico de enfermagem, um determinado resultado é esperado, tornando-se uma exigência intervir e também avaliar as intervenções e os resultados por elas gerados¹¹⁵.

Assim, o processo de enfermagem foi propiciando o desenvolvimento de sistemas de classificação relacionados às suas etapas, e, atualmente, os sistemas de classificação para a Enfermagem mais conhecidos são: Classificação de Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA, Classificação das Intervenções de Enfermagem *Nursing Interventions Classification* – NIC, Classificação dos Resultados de Enfermagem *Nursing Outcomes Classification* – NOC, Classificação de Saúde Comunitária *Community Health System* – OMAHA, Classificação dos Cuidados Clínicos de Saba *Clinical Care Classification* – CCC e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®^{112,113,114}.

Historicamente, a formação da profissão e dos saberes da Enfermagem foram delineando uma prática que nunca esteve voltada para a transformação de um objeto recortado sob a ótica da Saúde Coletiva. No início, a intencionalidade do trabalho da(o)s enfermeira(o)s

estava direcionada para a salvação da própria alma em forma de caridade e, depois, para recuperação dos corpos doentes ou para uma ordem e disciplina dos ambientes de saúde e dos processos.

No que diz respeito ao recorte do objeto desta pesquisa, vários estudos sobre desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos da CIPE® no Brasil foram identificados:

- Portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva na Classe Funcional III da Escala da NYHA, com base no modelo Fisiopatológico da Insuficiência Cardíaca^{30,32};
- Pacientes Adultos Portadores de Neoplasia Maligna, com base no modelo Dor Oncológica^{30,33};
- Cuidado com as Pessoas com Hipertensão na Atenção Básica, com base no modelo de Cuidados na Doença Crônica e na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta^{30,34,116};
- Cuidado para com a Pessoa Idosa, com base no modelo da Atividade de Vida^{30,35,117};
- Clientes Prostatectomizados, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta^{30,36};
- Cuidado com as Pessoas com Diabetes *Mellitus* na Atenção Especializada, com base no modelo de Atenção Crônica e da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta^{30,37,118};
- Portadores de Doença Renal Crônica, com base no modelo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta^{30,38};
- Cuidado com as Pessoas com Eventos Adversos Pós-Vacinação, com base na classificação dos Eventos Adversos Pós-Vacinação segundo o Ministério da Saúde¹¹⁷;
- Cuidado de Enfermagem na Atenção Primária em Saúde, com base no modelo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e nos conceitos de Atenção Primária à Saúde, Gestão e Exercício de Cuidado^{28,42,120};

- Cuidado de Enfermagem no Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil da Criança de 0 a 3 Anos de Idade, com base no modelo das Etapas de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner e Necessidades Essenciais da Infância de Brazelton e Greenspan^{39,121} e
- Crianças e Adolescentes Vulneráveis à Violência Doméstica, com base no modelo da Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) e nos conceitos de Vulnerabilidade, Determinação Social do Processo Saúde-Doença, Dimensões da Realidade Objetiva, Classe Social, Gênero, Etnia e Geração^{40,43,122}.

Percebe-se que a maioria dos Subconjuntos Terminológicos da CIPE® está baseada em modelos teóricos positivistas, de cunho biológico e individual. O foco é, na maioria das vezes, uma condição clínica alterada. Pouco se avança na produção de Subconjuntos Terminológicos que se valem dos conhecimentos já construídos pela Saúde Coletiva. E aqui está a crítica. E o desafio.

A crítica é feita não no sentido de desvalorizar a importante produção dos Subconjuntos Terminológicos da CIPE® já realizada pelas mais diversas áreas de conhecimento da Enfermagem. Mas, ao contrário, é de apontar a lacuna que fica no trabalho realizado pela(o)s enfermeira(o)s quando se pretende evidenciar os fenômenos, principalmente os fenômenos sociais, sobre os quais ela(e)s atuam. E esta é uma atuação que, para além das nomenclaturas dos diagnósticos e intervenções, acaba ficando sempre marginalizada em relação aos fenômenos de ordem física e biológica, mesmo que a literatura científica e a produção específica da Enfermagem já tenham mostrado o quanto a(o)s enfermeira(o)s extrapolam as ações do âmbito individual e no corpo biológico e atuam diretamente junto às famílias e no território.

Não se pretende fazer aqui uma contraposição entre os conhecimentos das ciências naturais e os das ciências sociais, mas a relação entre dois polos contrários de um mesmo fenômeno. E aí está o desafio: ampliar a compreensão dos fenômenos sobre os quais a Enfermagem social e historicamente construiu suas práticas e saberes.

Este estudo evidenciou, a partir da literatura científica e da construção do Subconjunto Terminológico, o quanto ações de enfrentamento da violência doméstica contra a criança, um fenômeno social e complexo, exige uma atuação mais consistente e ampliada da(o)s enfermeira(o)s. A atuação nas manifestações e nas consequências da violência não é suficiente, ainda que estas tenham sido as faces da violência doméstica contra a criança que

mais tiveram peso na avaliação das enfermeiras juízas/especialistas para construção do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança.

Enquanto para o grupo de Fortalecimentos e Promoção foram validados 14 Diagnósticos e 19 Intervenções de Enfermagem, para o grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências foram validados 46 Diagnósticos e 63 Intervenções. O primeiro grupo de Diagnósticos e Intervenções evidencia as potencialidades e a prevenção dos agravos relativos à violência doméstica contra a criança. Já o segundo grupo, a ênfase está nos agravos.

No entanto, tendo sido a construção do Subconjunto Terminológico ancorada na TIPESC, de referencial materialista histórico-dialético, tanto no primeiro quanto no segundo grupo de Diagnósticos e Intervenções a tentativa foi de, na medida do possível, iluminar as várias dimensões do fenômeno da violência doméstica contra a criança para que as ações de enfrentamento também extrapolassem o âmbito individual.

E o desafio também está na superação do uso de uma ferramenta de origem funcionalista e positivista, como são as terminologias em saúde e, neste caso, da Enfermagem, para evidenciar fenômenos sob a ótica de uma teoria que é em sua essência materialista histórico-dialética.

No Brasil, como já discutido anteriormente, com esforços de diversos pesquisadores e trabalhadores de saúde, foi desenvolvido o Projeto CIPESC®, de 1996 a 2000, coordenado pela ABEn. A partir da versão beta da CIPE® e do trabalho realizado em 15 cenários brasileiros, o Projeto incorporou centenas de termos pertinentes ao trabalho da(o)s enfermeira(o)s nos espaços extra-hospitalares¹¹². Mas, mesmo o Projeto CIPESC®, que considerava a Classificação das Práticas de Enfermagem uma totalidade-parte do trabalho da enfermagem que busca verificar a organização tecnológica da sua prática, desvelando, principalmente, as potencialidades da face coletiva desse trabalho¹²³, avançou pouco no sentido de evidenciar o importante trabalho realizado pela(o)s enfermeira(o)s nos territórios e sobre os fenômenos sociais, na perspectiva da Saúde Coletiva.

Cubas e Egry (2008), 12 anos após o término do Projeto CIPESC®, identificaram na literatura científica que, dentre os estudos sobre as classificações de enfermagem, ainda havia o predomínio daqueles que se embasavam no modelo hegemônico e hospitalar. Observaram que, mesmo no âmbito das práticas em saúde coletiva, a sistematização da assistência de enfermagem continuava pautada no atendimento individual com enfoque biológico e recortado pelas doenças¹²⁴.

Cubas e Albuquerque (2005), a partir da experiência e dos resultados obtidos com o Projeto CIPESC®, conduziram a implantação da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC® – no município de Curitiba/PR, envolvendo enfermeira(o)s que trabalhavam na rede municipal. A teoria para o alinhamento do processo de construção e implantação da CIPESC® em Curitiba foi também a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, pois foi o conhecimento que a(o)s enfermeira(o)s mais relataram ter tido contato durante a formação profissional e a partir do qual baseavam suas práticas. Poucos tinham sido os contatos, durante a formação, com os conhecimentos em Saúde Coletiva e os alinhamentos com a realidade estrutural do SUS⁴².

A Resolução CNE/CES, nº 3, de 7 de novembro de 2001, instituiu as Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, e no parágrafo único de seu artigo 5º descreve que *"a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção"*¹²⁵ (p.3).

Apesar de as Diretrizes Nacionais definirem a formação com ênfase no SUS, ainda há uma grande lacuna na formação da(o)s enfermeira(o)s e dos trabalhadores de saúde em geral neste sentido.

Além disso, o ensino sobre modelos, teorias e classificações de enfermagem no Brasil ainda aborda pouco a CIPE®, sendo a classificação NANDA a mais ensinada e mais utilizada pela(o)s enfermeira(o)s em suas práticas^{126,127}.

No presente estudo, a experiência profissional em relação às classificações de enfermagem da(o)s enfermeira(o)s que participaram da validação do Subconjunto era maior em outras classificações do que com a CIPE®. Na FASE 1, da(o)s 32 enfermeira(o)s participantes, 28% tinham experiência com a CIPE® na assistência e no ensino e 16% na pesquisa, enquanto para outras classificações essa porcentagem foi de 56% na assistência, 50% no ensino e 19% na pesquisa. Na FASE 2, das 13 enfermeiras participantes, 31% tinham experiência com a CIPE® na assistência, 54% no ensino e 23% na pesquisa, e para outras classificações a porcentagem foi de 62% na assistência, 46% no ensino e 31% na pesquisa.

Outra lacuna na formação da(o)s enfermeira(o)s identificada na revisão da literatura foi em relação ao próprio tema da violência, gerando dificuldades, angústias e inseguranças na atuação voltada para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

Algumas iniciativas têm se apresentado como forma de abordar a temática da violência e de outros fenômenos sociais complexos nos currículos dos cursos de graduação em saúde. Exemplo disso são o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Esses

programas são iniciativas do Ministério da Saúde para serem implementados por instituições de ensino e instâncias do SUS, buscando maior integração entre ensino e trabalho e mudanças no ensino de graduação em saúde¹²⁸.

No entanto, apesar da importante produção de conhecimentos e das ricas experiências vivenciadas pelos estudantes, essas ainda são iniciativas pontuais e descontinuadas por rupturas no financiamento^{128,129}.

Outras experiências que ajudam a inserir o debate sobre a violência na formação de trabalhadores das mais diversas áreas de atuação, e não apenas da saúde, são as ligas de estudantes e os núcleos de estudo¹³⁰. Porém, todas essas experiências e iniciativas estão restritas aos estudantes que se interessam pela discussão sobre a violência e ainda são incipientes para impulsionar mudanças curriculares significativas e que tenham impacto na formação dos futuros profissionais.

Além da formação, a literatura científica também mostrou que o processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s na AB se apresentou como uma dificuldade para que atuassem de forma mais integral no enfrentamento da violência doméstica contra a criança. Na relação dialética entre o que está preconizado pela ESF e o que é possível de ser operacionalizado na prática do dia a dia de trabalho, estão presentes as divergências que se manifestam em um trabalho parcelado, fragmentado e individual, que reflete o modelo assistencial ainda centrado na fragmentação dos indivíduos e do cuidado^{72,131,132,133}.

No trabalho da AB orientado pela ESF, a(o)s enfermeira(o)s compõem as equipes de Saúde da Família e são responsáveis, para além da supervisão da equipe de enfermagem, pela supervisão das agentes comunitárias de saúde (ACS). Além disso, no que tange a um trabalho em equipe, assumem uma dada responsabilidade pela articulação das ações dos mais diversos profissionais envolvidos no trabalho da AB (psicólogos, assistentes sociais, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, odontólogos etc.) e também com os demais equipamentos de saúde da rede de atenção (ambulatórios, serviços diagnósticos, hospitais, serviços de vigilância em saúde etc.), além de instituições sociais do território (escolas, Centros de Educação Infantil, instituições religiosas, organizações não governamentais, associações de moradores etc.).

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2012 as atribuições específicas da(o) enfermeira(o) na ESF estão descritas como¹³⁴:

I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do

desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com outros membros da equipe; V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS (p.46-47).

E, em 21 de setembro de 2017, foi aprovada uma revisão da PNAB, sob fortes críticas de entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJ/Fiocruz)¹³⁵. E, no que tange às atribuições da(o)s enfermeira(o)s, a nova PNAB define¹³⁶:

I - realizar atenção aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; III - realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; IV - realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; V - realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; VI - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com outros membros da equipe; VII - supervisionar as ações do técnico/auxiliares de enfermagem e ACS; VIII - atualizar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS e IX - exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (p.20-21).

E, se a sobrecarga de trabalho e a de falta de tempo eram questões que interferiam nas ações de enfrentamento da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s, a nova PNAB só veio consolidar as atribuições as quais, na prática, direcionam as ações mais para o âmbito individual e para dentro dos muros da UBS do que para um trabalho voltado para o coletivo e, predominantemente, no território. E, para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança, a atuação mais efetiva da(o)s enfermeira(o)s foi no território, especialmente, durante as VD.

Em outras palavras, a nova PNAB vai na contramão das evidências fortes em termos de enfrentamento dos fenômenos sociais, tais como aquelas para violência doméstica contra a criança.

A(o)s enfermeira(o)s na ESF têm enfrentado a situação da grande expectativa (da população, demais trabalhadores, gestores e de si mesmas) que se tem em relação ao seu trabalho para a solução dos problemas de saúde. A contradição está nas expectativas daquilo que está preconizado *versus* a possibilidade cada vez menor de dar respostas aos problemas por parte da(o)s enfermeira(o)s. Há uma polivalência nesse trabalho, no qual a(o)s enfermeira(o)s assumem um pouco de tudo e acabam sufocada(o)s pelos imprevistos do dia a dia, que dificultam até mesmo o planejamento das suas próprias atividades. Além disso, recai sobre ela(e)s, individualmente, a necessidade de se qualificarem cada vez mais para serem capazes de resolver todos os problemas que se apresentam no cotidiano do trabalho na AB¹³⁷.

E isso não se dá ao acaso, mas é reflexo dos mais diversos interesses sobre o setor saúde e dos fortes ataques que este vem sofrendo, em especial da especulação do setor privado¹³⁸.

Ao analisar o cotidiano de trabalhadores da enfermagem em um hospital, Souza (2016) identificou a combinação de duas formas de exploração, dada a conversão dos serviços de saúde em espaços de valorização do capital privado, realidade presente também nas unidades de saúde. Essa combinação é a sobrecarga e a intensificação do trabalho, na qual¹³⁸:

a primeira é sistematizada por meio da previsão de atividades com que o profissional se depara no início de seu turno. A segunda forma ocorre pela imposição conjuntural da demanda por meio do fluxo de usuários, em que reatividade é exigida do empregado, inclusive, convivendo com situações-limite em atendimentos emergenciais. Ambas são construídas a partir da instauração da relação desproporcional entre a quantidade de trabalhadores e a demanda de trabalho, o que gera um *deficit* permanente de recursos humanos [...]. A postura dos diretores das instituições, que administram essa relação desproporcional, é ideológica, pois defende o modelo flexível, com a aparência de defender princípios como a vida dos sujeitos, atenuação do sofrimento alheio e preocupação com os usuários. O profissional que sofre a sobrecarga e a intensificação do trabalho, ao questionar determinados aspectos, é colocado retórica e falsamente como contrário à realização dos atendimentos, em uma lógica de autoculpabilização (p.104).

É nesse cenário de tensão, insatisfação e autoculpabilização que é preciso contextualizar a atuação da(o)s enfermeira(o)s no enfrentamento dos fenômenos complexos, tal como a violência doméstica contra a criança.

Não faria sentido aqui se, na perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva, fosse proposta uma ferramenta para o trabalho da(o)s enfermeira(o)s sem considerar o contexto no qual estão inserida(o)s.

Outro desafio da ESF é o de se consolidar como política de saúde, porque vive o paradoxo de que, enquanto vai se expandindo, vai também se dando conta das fragilidades do processo de mudança do modelo assistencial¹³⁹. Hoje, o que se observa na ESF é um modelo assistencial misto, no qual ainda há o predomínio do modelo médico hegemônico, o qual a ESF não foi capaz de superar.

A ESF no Brasil, primeiramente implementada como programa, em 1994, e, posteriormente, oficializada enquanto estratégia pela PNAB, em 2006, teve por objetivo reorganizar a assistência à saúde centrada no modelo biológico de doença, no cuidado fragmentado e no trabalho médico^{106,140}. Seguiu as referências da APS que, em meio ao embate entre medidas econômicas que valorizam o capital e a luta pela consolidação dos direitos sociais, ganhou evidência pela OMS como um conjunto de cuidados baseado em tecnologias e métodos práticos por ter um custo-benefício economicamente aceitável¹⁴¹.

A APS teve como marco histórico a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, em 1978, promovida pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), agências internacionais que, após a Segunda Guerra Mundial, foram criadas para a sustentação do capital financeiro, tal como o Fundo Monetário Internacional (FMI). Uma nova ordem de relação entre os países se instalou e novos mecanismos foram criados para a garantia de que os países capitalistas mais ricos passassem a ter maior influência sobre as decisões econômicas e sociais dos países mais pobres, especialmente daqueles do hemisfério sul^{139,142}.

O fato é que a preocupação dos organismos e das agências internacionais não está na garantia e consolidação dos direitos sociais para o atendimento das necessidades das pessoas, mas, sim, no desenvolvimento econômico e social dos países para sustentação da ordem econômica mundial e para manutenção do capitalismo, perpetuando as desigualdades sociais e garantindo as regalias daqueles que detêm o poder*.

E os desafios se intensificam à medida que a lógica capitalista vai se apropriando da área da saúde, exigindo uma produção cada vez mais quantitativa, enrijecendo os processos de trabalho e priorizando vínculos de trabalho precários¹³⁹, dentre outras medidas que acumulam unidades de saúde em condições muito ruins, trabalhadores inseguros, insatisfeitos e mal remunerados, práticas de saúde baseadas no baixo custo e sem impacto nos modos de trabalhar e de viver das pessoas.

* Tal discussão tem sido o eixo de algumas Disciplinas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, tais como: 0701202 – Necessidades de Saúde dos Grupos Sociais e Enfermagem, 0701206 – Enfermagem na Atenção Básica e 0701209 – Estágio Curricular II (Enfermagem na Atenção Básica).

Apreender a Enfermagem como trabalho significa compreender as práticas de saúde como práticas sociais que vão além da aplicação de conhecimentos técnicos e científicos. É considerá-la como sendo determinada pela finalidade social do trabalho em saúde e, portanto, como uma prática dinâmica e que requer a revisão de seus componentes constituintes à medida que as transformações da sociedade vão acontecendo e os modelos de atenção vão se modificando⁵⁷.

É nesse contexto histórico, social, político e econômico, tanto da profissão quanto da AB, que a(o)s enfermeira(o)s estão no dia a dia do trabalho desenvolvendo suas práticas e imersa(o)s na relação dialética daquilo que está preconizado e daquilo que é possível de ser operacionalizado sob uma lógica capitalista de produção e de exploração dos trabalhadores.

É, portanto, por compreender a existência e a intensidade desses conflitos no cotidiano do trabalho e os desejos e as aspirações de ser e estar no mundo que esta pesquisa não tem a pretensão de enquadrar e enrijecer ainda mais a atuação da(o)s enfermeira(o)s na AB, mas, ao contrário, propõe-se a discutir, na sequência, possibilidades (sempre em aberto para reflexões críticas para fazer as superações) que podem, de alguma forma, apoiá-la(o)s na dura tarefa de lidarem com o fenômeno social da violência doméstica contra a criança.

Entende-se também que as transformações qualitativas (saltos qualitativos) da realidade objetiva não acontecerão somente por meio da pesquisa científica. Mas, em contrapartida, ela pode compor as transformações quantitativas no sentido de provocar o debate e promover críticas reflexivas nos espaços pelos quais vai encontrando capilaridade.

5.2 PROPOSTA PARA UTILIZAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA E SUAS POTENCIALIDADES PARA A ATUAÇÃO DA(O)S ENFERMEIRA(O)S

O Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança está ancorado na TIPESC, teoria embasada no referencial materialista histórico-dialético. Além disso, parte dos preceitos de que a Saúde Coletiva, tendo suas raízes em uma visão de mundo marxista, é o conhecimento na área da saúde que melhor permite compreender o objeto de atenção do cuidado em sua essência, bem como suas formas de superação.

Na perspectiva do materialismo histórico-dialético, para captar e intervir na realidade objetiva é preciso buscar compreender a essência dos fenômenos, considerando sua totalidade¹⁴³.

A totalidade significa que as coisas estão em constante relação recíproca e nenhum fenômeno da natureza ou do pensamento pode ser compreendido isoladamente, fora dos fenômenos que o rodeiam. Os fatos não são átomos, mas pertencem ao todo dialético e como tais fazem parte de uma estrutura (p.67).

Muitas vezes, há uma compreensão equivocada por parte de estudantes, trabalhadores e pesquisadores, a de que abranger uma visão multifatorial (biopsicossocial) em seus discursos corresponderia a ampliar o olhar de seu objeto de atenção. Especialmente na Enfermagem, que pretende ir além dos cuidados para com a doença – objeto de atenção da medicina –, buscam-se referenciais que consideram o ambiente e a condição social como "fatores" importantes para se pensar o cuidado às pessoas.

Entretanto, para a Saúde Coletiva, o objeto de atenção precisa ser apreendido a partir dos questionamentos sobre a concretude do mundo, considerando-se a historicidade e a dinamicidade dos processos. Não basta descrever o fenômeno em sua multiplicidade de fatores (biológico, físico, psíquico, emocional, ambiental, social, econômico). É preciso desvendar a luta de classes, os interesses, as relações de poder, as contradições e as desigualdades imbricadas na produção social dos fenômenos, que são diferentes para cada sociedade, para cada grupo social, dado o modo de produção vigente e hegemônico do momento histórico.

É nesse movimento que é possível apreender, em sua essência, o objeto de atenção sobre o qual os trabalhadores de saúde irão agir.

Caso contrário, é preciso assumir que o objeto de atenção estará limitado a descrições de sua aparência, sendo as ações também superficiais e, portanto, limitadas⁵⁴.

a ciência, igualmente, enquanto produtora de conhecimentos sistematizados sobre os fenômenos do mundo social, reflete igualmente a sociedade onde se produzem os conhecimentos. Na sociedade de classes, dependendo da visão de mundo que se adota, encontra-se a favor das classes dominantes, reiterando a situação de dominação existente ou se manifestando contrária a esta dominação, apontando as contradições sociais existentes procurando formas de superá-las (p.41).

Para construção e melhor uso deste Subconjunto Terminológico da CIPE®, é preciso assumir uma postura questionadora da realidade e do fenômeno da violência doméstica contra

a criança, em um processo constante de desvendar sua essência para encontrar as formas de superação.

O Subconjunto não deve ser encarado como algo estático e engessado, mas como uma das diversas ferramentas do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s. E é no contexto do processo de trabalho destes e na interface com outros processos de trabalho da saúde e de outros setores da sociedade, que ele deve ser usado, criticado e reformulado constantemente.

Tanto a literatura científica quanto o próprio conjunto final dos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mostraram que as ações efetivas para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança passa pelo campo do trabalho interdisciplinar, indo além do que o serviço de saúde é capaz de fazer. Para que sejam transformadoras de uma dada realidade, as ações para o enfrentamento da violência não podem estar restritas a um único campo de competência e de conhecimento.

A(o)s enfermeira(o)s devem utilizar o Subconjunto Terminológico não apenas para denominar um fenômeno sobre o qual o precisam intervir, mas para colocar em evidência um fenômeno que é complexo e que precisa atingir com mais agilidade as ações interprofissionais e intersetoriais.

O Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança não tem o foco apenas nos agravos, mas ressalta a prevenção da violência e a promoção de ações emancipatórias dos sujeitos.

Por isso, acredita-se que este Subconjunto Terminológico tem o potencial de sistematizar uma linguagem específica para a Enfermagem, mas tem também o potencial de ser uma linguagem que se comunique com os demais profissionais e áreas da rede proteção às crianças e suas famílias. Sugere-se que outros estudos sejam realizados a fim de averiguar sua potencialidade no cotidiano de trabalho da(o)s enfermeira(o)s em articulação com os outros profissionais.

Os Diagnósticos, Resultados e Intervenções do Subconjunto não se aplicam somente às crianças, mas estão diretamente relacionadas à família e aos cuidadores. Daí, a importância das ações emancipatórias, pois quanto mais emancipados estiverem os adultos responsáveis pelas crianças, mais efetivas serão as intervenções (de qualquer profissional ou setor) para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

Outro potencial é de que, em não sendo um instrumento que restringe as práticas e nem substitui o raciocínio clínico e crítico dos trabalhadores, deve ser uma ferramenta de apoio que pretende repensar o fenômeno da violência doméstica contra a criança em sua dinamicidade e historicidade.

Para além de seu uso na denominação das diversas faces do objeto de atenção sobre o qual a(o)s enfermeira(o)s irão atuar, a forma de encarar o Subconjunto Terminológico como uma ferramenta do processo de trabalho pode apoiar novos modos de pensar da(o)s enfermeira(o)s acerca de suas práticas. Um modo pautado na dialética do pensamento e não na linearidade dos processos e dos fenômenos.

Para tanto, o Subconjunto Terminológico foi organizado de forma a dar ênfase no caráter dialético da violência doméstica contra a criança, considerando-se seus "Fortalecimentos e Promoção" e seus "Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências". Além disso, destacaram-se duas dimensões do fenômeno da violência doméstica contra a criança: aquela referente às crianças, em uma dimensão mais singular, e a outra referente às suas famílias, em uma dimensão do singular para o particular.

Segundo Breilh (2017), a ação sobre os fenômenos precisa ser integral e transformadora, agindo nas três dimensões que os contêm¹⁴⁴.

A seguir é apresentado um diagrama representativo do raciocínio crítico em Saúde Coletiva, com base na TIPESC⁴⁴ para auxiliar a apreensão do fenômeno da violência doméstica contra a criança em suas diversas dimensões:

Figura 11 – Diagrama representativo do raciocínio crítico em Saúde Coletiva para apreensão dos fenômenos sociais

Para melhor identificar o processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s e melhor evidenciar seus elementos, agregou-se a base operacional do processo de trabalho educativo

da(o) enfermeira(o) em Saúde Coletiva proposta por Pereira, Soares e Campos (2007), que se propõe como uma práxis para assumir os agentes e sujeitos como coprodutores dialógicos do trabalho em saúde¹⁴⁵.

Figura 12 – Diagrama representativo do raciocínio crítico em Saúde Coletiva para apreensão dos fenômenos sociais e para intervenção com base no processo de trabalho

Como apresentado no Diagrama Representativo do Raciocínio Crítico em Saúde Coletiva, a ação da(o)s enfermeira(o)s está pautada na categoria processo de trabalho, que evidencia o objeto de atenção, os sujeitos, as ferramentas e a finalidade de seu próprio processo de trabalho.

O objeto de atenção deve partir das necessidades de saúde das pessoas, famílias e coletividades, e ser apreendido nas três dimensões (singular, particular e estrutural) que contêm o fenômeno social. Além disso, o Diagrama dá visibilidade aos sujeitos que são, ao mesmo tempo, agentes transformadores da realidade e por ela transformados. A finalidade, direcionada pelo objeto/sujeito de atenção, é a resposta a essas necessidades.

Como apontado em discussão anterior, historicamente, as necessidades de saúde nunca foram o objeto de atenção do trabalho da Enfermagem a ser transformado pelos saberes e práticas dessa profissão. É no campo da Saúde Coletiva que o objeto de cuidado do trabalho da(o)s enfermeira(o)s passa a ser encarado como sendo as necessidades de saúde das pessoas, famílias e coletividades, porque toma por base a concepção da determinação social do processo-saúde doença⁴⁴.

Para a Saúde Coletiva, o processo saúde-doença é resultado do embate entre potenciais de fortalecimento e de desgaste, característicos das distintas inserções no trabalho e na vida dos diferentes grupos sociais, que trabalham e vivem num determinado território geossocial¹⁴⁶.

Como parte do processo de produção em saúde, o trabalho da(o)s enfermeira(o)s compõe com outros trabalhadores o cuidado, com a finalidade de responder às necessidades de saúde. As necessidades de saúde são, portanto, o objeto de atenção em saúde, ou seja, o objeto do cuidado, aquele que deve ser transformado pelos processos de trabalho em que a enfermagem participa¹⁴⁷.

Neste estudo, que abordou o fenômeno da violência doméstica contra a criança, o objeto de atenção não foram diretamente as necessidades de saúde, mas um dos fenômenos sociais decorrentes da falha nas respostas a essas necessidades.

Para que se possa identificar quais são as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais, é necessário obter dados concretos da realidade. A Epidemiologia Crítica nos auxilia nesse processo de forma a obter e compreender os dados dos perfis epidemiológicos, compostos pelos perfis de reprodução social (formas de trabalhar e de viver) e pelos perfis saúde-doença (morbidade, taxas de agravos, mortalidade)¹⁴⁷.

A Epidemiologia Crítica é uma proposta para construção de uma consciência objetiva para compreensão dos problemas de uma realidade que é complexa e cada vez mais marcada

por iniquidades e desigualdade sociais necessárias para sustentação do modo de produção capitalista. Parte de um paradigma contra-hegemônico e dá ênfase ao desenvolvimento de uma subjetividade social para fortalecer os sujeitos da ação em uma relação dialética sujeito/objeto da transformação. A Epidemiologia Crítica exige pensar em uma ética do modo de vida (formas mais humanas de trabalho, direitos étnicos e de gênero, condições de moradia e educação, acesso a bens e serviços) para construção de um projeto de emancipação dos sujeitos, articulando esforços acadêmicos e institucionais e a vitalidade dos movimentos sociais¹⁴⁸.

As ferramentas a serem utilizadas pela(o)s enfermeira(o)s para intervir no objeto/sujeito de atenção e atingir a finalidade de seu processo de trabalho devem contemplar uma ação integral, atuando nas três dimensões (que também guardam relação e interdependência entre si), para que sejam, de fato, transformadoras do fenômeno social em foco.

Para tanto, devem ser pensadas ações que são do núcleo de competência da(o) própria(o) enfermeira(o), porém, articuladas com outros trabalhadores, em uma rede de proteção intersetorial e coletiva.

Alguns exemplos de ferramentas estão apresentadas no Diagrama, seguidas de setas que indicam em qual das dimensões a ferramenta tem maior potencial para agir. As setas são, propositalmente, bidirecionais, indicando que no processo de transformação dos objetos/sujeitos de atenção, os trabalhadores também são constantemente transformados.

Especificamente sobre o Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança, seu potencial de ação está localizado mais na dimensão singular, o que significa que o uso do Subconjunto por si só não será suficiente para enfrentar o fenômeno da violência.

A família aparece na interface entre as dimensões singular e particular do fenômeno, sendo considerada a intersecção entre a criança e os outros âmbitos sociais, como, por exemplo, o grupo social ao qual a família pertence.

Por essa característica, as ações relativas à família ora estão mais voltadas para a dimensão singular, ora para a dimensão mais particular do fenômeno.

A família pode ser a interface entre as dimensões singular e particular tanto para a violência doméstica contra a criança quanto para outros fenômenos sociais, já que ela é uma forma de organização social que sempre esteve presente na história da humanidade.

Partindo da consideração de que a família ocupa um lugar importante nas ações dos trabalhadores de saúde (em especial nos casos de violência doméstica contra a criança, sendo o agressor ou agressores membros da própria família), é imprescindível que estes se

apropriem das transformações familiares ocorridas ao longo do tempo para melhor lidarem com a complexidade dos fenômenos e as formas de enfrentamento que envolvam a família.

Transformações sociais ocorridas na segunda metade do século XX e reconstruídas no século XXI, tais como a industrialização, a urbanização e a necessidade de as mulheres trabalharem também fora de casa, inevitavelmente, provocaram mudanças na composição e nas relações familiares. Autores apontam que, hoje, ter uma definição única para família é quase impossível, pois a família contemporânea é dinâmica, organiza-se das mais diversas formas e contam com múltiplas composições sejam em relação aos membros, sejam em relação à renda. Em relação à composição de seus membros, esta pode variar: uniões com parceiros separados ou divorciados, uniões de pessoas do mesmo sexo, filhos de outros casamentos, mães ou pais sozinhos com seus filhos, filhos de pais diferentes, avós com netos, e uma infinidade de composições que podem ainda abranger amigos e vizinhos, redefinindo, assim, um modo de pensar família muito diferente do tradicional modelo nuclear. Em relação à composição da renda do domicílio, esta pode ser constituída pelo casal, por apenas um dos cônjuges, pelos avós, pelos tios etc^{149,150}.

Compreender as novas formas de organização das famílias se faz necessário, porque, ao passo que são influenciadas pelas modificações sociais, esses novos arranjos também impactam as relações sociais mais ampliadas¹⁵⁰.

Há de se considerar que o estado transformado de uma realidade preserva sempre características do estado/qualidade anterior. Portanto, não se pode negar que, nesse processo de modificação das relações familiares, alguns aspectos da família tradicional e patriarcal ainda permanecem muito presentes, exigindo movimentos constantes de superação, como é o caso do controle e submissão do feminino (e outras relações de poder) e a relação de classe^{150,151}.

Em uma relação muito próxima às transformações nas famílias estão as modificações no território, espaço geossocial onde os membros dessas famílias moram, vivem, relacionam-se, trabalham, adoecem e sofrem todas as injúrias das desigualdades sociais de um modo de produção que é cada vez mais cruel com os menos favorecidos.

E quando se fala em território, é preciso compreender que este não se limita a um mero espaço físico e geográfico, estático e imutável. Na compreensão da Saúde Coletiva, os territórios são configurações de *"processos e redes de relações sociais e de poder [...] constituídos a partir das forças políticas, econômicas e culturais"*¹⁵² (p.145). Portanto, os territórios são dinâmicos, heterogêneos e representam a inserção social dos diversos grupos

sociais, seus modos de vida e trabalho, o acesso ou não a bens e serviços e a própria presença/ausência do Estado.

No Brasil, o processo de urbanização aconteceu ao longo da segunda metade do século XX e não foi acompanhado por desenvolvimento social, melhorias na infraestrutura e aumento de serviços e equipamentos que atendessem às necessidades da população. Isso gerou profundas desigualdades socioterritoriais e acentuou drasticamente as iniquidades sociais. Refletiu-se no aumento de doenças relacionadas aos desgastes da vida urbana, como, por exemplo, as doenças mentais e respiratórias. Além disso, há a violência estreitamente associada a um processo de urbanização desigual e excludente, o que acarreta grupos sociais mais pobres sobrevivendo em situações precárias, insalubres e de alta vulnerabilidade¹⁵².

Um dos instrumentos/meios/ferramentas mais utilizados para intervenção com as famílias (bem como com o território) em uma perspectiva mais totalizante da Saúde Coletiva é a VD. E para que a presença do trabalhador de saúde na casa das pessoas seja considerada uma VD, é preciso que esta esteja sustentada por um arcabouço teórico pertinente à assistência que será realizada¹⁵¹, levando-se em consideração também o conceito que se tem sobre família e território.

A despeito da VD como ação de enfrentamento da violência, a literatura científica mostrou a importância da atuação da(o)s enfermeira(o)s neste espaço de cuidado para intervir, principalmente, nos casos de violência doméstica. Apesar dos sentimentos de insegurança e impotência quando se entra em contato direto com a realidade e as desigualdades sociais presentes no território e no interior das famílias, a VD foi uma ferramenta que ampliou o potencial de ação da(o)s enfermeira(o)s no enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

Foi durante as VD que a(o)s enfermeira(o)s puderam estreitar os vínculos com as famílias, identificar outros sinais de violência no domicílio, fazer um atendimento sem preconceitos e/ou julgamentos, ser um suporte para as famílias lidarem com dificuldades na criação dos filhos e prevenir a negligência contra a criança acompanhando mulheres desde a gestação e nos primeiros anos de vida das crianças.

Além disso, as VD têm o potencial de extrapolar os cuidados da dimensão singular, agindo também na dimensão particular do fenômeno. Ações emancipatórias, de mobilização e participação social também devem estar presentes na assistência que orienta a atuação da(o)s enfermeira(o)s na VD, pois, em uma leitura mais profunda sobre as famílias, elas são a vocalização das condições de vida e trabalho e das necessidades de saúde de um determinado grupo social.

Há alguns anos, experiências nesse sentido vêm sendo desenvolvidas no âmbito da formação de estudantes pelo Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Professoras e Especialistas em Ensino das Disciplinas "Enfermagem e Necessidades de Saúde dos Grupos Sociais" e "Enfermagem na Atenção Básica" têm produzido materiais pedagógicos e conduzido atividades de estágio, os quais têm como foco a captação de necessidades de saúde por meio de entrevistas com famílias dos territórios das UBS e, posteriormente, a elaboração de um plano de cuidado voltado para algumas famílias¹⁴⁷.

Um estudo realizado com enfermeira(o)s de uma unidade de saúde do município de São Paulo durante o ano de 2012 também demonstrou o potencial das VD para mobilizar e fortalecer a participação social, proporcionando o desenvolvimento de práticas emancipatórias desenvolvidas por enfermeira(o)s, capazes, inclusive, de transformar o território onde as pessoas estão vivendo. E também identificou a VD como um instrumento de trabalho potencial para atuar tanto no âmbito do coletivo quanto na dimensão do cuidado em saúde de indivíduos e famílias¹⁵³.

O próprio Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança é composto por Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem que terão mais pertinência se utilizados no âmbito das VD, como, por exemplo, *"Cuidador(a) Capaz de Executar o Cuidado"*, *"Violência contra outras Pessoas no Domicílio"*, *"Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores"* e *"Identificar conflitos/condições familiares geradores de violência ou que possam gerar maior vulnerabilidade a práticas violentas"*.

Portanto, mais atenção precisa ser dada pelos gestores e pelas esferas governamentais para tais ações, que têm se mostrado efetivas para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança¹⁵⁴ e para o desenvolvimento das práticas emancipatórias junto aos sujeitos, com potencial de transformar os territórios e, conseqüentemente, os modos de viver e adoecer das pessoas. E o que se tem visto são os ataques cada vez mais estratégicos para o desmonte do SUS e da ESF, este o espaço mais potente para atuação da(o)s enfermeira(o)s nas VD e no território.

Outras ferramentas são exemplificadas no Diagrama, mas que não serão aqui aprofundadas por questão de tempo e foco no objeto de estudo desta pesquisa. Entretanto, não se pode perder de vista a amplitude de ações nas quais a(o)s enfermeira(o)s estão envolvida(o)s ou podem se envolver para a superação do fenômeno da violência doméstica contra a criança.

E, como já discutido anteriormente, para que as práticas e saberes da(o)s enfermeira(o)s tenham real impacto na transformação dos fenômenos sociais e nas respostas às necessidades de saúde, é preciso que suas condições de trabalho também sejam revistas, não sendo mais possível sustentar atuações pontuais e pulverizadas sem a definição dos objetos de atenção e do seu próprio processo de trabalho.

6 Considerações finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança partiu de resultados da revisão integrativa sobre "Como a(o)s enfermeira(o)s têm atendido os casos de violência doméstica contra a criança na APS?" e da validação dos Diagnósticos/Resultados e Intervenções de Enfermagem. Os Diagnósticos/Resultados e Intervenções foram avaliados por juízas/especialistas que atuam na área de Saúde Coletiva/Atenção Básica e têm experiência profissional com a CIPE® ou com o tema da violência doméstica contra a criança, na assistência, no ensino, na pesquisa ou na gestão.

De forma geral, os estudos científicos mostraram que a(o)s enfermeira(o)s ocupam uma posição importante e fundamental para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança, porque estão muito próxima(o)s às crianças e suas famílias nos espaços onde atuam. Ao mesmo tempo, fazem a interface com outros trabalhadores e equipamentos da rede de atenção e proteção às crianças.

Dentre as facilidades para a atuação da(o)s enfermeira(o)s no enfrentamento da violência doméstica contra a criança estão reconhecer o seu papel nesta atuação, agir em integração com os demais trabalhadores, poder contar com uma rede de serviços integrada e com o apoio e suporte da própria instituição. Dentre as dificuldades e desafios estão a falta de clareza sobre o seu próprio papel, o receio de invadir a privacidade da família, o medo de envolvimento, o sentimento de impotência e insegurança, as lacunas na formação, a falta de uma rede de serviços integrada, o *deficit* de trabalhadores, a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo.

As dificuldades encontradas limitam a atuação da(o)s enfermeira(o)s, uma vez que, atropelada(o)s pelas demandas dos serviços de saúde e sem um suporte para trabalharem as questões da violência doméstica contra a criança, acabam dando prioridade para a resolução dos casos clínicos e de caráter mais individual e biológico.

Experiências exitosas da atuação da(o)s enfermeira(o)s foram marcadas pela realização de VD que permitiram estreitar os vínculos com as famílias, identificar outros sinais de violência no domicílio, fazer um atendimento sem preconceitos e/ou julgamentos, ser um suporte para as famílias lidarem com dificuldades na criação dos filhos e prevenir a negligência contra a criança acompanhando mulheres desde a gestação e nos primeiros anos de vida das crianças.

A versão final do Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança ficou composto por 9 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem de Fortalecimentos e Promoção relativos à criança e 5 relativos à família e 30 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências relativos à criança e 16 relativos à família. Quanto às Intervenções de Enfermagem, foram 19 do grupo de Fortalecimentos e Promoção, 63 do grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências e 18 aplicáveis a ambos os grupos.

A crítica e o desafio para construção e uso de um Subconjunto Terminológico da CIPE® é que, como as demais classificações de enfermagem, sua origem está em conhecimentos de cunho funcionalistas e positivistas. Mesmo as tentativas de ampliar a abrangência dos termos da base CIPE® partindo de conhecimentos produzidos pela Saúde Coletiva, como foi o caso do Projeto CIPESC® no Brasil, barreiras ainda são encontradas para uma aplicação mais efetiva do Subconjunto no sentido de extrapolar a dimensão mais singular para as dimensões particulares e estruturais do fenômeno.

Uma das potencialidades do Subconjunto Terminológico destacada nesta pesquisa foi a possibilidade de sistematizar uma linguagem específica para a Enfermagem acerca do fenômeno da violência doméstica contra a criança. Além disso, tal linguagem tem o potencial de se comunicar com as demais áreas da rede proteção às crianças e suas famílias, fortalecendo a ação interdisciplinar de enfrentamento da violência doméstica contra a criança. Sugere-se que outros estudos sejam realizados a fim de averiguar essas potencialidades no cotidiano de trabalho da(o)s enfermeira(o)s e em articulação com os outros profissionais.

Ancorado na TIPESC, teoria de base materialista histórico-dialética, este estudo propôs um Diagrama Representativo do Raciocínio Crítico em Saúde Coletiva para Apreensão dos Fenômenos Sociais e para Intervenção com Base no Processo de Trabalho, destacando o objeto de atenção, os sujeitos, as ferramentas e a finalidade do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s.

Entende-se que o objeto de atenção do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s em Saúde Coletiva são as necessidades de saúde. E a finalidade desse processo deve ser as respostas adequadas a essas necessidades.

O objeto de atenção exemplificado no Diagrama foi o fenômeno da violência doméstica contra a criança, sendo este já uma das manifestações das falhas nas respostas das necessidades de saúde.

As ferramentas do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s que foram discutidas neste estudo foi o Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência

Doméstica Contra a Criança e as VD. No Diagrama, destacou-se o potencial de alcance de cada uma dessas ferramentas para agir na dimensão singular e/ou particular do fenômeno. As ferramentas de potencial para ação na dimensão estrutural foram apresentadas no Diagrama, porém não foram discutidas por não terem sido o foco desta pesquisa. Recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas com o objetivo de investigar ferramentas potentes para o processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s no enfrentamento da violência doméstica contra a criança e que contemplem ações nas três dimensões (singular, particular e estrutural).

A família apareceu na intersecção entre a criança e os outros âmbitos sociais, como, por exemplo, o grupo social ao qual a família pertence. Esta se encontra na interface entre as dimensões singular e particular do fenômeno, podendo ser considerada nesta interface para outros fenômenos sociais, já que é uma forma de organização social que sempre esteve presente na história da humanidade.

O território apareceu como espaço que deve ser amplamente considerado na atuação da(o)s enfermeira(o)s para ações mais integrais e emancipatórias. Nele se encontra a dinamicidade da vida dessas famílias, revelando seus modos de viver, trabalhar e se relacionar, resguardando o potencial das ações coletivas na superação do fenômeno da violência doméstica contra a criança.

É preciso reforçar o dever dos gestores e das instâncias governamentais federal, estadual e municipal para com as condições de trabalho em saúde.

Os órgãos representativos da enfermagem precisam estar atentos para que, na implementação de novas ferramentas para a(o)s enfermeira(o)s, haja condições de trabalho favoráveis, para que sejam, de fato, utilizadas a fim de buscar as transformações na realidade.

O que se tem visto é a precarização cada vez maior dos vínculos e das condições de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, gerando sobrecarga, autculpabilização, adoecimento, insatisfações e distanciamento do objeto de atenção do seu próprio processo de trabalho.

É dever também da academia produzir pesquisas que provoquem impactos nos modos de trabalhar da(o)s enfermeira(o)s, fortalecendo-os para as ações integrais no enfrentamento da violência doméstica contra a criança, buscando melhores condições de vida e saúde para as crianças e suas famílias.

O Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança será enviado para CIE e amplamente divulgado para a(o)s enfermeira(o)s.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao processo de validação do Subconjunto Terminológico CIPE®. Dada a complexidade do fenômeno estudado, o conteúdo a ser validado era extenso e denso, sendo difícil adaptá-lo para um instrumento do tipo questionário

estruturado, o que gerou um questionário longo. O número de juízas/especialistas para o qual foi enviado o questionário na FASE 2 (n=22) foi menor do que na FASE 1 (n=32), pois, por motivos técnicos da Plataforma *SurveyMonkey*[®], não foi possível resgatar todos os contatos das juízas/especialistas que participaram da FASE 1 e que atendiam aos critérios de inclusão no estudo.

Referências

REFERÊNCIAS

- 1 - Odalia, N. O que é violência. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- 2 - Franco S. La violencia homicida y su impacto sobre la salud en América Latina. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior. CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 619-34.
- 3 - Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. Cien Saude Colet. 2006;11(Suppl):1163-78.
- 4 - Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002. Violence: a global public health problem; p.3-21.
- 5 - Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 15]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
- 6 - Fundo das Nações Unidas para a Criança - Brasil. Novos dados globais expõem alta prevalência de violência contra crianças [Internet]. 2014 [citado 2017 nov. 15]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_27872.htm.
- 7 - United Nations Children's Fund. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York; 2014.
- 8 - Fundo das Nações Unidas para a Criança - Brasil. A cada 7 minutos, uma criança ou um adolescente morre vítima da violência [Internet]. 2017 [citado 2017 nov. 15]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_37371.html.
- 9 - United Nations Children's Fund. A familiar face: violence in the lives of children and adolescents. New York; 2017.
- 10 - Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília; 2002.
- 11 - Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
- 12 - Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Florianópolis; 2012 [citado 2014 jul. 29]. Disponível em: <http://www.sintratel.org.br/site/index.php/publicacoes/legislacao/15-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente/file>.

- 13 - Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2014 jun. 24]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>.
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2ª ed. Brasília; 2005.
- 15 - Sakata KN, Egry EY, Narchi NZ. The Brazilian policy for reduction of accidents and violence aligns with international perspective? *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 24 Mar. 2015];48(N. esp. 2):197-203. Available from: <http://www.ee.usp.br/biblioteca/doc/Manual2017.pdf>.
- 16 - Sakata KN, Egry EY, Narchi NZ. National policy for reduction of morbidity and mortality from accidents and violence in Brazil. In: Libro de Actas, vol. 2, artículos de salud, de 3º Congreso Ibero-Americano en Investigación Cualitativa; 2014 jul. 14-16; Badajóz, España. Badajóz: Facultad de Educación, Universidad de Extremadura; 2014. p. 324-8.
- 17 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10 [Internet]. [citado 2013 set. 2]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
- 18 - Minayo MCS, Souza ER. Violence and health care as an interdisciplinary field and arena for collective action. *Hist Cien Saude-Manguinhos*. 1998;4(3):513-31.
- 19 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.968/GM, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos em nas entidades do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2014 jul. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html.
- 20 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 104 MS/GM, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2014 jul. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html.
- 21 - Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro; 2012.

- 22 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2014 jul. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html.
- 23 - Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde, Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília; 2013.
- 24 - Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde, Viva: Vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. Brasília; 2017.
- 25 - Garcia TR, Cubas MR. Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 14-15.
- 26 - Garcia TR, Nóbrega MML. The internacional classification for nursing practice: participation of Brazilian nurses in the project of the Internacional Council of Nurses. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(N. esp):875-9.
- 27 - Chianca TCM, Antunes MJM. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC. Brasília: ABEn; 1999.
- 28 - Cubas MR, Koproski AC, Muchinski A, Anoroza GS, Dondé NFP. Validating the nomenclature diagnosis of pre-natal nursing - Base CIPESC® in Curitiba - PR. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(3):363-70.
- 29 - Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2015 ago. 3]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
- 30 - Garcia TR, Nóbrega MML. The ICNP® terminology and Brazilian ICNP® Centre participation on its development and dissemination. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(Esp.):142-50.
- 31 - Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE® do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba [Internet]. João Pessoa; 2006-2018. [atualizado 2008; citado 2017 nov. 20]. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/icnp/missao.html>.
- 32 - Araújo AA, Nóbrega MML, Garcia TR. Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP®. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(2):385-92.

- 33 - Carvalho MWA. Catálogo CIPE® para dor oncológica [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2009.
- 34 - Nóbrega RV. Proposta de subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) para hipertensos na atenção básica [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2012.
- 35 - Medeiros ACT, Nóbrega MML, Rodrigues RAP, Fernandes MGM. Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a classificação internacional para a prática de enfermagem e o modelo de vida. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2013 [citado em: 12 nov. 2017];21(2). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0523.pdf.
- 36 - Nascimento DM. Proposta de um subconjunto terminológico da CIPE® para clientes submetidos à prostatectomia [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2013.
- 37 - Nogueira LGF. Subconjunto terminológico da CIPE® para pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada [tese]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2014.
- 38 - Lins SMSB, Santo FHE, Fuly PSC, Garcia TR. Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(2):180-9.
- 39 - Buchhorn SMM. Construção de um catálogo CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- 40 - Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
- 41 - Cubas MR, Nóbrega MML. Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
- 42 - Albuquerque LM, Cubas MR. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn; 2005.
- 43 - Albuquerque LM, Carvalho CMG, Apostólico MR, Sakata KN, Cubas MR, Egry EY. Nursing terminology defines domestic violence against children and adolescents. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):393-400.
- 44 - Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

- 45 - Egry EY. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008.
- 46 - Egry EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Science, Public Health and Nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(N. esp.):119-33.
- 47 - Konder L. O que é dialética. 20ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1989.
- 48 - Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 83-107.
- 49 - Pires MFC. Education and the historical and dialectical materialism. *Interface Com Saude Educ.* 1997;1(1):83-92.
- 50 - Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde; 1986. Produção e distribuição da saúde-doença como fato coletivo; p. 35-52.
- 51 - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [Internet]. Rio de Janeiro; 2018. [citado 2015 ago. 5]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>.
- 52 - Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.
- 53 - Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde; 1992. (Cadernos CEFOR - Série Textos n. 1).
- 54 - Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi, MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egry, EY, Cubas, MR, organizadoras. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn-PR; 2006. p. 19-61.
- 55 - Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.71-112.
- 56 - Almeida MCP et al. O processo de trabalho da enfermagem nos serviços de atenção básica em saúde. [Apresentado no V Fórum Mineiro de Enfermagem; Universidade Federal de Uberlândia; 2006; Uberlândia].

- 57 - Fracolli LA, Bertolozzi MR. O trabalho em saúde e o processo de produção: uma questão para a enfermagem. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 22-32.
- 58 - Almeida MCP, Rocha JSY. O saber da enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.
- 59 - Ayres JRCM. Ricardo Bruno: history, social processes and health practices. Cien Saude Colet. 2015;20(3):905-12.
- 60 - Egry EY, Oliveira MAC, Fonseca RMGS. Considerações a respeito da saúde coletiva. In: Egry EY, organizadora. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 14-20.
- 61 - Sabroza PC. Concepções sobre saúde e doença [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004 [citado 2016 dez. 16]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>.
- 62 - Lopes ALM, Fracolli LA. Systematic review of literature and qualitative metasynthesis: considerations about their application in nursing research. Texto & Contexto Enferm. 2008;17(4):771-8.
- 63 - Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(3):508-11.
- 64 - Takahashi J, Saheki Y, Gardim S. O que é PICO e PICO?. [Treinamento: Biblioteca “Wanda Aguiar Horta” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014; São Paulo].
- 65 - Schweitzer MC. Revisão sistemática qualitativa. [Apresentado no Workshop de Cursos de Inverno da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2013; São Paulo].
- 66 - Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. São Paulo;1999-2018. [atualizado 2017; citado 2014 nov. 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
- 67 - Nóbrega MML, Cubas MR, Egry EY, Nogueira LGF, Carvalho CMG, Albuquerque LM. Desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 3-24.
- 68 - Garcia TR. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): versão 2015. Porto Alegre: Artmed; 2016.
- 69 - SurveyMonkey® [Internet]. 1999-2018 [atualizado 2018; citado 2015 jun. 10]. Disponível em: <https://pt.surveymonkey.com/>.

- 70 - Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2015 jul. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- 71 - Mathews B, Yang C, Lehman EB, Mincemoyer C, Verdiglione N, Levi BH. Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and attitudes about reporting child maltreatment: a randomized controlled trial. *PloS One* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct. 9];12(5). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5438118/pdf/pone.0177777.pdf>. DOI: 10.1371/journal.pone.0177777.
- 72 - Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violence against children and adolescents: the perspective of Primary Health Care. *Rev. Bras Enferm.* 2017;70(3):511-8.
- 73 - Turner W, Broad J, Drinkwater J, Firth A, Hester M, Stanley N, Szilassy E, Feder G. Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: a systematic review. *Child Abuse Rev.* 2017;26:19-39.
- 74 - Carlos DM, Ferriani MGC. Family violence against children and adolescents in context: how the territories of care are imbricated in the picture. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct. 9];24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02735.pdf>. DOI: 10.1590/1518-8345.0593.2735.
- 75 - Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes MLC. Violence against children: the routine of the professionals in the primary health care. *Rev Rene.* 2016;17(5):593-601.
- 76 - Oliveira LB, Soares FA, Silveira MF, Pinho L, Caldeira AP, Leite MTS. Domestic violence children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professionals. *Rev Latiniam Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct. 9];24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012500/pdf/0104-1169-rlae-24-02772.pdf>.
- 77 - Egry EY, Apostólico MR, Albuquerque LM, Gessner R, Fonseca RMGS. Understanding child neglect in a gender context: a study performed in a Brazil city. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(4):555-62.
- 78 - Hooker L, Small R, Humphreys C, Hegarty K, Taft A. Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mix method process evaluation of a randomised controlled trial. *Implement Sci* [Internet]. 2015. [cited 2017 Oct. 9]; 10(39). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4379540/pdf/13012_2015_Article_230.pdf.

- 79 - Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch nurse-family partnership, on child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PloS One* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct. 9];10(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382107/pdf/pone.0120182.pdf>.
- 80 - Rolim ACA, Moreira GAR, Gondim SMM, Paz SS, Vieira LJES. Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(6):1048-55.
- 81 - Moreira GAR, Vieira LJES, Deslandes SF, Pordeus MAJ, Gama IS, Brilhante AVM. Factors associated with the reporting of child and adolescent abuse in primary healthcare. *Cien Saude Colet*. 2014;19(10):4267-76.
- 82 - Kendall S, Bloomfield L, Appleton J, Kitaoka K. Efficacy of a group-based parenting program on stress and self-efficacy among Japanese mothers: a quasi-experimental study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(4):454-60.
- 83 - Schols MWA, Ruiter C, Ory FG. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug. 5];13(807). Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-807?site=bmcpublichealth.biomedcentral.com>.
- 84 - Souza RG, Santos DV. Facing the children abuse at Family Health Units: the performance of nurses. *Physis*. 2013;23(3):783-800.
- 85 - Apostólico MR, Hino P, Egry EY. Possibilities for addressing child abuse in systematized nursing consultations. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):320-7.
- 86 - Aragão AD, Ferriani MDC, Vendruscollo TS, Souza SD, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev Latinoam Enferm*. 2013;21(N. esp.):172-9.
- 87 - Bradbury-Jones C, Innes N, Evans D, Ballantyne F, Taylor J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Aug. 5];13(370). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3641996/pdf/1471-2458-13-370.pdf>.
- 88 - Davidov DM, Nadorff MR, Jack SM, Coben JH. Nurse Home Visitors' perspectives of mandatory reporting of children's exposure to intimate partner violence to child protection agencies. *Public Health Nurs*. 2012;29(5):412-23.

- 89 - Davidov DM, Jack SM, Frost SS, Coben JH. Mandatory reporting in the context of Home Visitation Programs: intimate partner violence and children's exposure to intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2012;18(5):595-610.
- 90 - Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Mandatory reporting of child abuse by professionals of Family Health Teams. *Cien Saude Colet*. 2010;15(2):481-91.
- 91 - Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(2):146-53.
- 92 - Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Health care professionals' approaches to address family violence against children and teenagers. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(N. esp.):903-8.
- 93 - Gonzalez A, MacMillan HL. Preventing child maltreatment: an evidence-based update. *J Postgrad Med*. 2008;54(4):280-6.
- 94 - Evanson TA. Addressing domestic violence through maternal-child health home visiting: what we do and do not know. *J Community Health Nurs*. 2006;23(2):95-111.
- 95 - MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;365(9473):1786-93.
- 96 - Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M. Child abuse prevention in Japan: an approach to screening and intervention with mothers. *Public Health Nurs*. 2004;21(6):513-8.
- 97 - Crisp BR, Lister PG. Child protection and public health: nurses' responsibilities. *J Adv Nurs*. 2004;47(6):656-63.
- 98 - Kelleher L, Johnson M. An evaluation of a volunteer-support program for families at risk. *Public Health Nurs*. 2004;21(4):297-305.
- 99 - DeMay DA. The experience of being a client in an Alaska Public Health Nursing Home Visitation Program. *Public Health Nurs*. 2003;20(3):228-36.
- 100 - Paavilainen E, Tarkka MT. Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nurs*. 2003;20(1):49-55.
- 101 - Paavilainen E, Astedt-Kurki P, Paunonen M. School nurses' operational modes and ways of collaborating in caring for child abusing families in Finland. *J Clinical Nurs*. 2000;9:742-50.

- 102 - Biehler JL, Sieck C, Bonner B, Steumky JH. A survey of health-care and child protective services provider knowledge regarding the Toe Tourniquet Syndrome. *Child Abuse Negl.* 1994;18(11):987-93.
- 103 - Saunders EJ, Goodall K. A social services-public health partnership in child protection: a rural. *Public Health Rep.* 1985;100(6):663-6.
- 104 - Sakata-So KN, Egry EY, Apostólico MR, Wazima CM. Can institucional videos contribute towards the debate on how to deal with domestic violence against children? *Cien Saude Colet.* 2016;21(8):2347-56.
- 105 - Sakata KN, Wazima CM, Apostólico MR, Egry EY. Domestic infant violence: videos analysis from generation and gender categories. In: Livro de Atas Investigação Qualitativa na Saúde, vol. 1, do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e do 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação; 2015 ago. 5-7; Aracaju. Aracajú: Universidade Tiradentes; 2015. p.366-71.
- 106 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 4ª ed. Brasília; 2007.
- 107 - Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Conceptions of the family health team about home visits. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(6):659-64.
- 108 - Nascimento AB, Egry EY. Municipal health plans and the potentialities of recognition of health needs: a study on four Brazilian municipalities. *Saude soc.* 2017 dez . 18. [Epub ahead of print].
- 109 - Garcia TR. Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE®: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed; 2015.
- 110 - Cubas MR, Denipote AGM, Malucelli A, Nóbrega MML. The ISO 18.104:2003 as integrative model of nursing terminologies. *Rev Latinoam Enferm.* 2010;18(4):669-74.
- 111 - Conselho Internacional de Enfermeiras. Enfermagem comunitária: um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia. Catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2015.
- 112 - Nóbrega, MML, Garcia TR. Terminologias em enfermagem: desenvolvimento e perspectiva de incorporação na prática profissional. In: Albuquerque LM, Cubas MR, organizadoras. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnósticos e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn; 2005. p. 18-39.

- 113 - Antunes MJM, Chianca TCM. The nursing classifications in collective health - the CIPESC Project. *Rev Bras Enferm.* 2002;55(6):644-51.
- 114 - Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE - versão alfa. João Pessoa: Idéia; 2000.
- 115 - Garcia TR, Nóbrega, MML. Nursing process: from theory to the practice of care and research. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(1):188-93.
- 116 - Nóbrega RV, Nóbrega MML. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado de enfermagem para com as pessoas com hipertensão. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 183-201.
- 117 - Medeiros ACT, Nóbrega MML. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado para com a pessoa idosa. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 271-303.
- 118 - Nogueira LGF, Nóbrega MML. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado para com as pessoas com diabetes na atenção especializada. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 151-81.
- 119 - Bisetto LHL, Cubas MR. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado para com as pessoas com eventos adversos pós-vacinação. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 127-48.
- 120 - Cavaleiro MA, Cubas MR, Albuquerque LM. Subconjunto terminológico da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®) para o cuidado de enfermagem na atenção primária em saúde. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 63-126.
- 121 - Buchhorn SMM, Veríssimo MLOR. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado de enfermagem no acompanhamento do desenvolvimento infantil. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 205-17.
- 122 - Albuquerque LM, Egry EY, Cubas MR. Subconjunto terminológico da CIPE® para o cuidado para com crianças e adolescentes em situação vulnerável à violência doméstica. In: Cubas MR, Nóbrega MML, organizadoras. *Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p. 219-70.

- 123 - Egry EY, Antunes MJM, Sena-Chompre RR, Almeida MCP, Silva IA. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: a experiência brasileira. In: Chianca TCM, Antunes MJM, organizadoras. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva: CIPESC. Brasília: ABEn; 1999. p. 34-45.
- 124 - Cubas MR, Egry EY. International classification of nursing practices in collective health - CIPESC®. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):181-6.
- 125 - Brasil. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001 [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2017 dez. 26]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
- 126 - Furuya RK, Nakamura FRY, Gastaldi AB, Rossi LA. Nursing classification systems and their application in care: an integrative literature review. Rev Gaucha Enferm. 2011;32(1):167-75.
- 127 - Figueiredo RM, Zem-Mascarenhas SH, Napoleão AA, Camargo AB. Characterization of knowledge production on the patient cares systems in Brazil. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(2):299-303.
- 128 - Ferla AA, Pinto HA. Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida; 2017.
- 129 - Bevilacqua P, Melo CM, Barletto M. Educação permanente em vigilância em saúde: formação política e reorientação de práticas em serviços. In: Ferla AA, Pinto HA, organizadores. Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 78-102.
- 130 - Brito RF. Fighting violence in high school: work with educational workshops that facilitate the democratic coexistence in the school - an experience of research-action, interlocution of the university and basic education. Sapere Aude. 2017;8(16):443-56.
- 131 - Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP. Reporting child violence, health care flows and work process of primary health care professionals. Cien Saude Colet. 2018;23(11):83-92.
- 132 - Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa saúde da família. ACM Arq Catarin Med. 2003;32(4):65-74.
- 133 - Sakata KN. A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2009.

- 134 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
- 135 - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [Internet]. Rio de Janeiro; 2017. [citado 2017 dez. 26]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-nova-pnab-e-uma-volta-ao-passado>.
- 136 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2017 dez. 26]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
- 137 - Santos VC. A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente-Sapopemba: um estudo de caso [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- 138 - Souza HS. O processo de trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado. In: Souza HS, Mendes A, organizadores. Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: DOC Saberes; 2016. p. 87-111.
- 139 - Gil CRR. Primary health care, basic health care and family health program: synergies and singularities in the Brazilian context. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1171-81.
- 140 - Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- 141 - Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- 142 - Gil CRR, Maeda ST. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole; 2013. p. 325-48.
- 143 - Egry EY. Compreendendo a dialética na aproximação com o fenômeno saúde-doença. In: Egry, EY, Cubas, MR, organizadoras. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPESC: guia para pesquisadores. Curitiba: ABEn-PR; 2006. p. 63-84.
- 144 - Breilh J. La determinación social de la salud y la epidemiología crítica. [Apresentado no III Simpósio Internacional de Políticas e Práticas em Saúde Coletiva – SINPESC; 2017 mar. 6-7; São Paulo].

- 145 - Pereira EG, Soares CB, Campos CMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(6):1072-9.
- 146 - Viana N, Soares CC, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 107-42.
- 147 - Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 265-92.
- 148 - Breilh J. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar; 2007. p. 27-92.
- 149 - Trad LAB. *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. [Resenha de: Moura MMD. *Cad Saude Publica*. 2011;27(2):395-8].
- 150 - Oliveira NHD. *Recomeçar: família, filhos e desafios*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. *Família & famílias: configurações familiares na sociedade contemporânea*; p. 64-84.
- 151 - Egry EY, Fonseca RMGS. Family, home visiting and nursing: reviewing the collective health nursing labour process. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):233-9.
- 152 - Nakano AK, Koga D. Os territórios da urbanidade e a promoção da saúde coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 143-72.
- 153 - Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na atenção básica à saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(Esp.):119-25.
- 154 - Egry EY, Silva MG, Sakata-So KN, Apostólico MR. Limits and potencial of professionals, institutions and public policies to combat the child domestic violence in Primary Health Care: manager's perception. In: *Livro de Atas Investigação Qualitativa na Saúde*, vol. 2, do 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa; 2016 jul. 12-14; Porto. Porto: Universidade Lusófona do Porto; 2016. p.934-43.

Apêndices

**APÊNDICE A - SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®
PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA**

EE USP

ENFERMAGEM

São Paulo | 2018

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA
A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE®
– PARA O ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A
CRIANÇA

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)
Subconjunto Terminológico

Karen Namie Sakata So
Emiko Yoshikawa Egry
Marcia Regina Cubas
Léda Maria Albuquerque

APRESENTAÇÃO

O Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança é resultado da Tese “Validação do Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil”, pesquisa realizada pela Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), Doutora Emiko Yoshikawa Egy, com o apoio da Professora Adjunta da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Doutora Marcia Regina Cubas, e da Enfermeira e Doutora Lêda Maria Albuquerque.

Este material tem como principal objetivo ser uma das ferramentas do processo de trabalho da(s) enfermeira(s) no enfrentamento da violência doméstica contra a criança, fenômeno social complexo e que exige esforços dos mais diversos trabalhadores da saúde e de outros setores para sua superação.

Apresenta sugestões de enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem para atuação da(o)s enfermeira(o)s, principalmente, no âmbito da Atenção Básica/Saúde Coletiva.

No entanto, não tem a intenção de engessar e restringir as práticas e o raciocínio clínico e crítico da(o)s enfermeira(o)s. Ao contrário, pretende ser uma ferramenta de apoio para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança, podendo imprimir também novos modos de pensar na(o)s enfermeira(o)s acerca de suas práticas. Um modo pautado na dialética do pensamento e não na linearidade dos processos e dos fenômenos.

O MODELO TEÓRICO

O modelo teórico que sustentou todo o processo de validação e construção do Subconjunto Terminológico foi o materialismo histórico-dialético, a partir da TIPESC, que é uma teoria de intervenção dinâmica e participativa da realidade com abordagem materialista histórico-dialética^{1,2,3}.

O método materialista histórico-dialético é caracterizado pelo

movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade [...]. Neste caminho lógico, movimentar o pensamento significa refletir sobre a realidade partindo do empírico (a realidade dada, o real aparente, o objeto assim como ele se apresenta à primeira vista) e, por meio de abstrações (elaborações do pensamento, reflexões, teoria), chegar ao concreto: compreensão mais elaborada do que há de essencial no objeto, objeto síntese de múltiplas determinações, concreto pensado. Assim, a diferença entre o empírico (real aparente) e o concreto (real pensado) são as abstrações (reflexões) do pensamento que tomam mais completa a realidade observada⁴ (p. 86).

No processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, a TIPESC, para além de ser uma opção teórico-metodológica, é também uma "teoria que visa organizar os modos de intervenção para a superação das questões saúde-doença prioritariamente"⁵ (p. 120), podendo se constituir como uma ferramenta do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s que potencializa a reflexão crítica em relação à realidade, às práticas e aos objetos de atenção do trabalho em saúde, porque é capaz de imprimir novos modos de pensar da(o)s enfermeira(o)s acerca de suas práticas. Um modo pautado na dialética do pensamento e não na linearidade dos processos e dos fenômenos.

A dialética é "o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação"⁶ (p. 8). Na dialética estão articuladas "as ideias de crítica, de negação, de oposição, de

mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social"⁷ (p. 84).

As categorias conceituais que embasaram a construção do Subconjunto Terminológico sob o referencial teórico do materialismo histórico-dialético foram: processo de trabalho em saúde, processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s, determinação social do processo saúde-doença e saúde coletiva, e as categorias dimensionais foram: do estrutural, do particular e do singular.

A violência doméstica contra a criança não é algo dado e naturalizado pela sociedade, mas, ao contrário, é um fenômeno histórico e social e que deve ser pensado, repensado e refletido em suas diversas dimensões: estrutural (relações de produção, de formação econômica e social e das formas político-ideológicas de uma dada sociedade), particular (processo de reprodução dos grupos sociais, que são os momentos de produção/modos de trabalhar e reprodução/de consumo/modos de viver) e singular (as formas individuais de adoecer e morrer, determinadas pelo embate entre os potenciais de desgastes e fortalecimentos dados pelos modos de viver e trabalhar das pessoas)¹.

A Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimentos e práticas que sustenta uma visão de mundo materialista histórico-dialética se diferencia de outros campos de conhecimento da área da saúde, porque parte de uma concepção de saúde-doença que é definida como um processo em transformação⁵.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

É a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde⁸ (p. 40).

O processo de transformação do objeto pelo trabalho na área da saúde é intermediado por instrumentos, caracterizados pelos materiais e pelos saberes estruturados de seus agentes. Requer uma dada força de trabalho e tem uma certa finalidade que guia as ações e as perspectivas com as quais o objeto será transformado. Esse processo de transformação acontece porque o homem, enquanto ser social, possui necessidades a serem satisfeitas, necessidades estas que são produzidas pela sociedade e por ela determinadas^{9, 10, 11}.

O trabalho, como base da organização da sociedade, é operado pelo homem não apenas para satisfazer necessidades que são puramente materiais, porque até mesmo as necessidades materiais são imbuídas do caráter social e histórico do homem, que constitui a sociedade e que por ela é constituído. Assim, na relação dialética de transformação da natureza pelo trabalho, o homem também está transformando a si mesmo.

Hoje, tem-se que a sociedade é um sistema material altamente complexo, cuja essência e base é o trabalho, enquanto atividade consciente e objetiva. A sociedade representa o conjunto de formas historicamente criadas da atividade conjunta do ser humano para, na relação dialética com a natureza, transformá-la e ser continuamente transformado por ela¹² (p. 27).

Dessa maneira, as ações de enfrentamento da violência doméstica contra a criança pela(o)s enfermeira(o)s no âmbito da Saúde Coletiva/Atenção Básica são consideradas ações emancipatórias dos sujeitos para a superação do fenômeno. Emancipatórias porque são dialéticas e, à medida que transformam o fenômeno da violência doméstica contra a criança rumo ao seu enfrentamento, é capaz de transformar também os sujeitos envolvidos nessas formas de superação.

ORIENTAÇÕES PARA USO

Um Subconjunto Terminológico da CIPE® é um agrupamento de afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem referentes a um determinado problema/fenômeno que é foco do trabalho da(o) enfermeira(o)¹³.

O Subconjunto Terminológico não é algo estático e engessado, mas é uma das diversas ferramentas do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s. É no contexto do processo de trabalho da(o)s enfermeira(o)s e na interface com outros processos de trabalho da saúde e de outros setores da sociedade que ele deve ser usado e criticado.

As ações efetivas para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança passam pelo campo do trabalho interdisciplinar, indo além do que o serviço de saúde é capaz de fazer. Para que sejam transformadoras de uma dada realidade, as ações para o enfrentamento da violência não podem estar restritas a um único campo de competência e de conhecimento.

Portanto, a(o)s enfermeira(o)s devem utilizar este Subconjunto Terminológico não apenas para denominar um fenômeno sobre o qual precisam intervir, mas para colocar em evidência um fenômeno que é complexo e que precisa atingir com mais agilidade as ações interprofissionais e intersetoriais.

O Subconjunto Terminológico da CIPE® para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança não tem o foco apenas nos agravos, mas ressalta a prevenção da violência e a promoção de ações emancipatórias dos sujeitos.

Por isso, acredita-se que este Subconjunto Terminológico tem o potencial de sistematizar uma linguagem específica para a Enfermagem, mas tem também o potencial de ser uma linguagem que se comunique com as demais áreas da rede proteção às crianças e suas famílias.

Os Diagnósticos, Resultados e Intervenções do Subconjunto não se aplicam somente às crianças, estão também diretamente relacionadas à família e aos cuidadores. Daí, a importância das ações emancipatórias, pois quanto mais emancipados estiverem os adultos

10

Portanto, está organizado de forma que apresenta sugestões de enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem divididos em dois principais grupos: "Fortalecimentos e Promoção" e "Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências da Violência Doméstica Contra a Criança", sendo:

GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO

- 9 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relativos à criança
- 5 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relativos à família
- 19 Intervenções de Enfermagem

GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS

- 30 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relativos à criança
- 16 Diagnósticos/Resultados de Enfermagem relativos à família
- 63 Intervenções de Enfermagem

INTERVENÇÕES PARA AMBOS OS GRUPOS

- 18 Intervenções de Enfermagem

Ao todo são 60 Diagnósticos/Resultados e 100 Intervenções de Enfermagem a partir dos quais a(o)s enfermeira(o)s têm a liberdade para pensar o fenômeno social da violência doméstica contra a criança e escolher as formas de enfrentamento que melhor representem a realidade na qual estão inseridas.

Que este seja um material de construção coletiva para que, coletivamente, repensemos o trabalho da(o)s enfermeira(o)s e possamos construir ações efetivas para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e para tantos outros fenômenos sociais complexos sobre os quais a enfermagem atua.

9

responsáveis pelas crianças, mais efetivas serão as intervenções (de qualquer profissional ou setor) para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

Aqui a família é entendida a partir de estudos que tratam da família contemporânea. A família contemporânea, que é dinâmica, organiza-se das mais diversas formas e conta com múltiplas composições, seja em relação aos membros, seja em relação à renda. Em relação à composição de seus membros, esta pode variar: uniões com parceiros separados ou divorciados, uniões de pessoas do mesmo sexo, filhos de outros casamentos, mães ou pais sozinhos com seus filhos, filhos de pais diferentes, avós com netos, e uma infinidade de outras composições que podem ainda abranger amigos e vizinhos, redefinindo, assim, um modo de pensar família muito diferente do tradicional modelo nuclear. Em relação à composição da renda do domicílio, esta pode ser constituída pelo casal, por apenas um dos cônjuges, pelos avós, pelos filhos etc.^{14,15}

O Subconjunto Terminológico não deve ser um instrumento que restrinja as práticas e nem deve substituir o raciocínio clínico e crítico dos trabalhadores. Deve ser uma ferramenta de apoio que pretende repensar o fenômeno da violência doméstica contra a criança em sua dinamicidade e historicidade.

Para além de seu uso na denominação dos objetos de atenção sobre os quais a(o)s enfermeira(o)s irão atuar, o Subconjunto Terminológico pode apoiar também novos modos de pensar da(o)s enfermeira(o)s acerca de suas práticas. Um modo pautado na dialética do pensamento e não na linearidade dos processos e dos fenômenos (ver Apêndice).

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – CIPE® – PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA

GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Relativos à criança

1. Apoio Familiar Eficaz
2. Apoio Social Efetivo
3. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequado
4. Comunicação Eficaz
5. Continuidade do Cuidado, Eficaz
6. Desempenho Escolar Adequado
7. Desenvolvimento Infantil Adequado
8. Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança
9. Socialização Eficaz

Relativos à família

1. Apoio Social Efetivo
2. Cuidador(a) Capaz de Executar o Cuidado
3. Enfrentamento Familiar Adequado
4. Família/Cuidador(a) Capaz de Participar do Planejamento do Cuidado
5. Prontidão para Tomada de Decisão

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos
2. Elogiar a atitude de analisar as possibilidades e as consequências envolvidas no processo de decisão
3. Elogiar as ações que promovem proteção às crianças
4. Elogiar as habilidades de comunicação
5. Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde
6. Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança
7. Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado
8. Elogiar e reforçar o papel dos pais/cuidadores como cuidadores e protetores das crianças
9. Elogiar o desempenho escolar adequado da criança
10. Elogiar o desenvolvimento adequado da criança
11. Encorajar as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família
12. Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores
13. Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados
14. Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores
15. Incentivar a criança/família a planejar o futuro
16. Orientar os pais/cuidadores sobre a importância de educar sem violência
17. Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas e encorajar os membros da família a identificarem e resolverem os conflitos por meio do diálogo
18. Reforçar a participação em atividades sociais e comunitárias
19. Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica

**GRUPO DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E
CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA**
DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Relativos à criança

1. Abandono da Criança. Resultado de Enfermagem: Abandono da Criança. Ausente.
2. Apoio Familiar Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Apoio Familiar Melhorado. Apoio Familiar Eficaz.
3. Apoio Social Inefetivo. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Efetivo.
4. Atividade Lúdica Insatisfatória. Resultado de Enfermagem: Atividade Lúdica Melhorada. Atividade Lúdica Satisfatória.
5. Barreira na Comunicação. Resultado de Enfermagem: Barreira na Comunicação. Reduzida. Barreira na Comunicação. Ausente.
6. Comportamento Autodestrutivo. Resultado de Enfermagem: Comportamento Autodestrutivo Diminuído. Comportamento Autodestrutivo Ausente.
7. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento. Introversão). Resultado de Enfermagem: Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão). Diminuído. Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão). Ausente.
8. Comportamento Sexual Inapropriado. Resultado de Enfermagem: Comportamento Sexual Inapropriado. Reduzido. Comportamento Sexual Inapropriado. Ausente.
9. Comportamento Violento. Resultado de Enfermagem: Comportamento Violento Diminuído. Comportamento Violento Ausente.
10. Desempenho Escolar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desempenho Escolar Melhorado. Desempenho Escolar Adequado.
11. Desenvolvimento Infantil Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Desenvolvimento Infantil Melhorado. Desenvolvimento Infantil Adequado.
12. Enfrentamento Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Melhorado. Enfrentamento Adequado.

14

13. Medo. Resultado de Enfermagem: Medo Reduzido. Medo Ausente.
14. Medo de Abandono. Resultado de Enfermagem: Medo de Abandono. Reduzido. Medo de Abandono. Ausente.
15. Privação do Sono. Resultado de Enfermagem: Privação do Sono. Reduzida. Privação do Sono. Ausente.
16. Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.
17. Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Resultado de Enfermagem: Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Reduzido. Risco de Dificuldade com Enfrentamento. Ausente.
18. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Reduzido. Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil. Ausente.
19. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Reduzido. Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil. Ausente.
20. Risco de Sono Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Risco de Sono Prejudicado. Reduzido. Risco de Sono Prejudicado. Ausente.
21. Risco de Violência Doméstica. Resultado de Enfermagem: Risco de Violência Doméstica. Reduzido. Risco de Violência Doméstica. Ausente.
22. Sinais de Ansiedade (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Ansiedade (descrever). Reduzidos. Sinais de Ansiedade (descrever). Ausentes.
23. Sinais de Depressão (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão (descrever). Diminuídos. Sinais de Depressão (descrever). Ausentes.
24. Socialização Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Socialização Melhorada. Socialização Eficaz.
25. Tristeza Crônica. Resultado de Enfermagem: Tristeza Crônica Reduzida. Tristeza Crônica Ausente.
26. Vergonha. Resultado de Enfermagem: Vergonha Reduzida.
27. Violência contra outras Pessoas no Domicílio. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio. Ausente.
28. Vítima de Abuso Infantil. Resultado de Enfermagem: Abuso Infantil. Ausente.

13

16

29. Víctima de Agressão Sexual (ou Estupro). Resultado de Enfermagem: Víctima Protegida contra Novos Episódios de Agressão Sexual (ou Estupro).
 30. Víctima de Negligência Infantil. Resultado de Enfermagem: Negligência Infantil Ausente.

Relativos à família

1. Apoio Social Inefetivo. Resultado de Enfermagem: Apoio Social Efetivo.
2. Atitude Familiar Conflituosa. Resultado de Enfermagem: Atitude Familiar Conflituosa, Reduzida. Atitude Familiar Conflituosa, Ausente.
3. Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Melhorada. Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Adequada.
4. Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada. Resultado de Enfermagem: Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada.
5. Comunicação Ineficaz. Resultado de Enfermagem: Comunicação Melhorada. Comunicação Eficaz.
6. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Melhorado. Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Satisfatório.
7. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Melhorado. Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Satisfatório.
8. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Melhorado. Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Satisfatório.
9. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório. Resultado de Enfermagem: Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Melhorado.

15

- Melhorado. Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Satisfatório.
10. Dependência de Álcool. Resultado de Enfermagem: Dependência de Álcool, Reduzida. Dependência de Drogas, Ausente.
 11. Dependência de Drogas. Resultado de Enfermagem: Dependência de Drogas, Reduzida. Dependência de Drogas, Ausente.
 12. Enfrentamento Familiar Prejudicado. Resultado de Enfermagem: Enfrentamento Familiar Melhorado. Enfrentamento Familiar Adequado.
 13. Rede Social Insuficiente. Resultado de Enfermagem: Rede Social Aumentada. Rede Social Suficiente.
 14. Sinais de Depressão (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Depressão (descrever), Diminuídos. Sinais de Depressão (descrever), Ausentes.
 15. Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever). Resultado de Enfermagem: Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever), Reduzidos. Sinais de Estresse dos Pais/Cuidadores (descrever), Ausentes.
 16. Violência contra outras Pessoas no Domicílio. Resultado de Enfermagem: Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Ausente.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança, a fim de fortalecer a confiança
2. Acionar a rede e os recursos comunitários existentes para ações coletivas de enfrentamento da violência doméstica contra a criança
3. Agendar consulta de retomo/acompanhamento (ou consulta subsequente)
4. Ajudar a criança/família a relembrar situações adversas superadas, encorajando-as a enfrentar a situação atual
5. Articular com outros profissionais e outros setores a intervenção junto à criança/família/cuidadores e o monitoramento do caso
6. Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança

17

7. Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança
8. Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles
9. Atentar para sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê
10. Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência
11. Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem pré-julgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva
12. Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança
13. Avaliar as necessidades e garantir as medidas protetivas imediatas
14. Construir com a família/cuidadores ações para apoio e proteção às crianças
15. Construir estratégias conjuntas sobre como educar e se comunicar com as crianças para estabelecer limites sem violência
16. Discutir com a equipe interprofissional projeto terapêutico para o(a) agressor(a)
17. Discutir sobre educação sexual/sexualidade
18. Construir com a escola e com os pais/cuidadores oportunidades para que estes participem das atividades da escola
19. Encaminhar para assistente social e acompanhar o caso
20. Encaminhar para serviço auxiliar de saúde e acompanhar o caso
21. Encaminhar para serviço comunitário e acompanhar o caso
22. Encaminhar para serviço de autoajuda e acompanhar o caso
23. Encaminhar para serviço educacional
24. Encaminhar, quando adequado, à terapia familiar e acompanhar o caso
25. Encorajar a expressão e a verbalização de percepções, sentimentos, medos e dificuldades

18

26. Encorajar os pais/cuidadores a expressarem as dificuldades para lidar com as crianças
27. Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica
28. Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores
29. Estimular a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e construir coletivamente estratégias de participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente
30. Estimular o comparecimento aos serviços de saúde e garantir que o atendimento seja realizado
31. Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado
32. Evitar perguntar direta e frequentemente sobre os detalhes da violência sofrida
33. Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e possibilitar formas de acessá-lo
34. Identificar as necessidades da criança em situações de violência
35. Identificar comportamento agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos
36. Identificar conflitos/condições familiares geradores de violência ou que possam gerar maior vulnerabilidade a práticas violentas
37. Incentivar a interação social (ampliação de rede de relacionamentos com pessoas significativas e com interesses e metas comuns) de forma gradativa
38. Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência
39. Investigar contexto sociofamiliar da criança e características do grupo social a qual pertence
40. Monitorar ideação/gestos suicidas
41. Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência
42. Observar na criança sinais de erotização precoce e/ou atitudes sexuais impróprias para a idade
43. Observar sinais de descuido intencionais dos pais/cuidadores em relação à criança e/ou despreocupação com o bem-estar e desenvolvimento da criança

19

44. Obter dados sobre sinais de ansiedade/estresse/humor deprimido/tristeza/depressão
45. Obter dados sobre apoio emocional
46. Obter dados sobre capacidade para executar cuidado
47. Obter dados sobre comportamento sexual inapropriado
48. Obter dados sobre desempenho/frequência/convivência escolar
49. Obter dados sobre higiene corporal e/ou oral
50. Obter dados sobre recursos para controlar a ansiedade
51. Obter dados sobre sinais de desconforto
52. Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas
53. Orientar a família/cuidadores sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo/agressivo
54. Orientar família/cuidadores sobre higiene
55. Orientar sobre segurança da criança
56. Orientar sobre sono
57. Ouvir as preocupações, sentimentos e perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores
58. Planejar com os pais/cuidadores formas para construir ligação afetiva e vínculo de confiança com as crianças
59. Planejar em conjunto o abandono/redução do uso de álcool e/ou drogas
60. Promover ações educativas coletivas sobre educação sem violência
61. Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade
62. Reconhecer os valores da família/cuidadores de maneira isenta de julgamentos
63. Reforçar aspectos positivos

20

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA AMBOS OS GRUPOS

1. Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades
2. Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas
3. Colaborar com equipe interprofissional
4. Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias
5. Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessar os serviços comunitários
6. Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas
7. Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e as possíveis soluções
8. Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida
9. Ensinar os pais/cuidadores a reconhecer as conquistas das crianças
10. Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças
11. Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores
12. Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança
13. Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitadas
14. Explicar aos pais/cuidadores o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança
15. Garantir espaço adequado para que a criança/família/cuidadores expressem seus sentimentos e esclareçam suas dúvidas
16. Oferecer feedback à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica
17. Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças
18. Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente)

APÊNDICE

DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO RACIOCÍNIO CRÍTICO EM SAÚDE
COLETIVA PARA APREENSÃO DOS FENÔMENOS SOCIAIS E PARA
INTERVENÇÃO COM BASE NO PROCESSO DE TRABALHO

REFERÊNCIAS

1. Egy EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Icone; 1996.
2. Egy EY. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone Editora; 2008.
3. Albuquerque LM. Construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.
4. Pines MFC. Education and the historical and dialectical materialism. Interface. 1997;1(1):83-92.
5. Egy EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Science, Public Health and Nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis. Rev Bras Enferm. 2013;66(N. esp.):119-33.
6. Kander L. O que é dialética. 20ª ed. São Paulo: Editora Brasiliense; 1989.
7. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002. p. 83-107.
8. Breilh J, Granda E. Investigação da saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO; 1986. Produção e distribuição da saúde-doença como fato coletivo: p. 35-52.
9. Peduzzi M, Schralber LB. Processo de trabalho em saúde. Disponível em: <http://www.epijv.fueruz.br/dicionario/verbetes/ptbrasau.html>. Acesso em: 05 de agosto de 2015.
10. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [Internet]. Rio de Janeiro [citado 2015 ago. 5]. Disponível em: <http://www.epijv.fueruz.br/dicionario/verbetes/ptbrasau.html>.
11. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (Cadernos CEFOR – Série Textos n. 1); 1992.
12. Fonseca RMGS, Egy EY, Berlozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egy EY, Cubas MR, organizadoras. O trabalho da enfermagem em saúde coletiva no cenário CIPEC: guia para pesquisadores. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Paraná; 2006. p. 19-61.
13. Garcia TR. Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): versão 2015. Porto Alegre: Artmed; 2016.
14. Trad LAB. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Focruz; 2010. [Resenha de: Maura MMD. Cad Saude Publica. 2011;27(2):395-8].
15. Oliveira NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009. Família & famílias: configurações familiares na sociedade contemporânea: p. 64-94.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

APÊNDICE B - CARTAS CONVITE - FASE 1 E 2

Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM - FASE 1

Olá!

Devido a sua experiência, gostaríamos de convidá-la(o) para participar como juiz(a) da pesquisa "Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança".

A pesquisa faz parte do doutorado da enfermeira Karen Namie Sakata So, sob orientação da Professora Dra. Emiko Yoshikawa Egry, da Escola de Enfermagem da USP, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Número de Parecer 1.433.634.

Sua contribuição é muito valiosa para nós e desde já agradecemos!

Um abraço!

Karen Namie Sakata So

knsakata@usp.br

karen.namie.sakata@gmail.com

(11) 97583-3501 - TIM / whatsapp

Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - FASE 2

Olá!

Se você está recebendo este questionário é porque participou da Fase 1 da pesquisa "Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Criança". A pesquisa faz parte do doutorado da enfermeira Karen Namie Sakata So, sob orientação da Professora Dra. Emiko Yoshikawa Egry, da Escola de Enfermagem da USP e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Número de Parecer 1.433.634.

Na Fase 1, você participou enquanto juíza para validação dos Diagnósticos e Resultados de Enfermagem. E aqui já vai um resultado preliminar do Subconjunto Terminológico!

O próximo passo é validarmos as Intervenções de Enfermagem.

Prezando pela qualidade da pesquisa, convidamos para participar da Fase 2 somente as pessoas que concluíram o questionário da Fase 1 e que atenderam os critérios de inclusão para juízas. E você foi uma delas! Muito obrigada, mesmo! Entendemos que essas pessoas adquiriram mais proximidade ao estudo e gostaríamos de lhes proporcionar que continuassem contribuindo com suas ricas experiências no tema.

Sua contribuição continua sendo muito valiosa para nós e desde já agradecemos!

Um abraço!

Karen Namie Sakata So
knsakata@usp.br
karen.namie.sakata@gmail.com
(11) 97583-3501 - TIM / whatsapp

**APÊNDICE C - MODELO DE INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DOS
DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM DO SUBCONJUNTO
TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA CONTRA A CRIANÇA**

**Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de
Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil**

VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM - FASE 1

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

A primeira parte do instrumento refere-se a dados de identificação. Escolha a(s) resposta(s) que melhor(es) se aplica(m) a sua realidade.

Na segunda parte, você é convidada(o) a compartilhar um caso e uma imagem que, na sua concepção, representam a violência doméstica infantil.

A terceira parte contém os enunciados de Diagnósticos/Resultados de Enfermagem referentes à criança em situação de violência doméstica infantil e referentes à família da criança em situação de violência doméstica infantil.

Sua participação será no sentido de julgar a pertinência dos enunciados dos Diagnósticos/Resultados de Enfermagem e para isso deverá marcar uma das alternativas:

- 1) Não pertinente
- 2) Pouco pertinente, necessita de grande revisão (Por gentileza, deixar suas sugestões, alterações e comentários)
- 3) Pertinente, necessita de pequena revisão
- 4) Muito pertinente

Vamos começar?

Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil

VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E RESULTADOS DE ENFERMAGEM - FASE 1

IDENTIFICAÇÃO

Sexo

Idade

Formação

Especifique

Tempo de conclusão da Graduação

Curso de Pós-Graduação (admite mais de uma resposta)

SITUAÇÃO

Aprimoramento	<input type="text"/>
Residência	<input type="text"/>
Especialização	<input type="text"/>
Mestrado profissional	<input type="text"/>
Mestrado acadêmico	<input type="text"/>
Doutorado	<input type="text"/>
Pós doutorado	<input type="text"/>
Livre docência	<input type="text"/>

Outro (especifique)

Vinculação profissional (admite mais de uma resposta)

	Área de Saúde Coletiva			
	Atenção Básica	Área Hospitalar	Outro	Não se aplica
Assistência	☐	☐	☐	☐
Ensino	☐	☐	☐	☐
Pesquisa	☐	☐	☐	☐
Gestão	☐	☐	☐	☐

Outro (especifique)

As questões abaixo admitem mais de uma resposta

	NÃO	SIM Na assistência	SIM No ensino	SIM Na pesquisa	SIM Na gestão
Possui experiência profissional com o tema Violência Doméstica Infantil?	☐	☐	☐	☐	☐
Possui experiência profissional com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®?	☐	☐	☐	☐	☐
Possui experiência profissional com outras Classificações de Enfermagem?	☐	☐	☐	☐	☐

Selecione o Estado em que trabalha

Cidade em que trabalha

Descreva um caso de violência doméstica infantil que seja significativo para você.

Anexe uma imagem que, na sua concepção, representa a violência doméstica infantil.

São suportados arquivos no formato PDF, DOC, DOCX, PNG, JPG, JPEG, GIF. O limite de tamanho do arquivo é de 16 MB.

Escolher ficheiro

Nenhum ficheiro escolhido

Avalie os Diagnósticos e Resultados de Enfermagem abaixo com relação à criança em situação de violência doméstica infantil. *Obs: Para fins deste estudo, a criança será considerada desde o período fetal até a idade de 11 anos, 11 meses e 29 dias.*

	2	3	
	Pouco	Pertinente	
	pertinente	Necessita	
1	Necessita	de	4
Não	de grande	pequena	Muito
pertinente	revisão	revisão	pertinente

Abandono da Criança. Resultado de Enfermagem: Abandono Ausente da Criança.

☐ ☐ ☐ ☐

Sugestões e comentários:

Ansiedade. Resultado de Enfermagem: Ansiedade Reduzida.

☐ ☐ ☐ ☐

Sugestões e comentários:

Apoio Familiar Positivo.

☐ ☐ ☐ ☐

Sugestões e comentários:

Autocontrole Melhorado (ou Aumentado).

☐ ☐ ☐ ☐

Sugestões e comentários:

FASE 2 Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil

VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - FASE 2

Primeiro, considere os Diagnósticos de Enfermagem validados na Fase 1 deste estudo. Se quiser, você ainda tem a possibilidade de indicar dentre os Diagnósticos já validados aqueles que julgar mais potentes para compor o Subconjunto Final.

Depois, você selecionará as Intervenções de Enfermagem pertinentes aos grupos.

ESTES SÃO OS DIAGNÓSTICOS DO GRUPO DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO RELATIVOS À CRIANÇA

- ☐ Apoio Familiar Eficaz
- ☐ Apoio Social Presente
- ☐ Autocontrole Eficaz
- ☐ Autoimagem Positiva
- ☐ Capacidade de Executar Atividade de Lazer, Adequada
- ☐ Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Adequada
- ☐ Comportamento de Busca de Saúde, Eficaz
- ☐ Comunicação Eficaz
- ☐ Continuidade do Cuidado, Eficaz
- ☐ Controle da Raiva, Eficaz
- ☐ Desempenho Escolar Adequado
- ☐ Desenvolvimento Infantil Adequado
- ☐ Enfrentamento Adequado
- ☐ Esperança
- ☐ Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Presente
- ☐ Prontidão para Comunicação
- ☐ Prontidão para Conhecimento
- ☐ Prontidão para Enfrentamento
- ☐ Recuperação de Abuso, Eficaz
- ☐ Socialização Eficaz

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES

Agora, vamos para as intervenções?

As intervenções estão divididas em 3 partes:

- Pertinentes ao Grupo de Fortalecimentos e Promoção (39 Intervenções)
- Pertinentes ao Grupo de Desgastes, Causas, Manifestações e Consequências (189 Intervenções)
- Pertinentes a ambos os Grupos (47 Intervenções)

FASE 2 Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil

VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - FASE 2

ESTAS SÃO AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PERTINENTES A AMBOS OS GRUPOS:

- DE FORTALECIMENTOS E PROMOÇÃO
- DE DESGASTES, CAUSAS, MANIFESTAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS

- ☐ 1. Acolher a criança/família em suas necessidades
- ☐ 2. Apoiar a criança para construir vínculos de confiança com adultos protetores
- ☐ 3. Apoiar a família para identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas
- ☐ 4. Apoiar aleitamento materno
- ☐ 5. Apoiar os pais a reconhecerem as fases de desenvolvimento e as demandas de seus filhos e como lidar com elas
- ☐ 6. Apoiar os pais para lidar com as mudanças de comportamento próprias das fases de desenvolvimento de seus filhos
- ☐ 7. Auxiliar no estabelecimento de metas a curto e longo prazo
- ☐ 8. Avaliar condição de imunização
- ☐ 9. Colaborar com equipe interprofissional
- ☐ 10. Desestimular (desencorajar, desincentivar) a tomada de decisão quando se está sob grande pressão
- ☐ 11. Encorajar convívio com amigos e familiares
- ☐ 12. Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar saudável
- ☐ 13. Ensinar os pais a reconhecerem as conquistas dos filhos
- ☐ 14. Estabelecer (criar) vínculo com a família e trabalhar a capacidade protetora dos familiares
- ☐ 15. Estabelecer ambiente de confiança
- ☐ 16. Estimular (ajudar, encorajar, incentivar) a criança/família a identificar seus atributos positivos, pontos fortes e capacidades

Assim que o Subconjunto Terminológico estiver finalizado, comprometemo-nos a compartilhá-lo com você com exclusividade!
 Deixe abaixo seu contato, caso tenha interesse em recebê-lo.

Um abraço!

Endereço de email	<input type="text"/>
Número de telefone	<input type="text"/>

Caso conheça outra(o)s enfermeira(o)s que possam contribuir com esta pesquisa, por gentileza, deixe sua indicação abaixo.

Muito obrigada pela sua valiosa contribuição!!!

Contato 1

Email	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>

Contato 2

Email	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>

Contato 3

Email	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Queremos convidá-la(o) para participar da pesquisa intitulada ***"Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil"*** desenvolvida pela enfermeira e doutoranda Karen Namie Sakata So, sob orientação da Professora Dra. Emiko Yoshikawa Egry, docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP).

O **objetivo geral** é validar o Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para o Enfrentamento da Violência Doméstica contra Criança e Adolescente, com foco na violência doméstica infantil.

Para tanto, estamos **convidando especialistas** na área da violência doméstica infantil e em classificações de enfermagem para apreciarem os diagnósticos, resultados e intervenções propostos no Subconjunto. Será utilizado um **questionário eletrônico**, enviado via e-mail em dois momentos (fase 1 e fase 2), que consistirá em perguntas relacionadas à caracterização da(o) participante (sexo, idade, formação, vinculação profissional e experiências na temática da violência doméstica infantil e em classificações de enfermagem) e questões para avaliação da pertinência dos diagnósticos e resultados (fase 1) e intervenções de enfermagem (fase 2) para o enfrentamento da violência doméstica infantil. O tempo estimado para o preenchimento do questionário eletrônico será de **aproximadamente 20 minutos em cada fase**.

Os possíveis desconfortos e riscos que podem surgir durante a participação dizem respeito ao tempo dispensado para o preenchimento do questionário e ao risco emocional relacionado à temática da violência. Os benefícios estão relacionados à contribuição para a sistematização da assistência de enfermagem no enfrentamento da violência infantil, possibilitando registros mais padronizados para melhor acompanhamento da assistência, bem como, propiciando o desenvolvimento do ensino e de futuras pesquisas na área.

A sua participação é **voluntária**. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.

Pela sua participação você não receberá qualquer valor em dinheiro. Sua confidencialidade e privacidade estarão mantidas. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e publicações científicas.

A fim de assegurar a lisura das intenções deste trabalho, colocamos-nos à disposição, durante todo decorrer da pesquisa e também após o seu término, por meio dos contatos abaixo:

Principal pesquisadora e doutoranda: Karen Namie Sakata So. E-mail: knsakata@usp.br ou karen.namie.sakata@gmail.com Telefone: 11 3061-7652 / 11 97583-3501. Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César – CEP: 05403-000 – São Paulo – SP. 2º andar, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, sala 207.

Orientadora da pesquisa: Profª. Drª. Emiko Yoshikawa Egry. E-mail: emiyeegry@usp.br Telefone: 11 3061-7652. Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César – CEP: 05403-000 – São Paulo – SP. 2º andar, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, sala 207.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EE/USP - Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César – CEP: 05403-000 - São Paulo – SP - Telefone: 11 3061-8858 - Email: cepee@usp.br

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é rubricado em todas as páginas e emitido em 2 vias de igual teor, sendo que a primeira ficará com você e a segunda com a pesquisadora. O aceite para participação será feito de forma eletrônica, anexado ao questionário eletrônico e também enviada uma via para o email da(o) participante.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

Data:...../...../.....

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

Anexo

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EE/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Validação do Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil

Pesquisador: Karen Namie Sakata So

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52639416.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.433.634

Apresentação do Projeto:

Todo e qualquer tipo de violência implica negativamente nas condições e na qualidade de vida das pessoas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o fenômeno da violência sempre fez parte da história humana e o seus impactos podem ser vistos em qualquer lugar do mundo e das mais variadas formas. Este fenômeno é responsável por diversos agravos e sequelas em milhões de pessoas e vem crescendo entre os grupos mais vulneráveis socialmente, tais como, os idosos, as mulheres e as crianças.

Objetivo da Pesquisa:

Validar o Subconjunto Terminológico da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para o Enfrentamento da Violência Doméstica Infantil.

Evidenciar como as(os) enfermeiras(os) estão atendendo a violência doméstica infantil no âmbito da Atenção Primária à Saúde;

Desenvolver material de apoio para o uso do Subconjunto Terminológico pelas(os) enfermeiras(os).

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cep@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.433.634

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora refere que os possíveis desconfortos e riscos que podem surgir durante a participação dizem respeito ao tempo dispensado para o preenchimento do questionário e ao risco emocional relacionado à temática da violência.

Os benefícios seriam a sistematização das informações sobre a violência doméstica infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não ficou claro as fases 1 e 2 e se haverá outros participantes da pesquisa além das juízas

Afirma que foram construídos 141 diagnósticos/resultados de enfermagem e 222 intervenções de enfermagem que constituiram o Subconjunto Terminológico, resultado final da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios são adequados e apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;
- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_651795.pdf	20/01/2016 16:27:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_200116.docx	20/01/2016 16:23:51	Karen Namie Sakata So	Aceito
Cronograma	Cronograma_200116.pdf	20/01/2016 16:17:28	Karen Namie Sakata So	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_120116.pdf	20/01/2016 16:15:39	Karen Namie Sakata So	Aceito

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepees@usp.br

EE USP

ENFERMAGEM

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.433.634

Folha de Rosto	Folha_Rosto_Projeto_Plataforma_Brasil_Karen_Sakata.pdf	20/01/2016 15:57:31	Karen Namie Sakata So	Aceito
----------------	--	---------------------	-----------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 02 de Março de 2016

Assinado por:

Lisabelle Mariano Rossato

(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enias de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

CEP: 05.403-000

E-mail: ocpee@usp.br