

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

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

Fernando Silva-Oliveira ¹
Efigênia Ferreira e Ferreira ¹
Flávio de Freitas Mattos ¹
Marco Túlio de Freitas Ribeiro ²
Luís Otavio de Miranda Cota ³
Míriam Pimenta Vale ⁴
Patrícia Maria Zarzar ⁴

Abstract *The scope of this study was to conduct cross-cultural adaptation and evaluate the reproducibility of a questionnaire designed by a team from the University of London to assess knowledge and attitudes of health professionals during primary care when faced with cases of child physical abuse. The translation rigorously followed the criteria described by Herdman (1998), to maintain maximum functional equivalence. The adapted questionnaire was tested on 107 health care professionals from Belo Horizonte. Standard and Weighted Kappa tests were used to evaluate the reproducibility of the instrument. Most of the questions achieved Kappa test values above 80% (excellent). The Brazilian version of the questionnaire was, therefore, adapted and had proven reproducibility.*

Key words *Child physical abuse, Knowledge, Cross-cultural adaptation, Health care professionals*

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

Palavras-chave *Abuso físico infantil, conhecimento, adaptação transcultural, profissionais de saúde*

¹ Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31.270-901 Belo Horizonte MG Brasil. nando.sol@gmail.com

² Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

³ Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

⁴ Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

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

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

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

Das notificações de abuso infantil realizadas nos Estados Unidos em 2009, 58,6% foram feitas principalmente por profissionais que lidam com crianças em seu ambiente de trabalho⁶. Destes profissionais, 16,7% eram da educação e 12,8% da saúde. Esse dado ressalta a importância destes profissionais no reconhecimento e notificação de casos de abuso infantil. Contudo, os profissionais de saúde muitas vezes se sentem despreparados para a identificação de crianças abusadas, além de temerem implicações legais ao realizarem uma notificação⁷⁻¹⁰.

Considerando a importância dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que atuam na porta de entrada do serviço, profissionais

da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na identificação e notificação de casos de abuso físico infantil¹¹, são necessários estudos que avaliem seus conhecimentos e atitudes frente a casos de crianças abusadas. A avaliação do conhecimento e atitudes dos profissionais da atenção primária constitui uma primeira etapa para a compreensão de parte do problema, a fim de se reduzir a subnotificação de casos de abuso físico infantil, podendo ainda contribuir para sua conscientização para a prevenção do problema, a realização do diagnóstico precoce e a redução da morbimortalidade de crianças vitimizadas.

Há uma limitação de instrumentos que avaliem o conhecimento e a atitude dos profissionais de saúde frente ao abuso físico infantil no Brasil. Entre os instrumentos desenvolvidos com esta finalidade, observa-se, principalmente no Brasil, problemas na metodologia desses estudos, no que diz respeito à reprodutibilidade e/ou validade dos mesmos. Na literatura internacional há alguns estudos que apresentam melhor delineamento em relação à reprodutibilidade/validação dos questionários⁸⁻¹⁴. Em estudo realizado com enfermeiros em Taiwan, foi desenvolvido um instrumento chamado *The Child Abuse Report Intention Scale* (CARIS), submetido a processo de validação, para avaliar fatores que influenciam a notificação de casos de abuso físico infantil além do conhecimento sobre este tema¹³. Este instrumento foi adaptado, modificado e utilizado em estudo realizado em Queensland, na Austrália, originando o instrumento designado *Child Abuse and Neglect – Nurses Questionnaire* (CANNQ)⁸. Todavia os instrumentos citados acima são específicos para enfermeiros. Em estudo realizado em cidades do leste da Anatólia, foi desenvolvido e validado um questionário, destinado aos profissionais de atenção primária, que avalia o conhecimento e a atitude desses profissionais em relação ao abuso físico infantil. Entretanto este questionário não inclui questões sobre a quantidade de casos de abuso físico observados ou notificados¹⁴.

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

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

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

Metodologia

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

Descrição do questionário

O instrumento utilizado neste estudo foi desenvolvido na língua inglesa por uma equipe da Universidade de Londres com base na literatura sobre abuso infantil⁹. De acordo com Lazenbatt e Freeman⁹ este questionário foi aplicado a pediatras e especialistas em cuidados comunitários em um estudo piloto e submetido a validação de face. O questionário consta de três partes com perguntas fechadas e abertas com objetivo de avaliar a capacidade dos profissionais de saúde para o reconhecimento e o relato de abuso físico infantil, autoavaliação e a necessidade de educação dos profissionais sobre este tema. A primeira parte do questionário refere-se à identificação do profissional: ocupação, idade, gênero e anos de prática da profissão. A segunda parte consta de doze perguntas que avaliam a detecção e a notificação de qualquer suspeita e/ou casos confirmados do abuso físico infantil durante a vida profissional e nos últimos seis meses. Esta parte inclui também três questões em relação à capacidade de detecção e à disponibilidade de envolvimento em casos de abuso físico infantil. Estas três questões apresentam escala de intensidade e possibilidade de resposta com pontuação vari-

ando de “0” (incapacidade de identificar o abuso físico infantil/nada disposto) a “10” (capacidade total de identificação do abuso físico infantil/totalmente disposto). A terceira parte do questionário consta de três questões abertas: referentes às questões 10, 11 e 12 que avaliam o que os profissionais consideram como principais barreiras para a notificação do abuso físico infantil⁹.

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

Adaptação e tradução do questionário

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

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

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

As adaptações feitas no questionário preservaram seu caráter autoaplicável para profissionais da atenção primária à saúde. A estrutura do questionário e o modo de aplicação e medição permaneceram muito próximos aos do instru-

Quadro 1. Questionário para avaliação de conhecimento e atitude de profissionais de saúde frente a casos de AFC.

Questionário	
Estudo: Abuso físico em crianças: percepções, diagnóstico e respostas dos profissionais de saúde	
Questionário transversal	
Informações sobre você	
Sexo: masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/>	Idade: ____ anos
Tempo de trabalho (público e privado): ____ anos	Tempo de formado (graduação): ____ anos
Tempo de trabalho nesta unidade: ____ anos	Tempo de trabalho na PBH: ____ anos
Tipo de profissional de saúde:	
Cirurgião dentista <input type="checkbox"/>	Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Especialidade médica: _____
<p>O abuso físico infantil é definido como danos reais ou potenciais, físicos, a uma criança, a partir de uma interação ou da falta de uma interação, praticado pelos pais ou pessoa em uma posição de poder, responsabilidade ou confiança. Pode haver um único incidente, ou incidentes repetidos (OMS, 1999). Para responder o questionário abaixo, por favor, desconsidere o abuso sexual, o abuso psicológico e a negligência, considere apenas o abuso físico em criança.</p>	
Reconhecendo o abuso infantil na prática (por favor, marque com um x o quadrado correspondente)	
1. Em sua experiência profissional você já viu algum caso suspeito de abuso físico entre seus pacientes infantis?	
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> n° de casos <input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.	
2. Você já notificou algum caso suspeito de abuso físico em criança entre seus pacientes?	
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> n° de casos <input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos notificados no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.	
3. Você já viu algum caso de trauma orofacial infantil, que tivesse relação com abuso físico em criança, no último ano?	
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> n° de casos <input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de trauma no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.	
4. Você já viu algum caso suspeito de abuso físico em criança no último ano?	
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> n° de casos <input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.	
5. Você já viu algum caso comprovado de abuso físico no último ano?	
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> n° de casos <input type="checkbox"/>
Em caso afirmativo, coloque, por favor, o número de casos de vistos no espaço correspondente. Se forem vários e/ou você não souber o número ao certo, coloque o número aproximado.	

continua

Quadro 1. continuação

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

Não Sim n° de casos

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

Sendo 0 incapaz de reconhecer e 10 totalmente capaz de reconhecer. Faça, por favor, um x sobre o n°.

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

Sendo 0 incapaz de diagnosticar e 10 totalmente capaz de diagnosticar. Faça, por favor, um x sobre o n°.

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

Não Sim

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

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

Não Sim

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

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

Medo Conhecimento insuficiente Negligência

Outros: _____

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

Por favor, escolha três opções.

Confidencialidade Segurança Capacitação
 Facilitar processo de notificação Interdisciplinaridade/intersetorialidade

Outros: _____

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

Por favor, escolha três opções.

Medo Conhecimento insuficiente Falta de confidencialidade Negligência
 Excesso de demanda

Outros: _____

continua

Quadro 1. continuação

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

Não Sim

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

Não Sim

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

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

mento original, a fim de se preservar ao máximo a equivalência operacional e de medição. Foram realizadas adaptações na primeira parte do instrumento, referente aos dados pessoais do respondente, considerando as diferenças existentes entre os dois países, em relação à formação, local de trabalho, tipos de profissionais, etc. Ao final

do processo o instrumento foi avaliado por dois especialistas em estudos epidemiológicos e questionários, com o objetivo de se garantir a equivalência funcional, que constitui o efeito conjunto de se avaliar a equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e de medição.

Avaliação da reprodutibilidade da versão brasileira do questionário

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

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

Avaliação de reprodutibilidade: primeiro teste e reteste

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

As questões 10, 11 e 12 (podem ser visualizadas no Quadro 1) nesta primeira versão eram abertas e, com o intuito de facilitar e agilizar a aplicação do questionário, foram categorizadas após análise de conteúdo, como proposto por Bardin¹⁷, de modo adaptado ao questionário utilizado neste estudo.

O processo de análise de conteúdo e a categorização foram realizados por três profissionais de saúde com experiência em estudos de validação de questionários de saúde. As questões 10, 11

e 12 passaram a ter categorias como resposta. No Quadro 1 pode-se observar essas perguntas com suas opções de respostas.

Avaliação da reprodutibilidade: segundo teste e reteste

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

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

Análises estatísticas

Para avaliação da reprodutibilidade do questionário foram utilizados os testes Kappa Simples para variáveis dicotômicas e Kappa Ponderado para as variáveis ordinais. O teste Kappa Simples foi executado no programa SPSS (versão 17.0. SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e o Kappa Ponderado em uma planilha do Excel.

Na avaliação dos resultados dos testes Kappa foram considerados os critérios propostos por Landis e Koch¹⁸, cujos valores de concordância são considerados ruins ou fracos quando variam de 0 a 0,2; ligeiros quando variam de 0,21 a 0,4; regulares ou moderados ao variar de 0,41 a 0,6; bons ou substanciais quando variam de 0,61 a 0,8; e ótimos ou excelentes quando variam de 0,81 a 1,0.

Considerações éticas

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

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

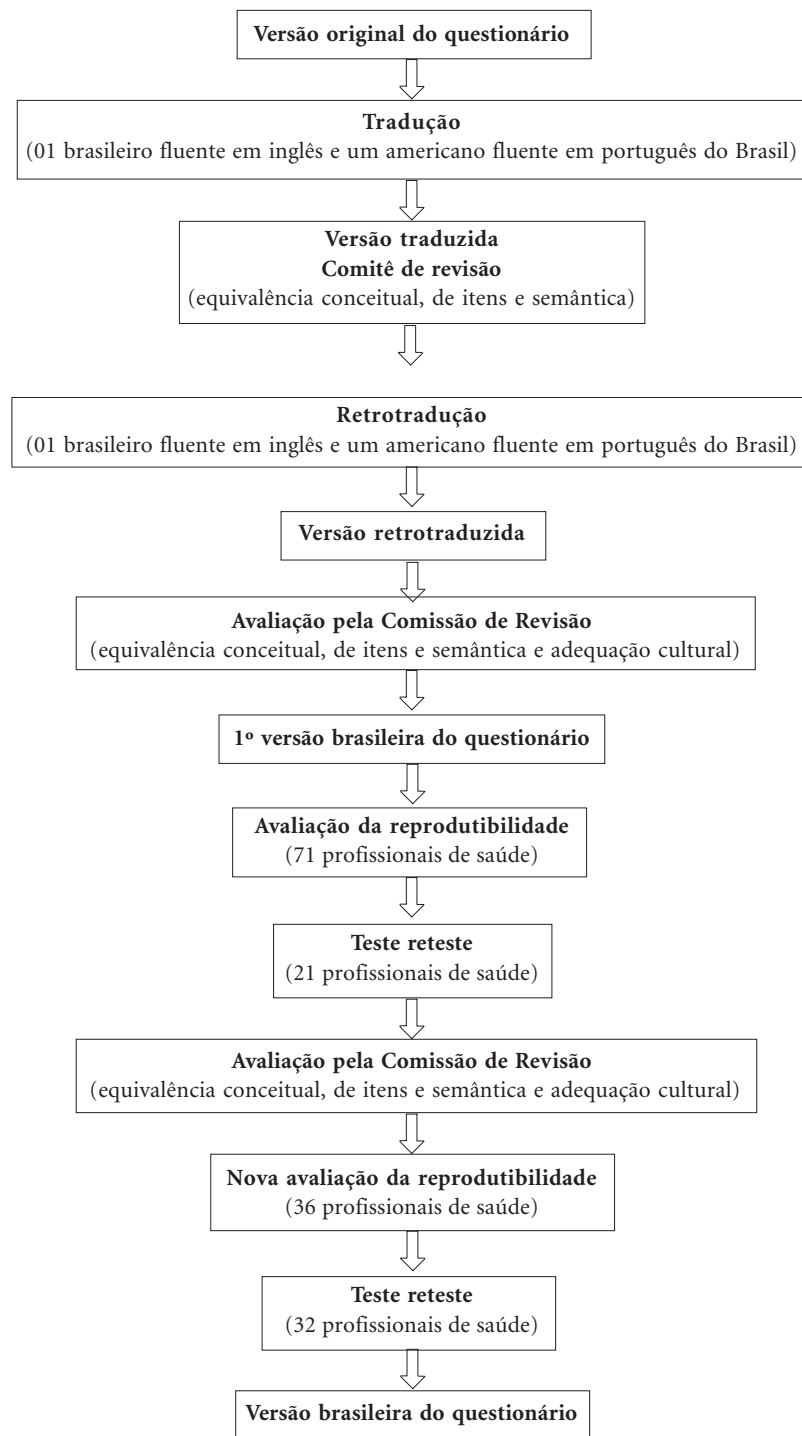


Figura 1. Fluxograma do processo de adaptação transcultural e avaliação da reprodutibilidade do questionário.

Resultados

Dos 107 profissionais de atenção primária que responderam o questionário no primeiro e no

segundo teste reteste, 80,4% eram mulheres. Do total de respondentes, 40,2% eram profissionais da Estratégia Saúde da Família, 46,7% por profissionais de apoio às equipes ESF e 13,1% de

pediatras – que fazem parte da equipe médica de apoio à ESF. A média de idade dos profissionais que participaram do estudo foi de 39 anos, do tempo de formado, tempo de trabalho e tempo de trabalho na Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), de 14, 13 e 9 anos, respectivamente.

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

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

A pergunta 4, “você já viu casos suspeitos de abuso físico à criança (AFC) nos últimos seis meses?” apresentou valor moderado de Kappa após o primeiro teste reteste (Kappa = 0,577) e, por esse motivo, baseado nas sugestões de alguns profissionais que responderam o questionário quando aplicado no primeiro momento e que comentaram ser difícil a avaliação do número de casos pelo período de apenas seis meses, a questão foi modificada. Foi sugerido pelos profissionais a ampliação deste período para um ano. Realizou-se a adaptação na pergunta, como pode

ser observado no Quadro 1. A questão passou então a apresentar valor excelente de reprodutibilidade (Kappa = 0,913). Todavia as questões “você já viu algum trauma orofacial infantil, que tivesse relação com AFC, nos últimos seis meses” e “conhece mecanismos de notificação de abuso físico” apresentaram baixa concordância (K = 0,323 e K = 0,385 respectivamente no primeiro teste reteste) e mantiveram os valores baixos após adaptações embasadas nas sugestões dos profissionais.

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

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

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

As questões 3, “você já viu algum caso de trauma orofacial infantil nos últimos seis meses?”, quatro, “você já viu algum caso suspeito de AFC nos últimos seis meses?”, cinco, “você já viu algum caso comprovado de AFC nos últimos seis meses?”, e nove, “você conhece algum mecanismo para notificar o AFC?” inicialmente, quando da aplicação do primeiro teste reteste, apresentaram baixos escores nos testes Kappa (0,323, 0,577, 0,618, 0,385, respectivamente). Foram adaptadas com base nas sugestões dos profissionais que participaram da pesquisa nesse primeiro momento e podem ser observadas no Quadro 1. A questão quatro passou a apresentar va-

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

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

lor de Kappa considerado excelente (0,913). A questão cinco não teve mudança significativa no valor de Kappa, mas é considerada reprodutível com o escore de 60%. As demais continuaram com valores baixos, como pode ser visualizado na Tabela 3.

Discussão

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

Uma vez que o questionário adaptado neste estudo foi desenvolvido em língua inglesa e concebido para ser aplicado em outro contexto, sua adaptação transcultural e validação tornam-se funda-

mentais^{15,16}. Procurou-se preservar a equivalência operacional e de medição durante o processo de adaptação mantendo-se a estrutura e o modo de aplicação o mais próximo do questionário original. O instrumento apresentou reprodutibilidade satisfatória para quase todas as perguntas.

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

As perguntas 1 e 2, que podem ser observadas no Quadro 1, obtiveram valores de Kappa considerados excelentes, de acordo com critérios adotados neste estudo¹⁸. A combinação dessas duas perguntas pode sinalizar se há ou não subnotificação de casos suspeitos de abuso pelos profissionais de saúde, e pode dar indícios se estes profissionais estão realmente aptos a identificar e notificar as ocorrências. Lazenbatt e Freeman⁹ apontaram que 60% dos profissionais já tinham vistos casos suspeitos de abuso durante a experiência profissional, mas apenas 47% haviam feito notificações. Estes dados apontam que muitos profissionais identificaram ou suspeitaram de ocorrências de abuso, mas nem todos os casos foram notificados. Já Azevedo et al.¹⁹ mos-

Tabela 2. Valores do Kappa Ponderado para as questões do instrumento com escala de Likert.

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

AFC: abuso físico em criança

Tabela 3. Valores do teste Kappa Ponderado para as questões do questionário complementar.

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

AC: atendimento à criança.

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

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

As perguntas 7 e 8, que podem ser observadas no Quadro 1, apresentaram valores de Kappa Ponderado considerados excelentes, sendo importantes para indicar profissionais que se sentem ou não habilitados para a identificação de casos suspeitos ou para diagnosticar casos de abuso. Essas questões podem ainda ser associadas com as perguntas 1 e 2 do questionário para se determinar se os profissionais estão de fato habilitados para reconhecer as ocorrências de abuso, ou se, embora acreditem estar aptos, estão de fato as identificando e se está ocorrendo subnotificação. Em estudo realizado no sul do Brasil foi demonstrado que 78,7% dos dentistas acreditavam ser capazes de identificar casos de abuso físico entre as crianças por eles atendidas. Quando perguntado se eles já haviam suspeitado de algum caso de abuso entre seus pacientes, 85,7% responderam nunca ter suspeitado e entre os 14,3% que já suspeitaram, 76% não os notificaram às autoridades¹⁹. No presente estudo, apesar da maioria dos participantes sentir-se preparado para reconhecer casos suspeitos de AFC (71,9%) ou casos comprovados (56,1%) de abuso, apenas 28% notificaram essas ocorrências. Estes dados apontam a distância entre sentir-se preparado para reconhecer e identificar casos de AFC e de notificar os mesmos, revelando a necessidade de políticas públicas que ampliem não somente o conhecimento e as atitudes de profissionais de saúde da ESF, mas que também incluam parcerias intersetoriais com Conselhos Tute-

lares a fim de se investigar novos caminhos que auxiliem a coibição do AFC e contribuam para a diminuição da subnotificação.

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

Algumas questões do questionário obtiveram valores de Kappa baixos, como a pergunta 3 e 9. Um provável motivo para o baixo valor dessas questões aos testes estatísticos pode ser o termo “trauma orofacial”, no caso da pergunta 3, mais comum para os cirurgiões dentistas, mas pode não ter sido assimilado tão facilmente por alguns profissionais das outras classes. Já no caso da pergunta 9, os valores podem ter sido baixos pelo fato dos profissionais muitas vezes se mostrarem inseguros quanto ao órgão ou profissional a recorrer em casos de suspeita de maus tratos, levando as respostas à pergunta a se apresentar instável. Apesar dos baixos valores para o Kappa quanto a estas perguntas, optou-se manter as mesmas no questionário, em virtude de sua importância. A questão 3 pode indicar se algum tipo de profissional está mais preparado para identificar lesões orofaciais consequentes de abuso. As lesões orofaciais são apontadas pela literatura como altamente prevalentes entre crianças vítimas de abuso físico, sendo um importante sinal para sua identificação^{3,20,21}. Lazenbatt e Freeman⁹ demonstraram que os dentistas da Irlanda do Norte são mais aptos que os médicos e enfermeiros a reconhecer traumas orofaciais relacionados a casos de abuso físico infantil. Já a questão 9, embora não tenha se apresentado estável pelo fato de apresentar uma subpergunta, a 9.1, com resposta aberta, como pode ser observado no Quadro 1, faz-se possível avaliar se os profissionais sabem, de fato, a quais órgãos ou quais mecanismos utilizar para notificar os casos e por isso foi mantida no questionário.

As quatro perguntas complementares, de número 16, 17, 18 e 19, e que podem ser observadas no Quadro 1, apresentaram valores de teste

Kappa Ponderado considerados excelentes, sendo todas, portanto, consideradas apropriadas para o uso em nossa cultura. Estas questões podem ser combinadas com outras perguntas do questionário de modo a sugerir, por exemplo, se profissionais que se sentem mais preparados ou mais dispostos ao atendimento infantil, identificam e notificam mais casos de abuso, se sentem mais preparadas para identificação de casos suspeitos e para diagnosticar casos de abuso e se estão mais dispostas a se envolverem em casos de detecção de abuso.

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

A versão brasileira do instrumento para avaliação do conhecimento e atitudes de profissionais de saúde em relação ao abuso físico infantil se mostrou adaptado e reprodutível para o uso em profissionais brasileiros de atenção primária. Esse questionário deve ser aplicado em populações maiores, se possível em amostras representativas, para se detectar o conhecimento e as atitudes de profissionais de atenção primária, como, por exemplo, profissionais da ESF e deste modo subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas adequadas, direcionadas à capacitação e conscientização dos profissionais de saúde sobre AFC. Estas políticas poderiam incluir intervenções nos sistemas de saúde, como criação de oficinas, cursos de capacitação, educação continuada e/ou permanente, bem como o estabelecimento de parcerias intersetoriais com Conselhos Tutelares para o desenvolvimento de normas e

motivações dos profissionais de saúde, para que, deste modo, seja possível ampliação do diagnóstico precoce, diminuição do índice da subnotificação de casos, e redução da morbimortalidade de crianças vítimas do abuso físico infantil.

Colaboradores

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

Agradecimentos

Agradecemos à FAPEMIG pelo financiamento e apoio a esta pesquisa.

Referências

- World Health Organization (WHO). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Suíça: WHO; 2006.
- Child Welfare Information Gateway. *What Is Child Abuse and Neglect?* Washington: U.S. Department of Health & Human Services; 2008.
- Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra a criança e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saúde* 2000; 18(4):315-334.
- Costa, COM, Carvalho RC, Bárbara JFRS, Santos CAST, Gomes WA, Sousa HLO Perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1129-1141.
- Bazon MR. Violência contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):323-332.
- U.S. Department of Health & Human Services. *Child Maltreatment 2010*. Washington: U.S. Department of Health & Human Services; 2011.
- Sonbol HN, Abu-Ghazaleh S, Rajab LD, Baqain ZH, Saman R, Al-Bitar ZB. Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *Eur J Dent Educ* 2012; 16(1):158-165.
- Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International J of Nursing Studies* 2010; 47(2):146-153.
- Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary health-care professionals. *J Adv Nurs* 2006; 56(3):227-236.
- Monte Alto LA, Modesto A, Massao JM, Soviero VLM, Ramos MEB. Criança maltratada: O que pode ser feito? *Revista Brasileira de Odontologia* 1996; 53(3):22-26.
- Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):481-491.
- Flaherty EG, Sege R, Price LL, Christoffel KK, Norton DP, O'Connor KG. Pediatrician characteristics associated with child abuse identification and reporting: results from a national survey of pediatricians. *Child Maltreatment* 2006; 11(4):361-369.
- Feng JY, Levine M. Factors associated with nurses' intention to report child abuse: A national survey of Taiwanese nurses. *Child Abuse Negl* 2005; 29(7):783-795.
- Acik Y, Devenci SE, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Prev Med* 2004; 39(4):791-797.
- Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6(2).
- Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* 1997; 6(3):237-247.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1):159-174.
- Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res* 2012; 26(1):5-11.
- Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):539-546.
- Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dental Traumatol* 2010; 26(2):149-153.
- Goursand D, Paiva SM, Zarzar PM, Ramos-Jorge ML, Cornacchia GM, Pordeus IA, Allison PJ. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6(2).
- Barreto EPR, Paiva SM, Ferreira EF, Pordeus IA. Validation of a child-dental pain questionnaire instrument for the self-reporting of toothache in children. *Pediatr Dent* 2011; 33(3):228-232.

Artigo apresentado em 28/03/2013

Aprovado em 20/06/2013

Versão final apresentada em 01/07/2013