

## Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde<sup>1</sup>

Lanuzo Borges Oliveira<sup>2</sup>  
Fernanda Amaral Soares<sup>3</sup>  
Marise Fagundes Silveira<sup>4</sup>  
Lucinéia de Pinho<sup>4</sup>  
Antônio Prates Caldeira<sup>4</sup>  
Máisa Tavares de Souza Leite<sup>4</sup>

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

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

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação de mestrado "Conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança", apresentada à Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>2</sup> MSc, Professor, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Aluna do curso de Medicina, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Doutor, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

### Como citar este artigo

Oliveira LB, Soares FA, Silveira MF, Pinho L, Caldeira AP, Leite MTS. Domestic violence on children: development and validation of an instrument to evaluate knowledge of health professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2772. [Access 

↑	↑	↑
mês	dia	ano

]; Available in: 

↑
URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0805.2772>.

## Introdução

O conceito de violência abrange, além da agressão física, a negligência, a violência psicológica e o abuso sexual<sup>(1)</sup>. A violência doméstica é um fenômeno multicausal, constituída por muitas variáveis que afetam todos os níveis da sociedade e que exige intervenções de uma equipe multidisciplinar para possibilitar um atendimento integral à vítima. Constitui, ainda, uma realidade particularmente dolorosa quando é impetrada contra a criança. Nesse caso, a violência doméstica é um dos eventos da vida que podem mudar, definitivamente, o comportamento de uma criança, em longo prazo. As consequências para as crianças podem ser imediatas, de médio e de longo prazo, e os sentimentos gerados pela dor decorrente dos atos dessa natureza são, na maioria das vezes, reprimidos, esquecidos, negados, mas nunca desaparecem, e podem criar traumas psicológicos, interferindo negativamente na personalidade ao longo de toda a vida, ou desencadear atitudes de hostilidade, desconfiança e medo<sup>(2-3)</sup>.

Dados nacionais e internacionais sobre violência doméstica contra a criança evidenciam a relevância do problema. Especificamente no Brasil, desde 2006, tem-se implementado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)<sup>(4)</sup>. Estudo realizado com profissionais de saúde registrou que 69,5% dos profissionais atenderam casos de violência infantojuvenil, sendo que 60,0% solicitaram parecer de outro profissional antes da notificação, 54,0% conversaram com familiares e 42,9% notificaram no sistema VIVA<sup>(5)</sup>.

O diagnóstico de violência na infância é difícil, uma vez que as crianças tendem a esconder a real causa das lesões, quer por medo, quer por afeto, visto que, os agressores geralmente são os pais ou responsáveis. Sendo assim, os profissionais que lidam com esse grupo, especialmente os trabalhadores da área da saúde, precisam estar sempre atentos aos detalhes, que podem induzir à confirmação do diagnóstico<sup>(6)</sup>. A notificação não é um ato pessoal, mas, sim, legal. Normalmente, os profissionais de saúde são os primeiros a detectar a situação de violência e, considerando esse fato, devem notificá-la imediatamente. Quando o profissional de saúde não se reconhece nesse papel, isso torna-se fator impeditivo para o encaminhamento e tratamento oportuno das vítimas de violência doméstica<sup>(1-7)</sup>.

A ampliação dos serviços de atenção primária ocorrida no Brasil nos últimos anos, por meio do

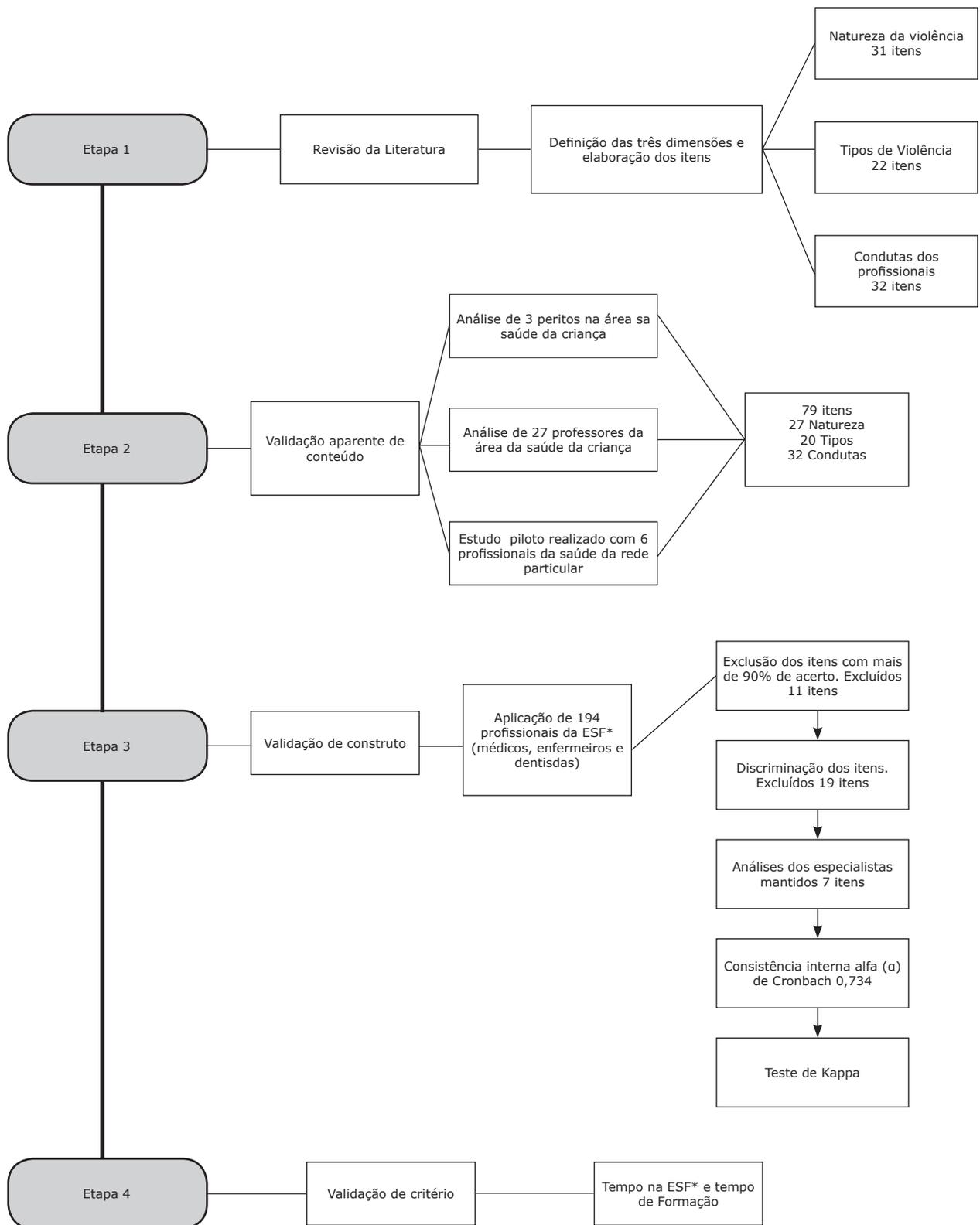
aumento do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), representa uma oportunidade de maior vigilância à violência doméstica. Em tese, essas equipes devem estar aptas ao enfrentamento das situações de violência, mas pouco se sabe sobre o conhecimento acerca do tema, ou suas habilidades para abordagem do problema. É necessária a ampliação da capacidade para detecção das situações de violência que permita a construção das redes sociais de apoio e o enfrentamento dessas situações<sup>(8)</sup>.

Diante da complexidade do problema, não há como situá-lo como de competência individual de uma única área ou categoria profissional. Essa complexidade envolve um olhar multiprofissional e ações intersetoriais, constituindo parte das ações coletivas. No âmbito da ESF, informações podem ser produzidas e cruzadas com as de outros setores. Assim, os profissionais devem recorrer a meios como as redes sociais, refletindo sobre as condições de vida vulneradas, com vistas à garantia dos direitos, da mesma maneira que constituindo potenciais ações para o enfrentamento da violência contra crianças<sup>(9)</sup>.

É, portanto, importante avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à questão em pauta. No entanto, instrumentos efetivos para avaliar esse conhecimento se encontram disponíveis. Embora existam instrumentos para avaliação das vítimas de violência psicológica, física e sexual, não foram identificados instrumentos voltados à avaliação dos profissionais de saúde<sup>(10-11)</sup>. Cabe, assim, ressaltar a importância e a necessidade de estudos que verifiquem o conhecimento dos profissionais, para orientar as políticas de saúde pública e para combater a violência doméstica contra a criança. O presente estudo teve como objetivo elaborar e validar um instrumento para avaliação do conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança.

## Método

O estudo consistiu no desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação do conhecimento sobre à violência doméstica contra a criança. O processo seguiu quatro etapas: 1) identificação das dimensões relacionadas à violência doméstica contra a criança; 2) validação aparente e de conteúdo; 3) validação de construto; e 4) validação de critério conforme Figura 1.



\* ESF- Estratégia Saúde da Família

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

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

O levantamento dos itens de composição do instrumento referente ao "Conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde" foi baseado em materiais didáticos/artigos e em diretrizes nacionais e estaduais sobre abordagem do tema<sup>(12-13)</sup>. Para identificação dos artigos, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores *saúde da criança, violência doméstica, pessoal de saúde e saúde da família*. A busca foi realizada entre março e maio de 2013, na Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os critérios de inclusão para esse estudo consideraram artigos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola que tratam da abordagem do profissional de saúde em relação à

violência doméstica contra a criança, publicados nos anos de 2009 e 2013.

Foram definidas as dimensões consideradas importantes e relevantes para, em seguida, precisar os objetivos operacionais. A síntese dos principais conteúdos resultou em 85 itens, agrupados nas três dimensões, sendo 31 itens para a dimensão *natureza da violência*, 22 itens para *tipo de violência* e 32 itens para *condutas dos profissionais em relação à violência contra a criança*. As três dimensões consideradas no estudo e seus objetivos são apresentados na Figura 2.

Os principais temas dentro de cada dimensão foram identificados e transformados em afirmativas curtas e objetivas, que passaram a constituir itens, parte desses foi mantida como afirmativas verdadeiras, similares ao texto de referência; e parte foi transformada em assertivas falsas. Após cada afirmativa, foram organizadas as opções de resposta em escala tipo *Likert* de três níveis: *concordo, discordo e não sei*.

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

Figura 2 - Objetivos das dimensões do instrumento "Conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde"

### Etapa 2 - Validação aparente e validação de conteúdo

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

### Etapa 3- Validação de Construto

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

Em relação a esses 79 itens, foram excluídos aqueles respondidos corretamente por mais de 90% (muito fácil) e menos do que 10% (consideradas de nível demasiadamente difícil) dos profissionais da ESF<sup>(14)</sup>. Fez-se a correlação de cada item com o escore médio do questionário completo, utilizando-se o ponto mínimo de corte de 0,2 para o coeficiente de correlação entre o escore médio total e cada item do instrumento, excluindo-se aqueles itens com valores inferiores<sup>(15)</sup>. Após análise de especialistas e dos pesquisadores, foram mantidos sete itens considerados importantes em relação aos conteúdos abordados. Uma vez que a coerência interna diminui quando o instrumento é classificado por dimensões, ele foi tratado como uma única escala; assim, o valor do *Chronbach* foi calculado

para o instrumento completo com 56 itens, o que reflete um nível satisfatório de consistência interna<sup>(16)</sup>. Após essa análise, avaliou-se o índice de reprodutibilidade do questionário aplicando-se a versão reformulada para 30 profissionais entre os 194, em um intervalo de duas semanas. O teste *Kappa* foi aplicado para verificar a concordância entre os escores médios do teste-reteste dos itens do instrumento, sendo que, para a classificação para o teste de concordância *Kappa*, utilizam-se os seguintes parâmetros: pequena concordância <0,40; concordância regular 0,41 a 0,60; boa concordância 0,61 a 0,80 e excelente concordância > 0,80<sup>(17)</sup>.

#### Etapa 4 - Validação de Critério

Inicialmente foram calculados os escores por meio da soma dos valores atribuídos na escala tipo *Likert* dos itens que integravam o instrumento, atribuindo os seguintes valores para fins estatísticos: zero para resposta "não sei", +1 para resposta correta e -1 para resposta errada. Utilizando a fórmula de amplitude total, que é a diferença entre o maior valor e o menor valor de um conjunto de dados ( $W = X_n - X_1$ ), realizou-se a transformação dos escores na escala de 0 a 100. Nesse caso,  $X_n$  representa o maior valor, e  $X_1$  o menor valor. Para o presente instrumento, a amplitude total seria igual a 112, pois  $W = 56 - (-56)$ . Assim, com uso da fórmula  $Y = (X + 56) \times 100/112$ , efetuou-se a transformação de cada escore em escala centesimal, em que  $X$  é a pontuação final de cada questionário, que pode variar de -56 a +56; e  $Y$  é o valor final na escala de 0 a 100<sup>(18)</sup>.

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

Procedeu-se à comparação dos escores dos itens entre os subgrupos populacionais que, hipoteticamente, deveriam apresentar níveis diferentes de conhecimento, utilizando-se o teste *t-student*, com nível de significância de 5%. Esses grupos foram definidos a partir das características "tempo de graduação" e "tempo de atuação na ESF", sendo que essas variáveis foram dicotomizadas considerando a média geral de tempo na ESF e tempo de atuação, no intuito de verificar o grau de eficácia do instrumento em prever o desempenho específico do sujeito<sup>(19)</sup>.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico *IBM Software SPSS version 19*. O estudo foi conduzido dentro dos preceitos éticos para pesquisas

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

#### Resultados

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

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

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

A Tabela 1 apresenta o resultado da estatística *Kappa* no teste de reprodutibilidade do instrumento. Mais de 80% dos itens apresentaram concordância de regular a excelente<sup>(12)</sup>.

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

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

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

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

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

\*DP: desvio padrão

## Discussão

Para a construção da ferramenta, obedeceu-se aos elementos considerados como chave na elaboração de um instrumento confiável e válido. O instrumento avalia o conhecimento sobre a violência doméstica contra a criança na prática dos profissionais de saúde, considerado importante para direcionar a implementação das ações para melhorar o atendimento a criança vítima de violência doméstica, uma realidade em vários núcleos familiares.

A carência de instrumentos para avaliar o conhecimento sobre a violência doméstica pelos profissionais de saúde havia sido verificada no primeiro levantamento bibliográfico, no qual não se encontrou nenhum. Em relação aos existentes, Schraiber e colaboradores realizaram um estudo com o objetivo de validar o instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW) sobre violência psicológica, física e sexual por parceiros íntimos contra mulheres<sup>(10)</sup>. Autores traduziram, adaptaram e validaram o conteúdo do questionário *Childhood Trauma Questionnaire*, que é aplicado em adolescentes e adultos, com o objetivo de investigar história de abuso e negligência durante a infância<sup>(11)</sup>.

O processo de elaboração seguiu rigorosamente os aspectos metodológicos e estatísticos recomendados<sup>(20-22)</sup>, sendo sua versão final com consistência interna satisfatória e confiabilidade. Seguindo os aspectos recomendados na *elaboração dos itens* como realizado no estudo de Paschoal e Tamayo os itens foram elaborados a partir da literatura<sup>(23)</sup>, para *validação do conteúdo*. A análise semântica foi feita por uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população meta, verificando se os itens do instrumento

são inteligíveis para o estrato mais baixo. Assim, o instrumento foi submetido à apreciação de peritos no assunto, que sugeriram acréscimo ou modificação dos itens. Esse mesmo processo foi realizado no estudo de Stelkoo-Pereira e colaboradores, cujo objetivo era a validade e a consistência interna do Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar na versão dos estudantes, situação semelhante realizada no estudo de Hermida e Araújo que tinha por finalidade a elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem<sup>(24-25)</sup>.

Na *validação do construto*, as dimensões dos itens do instrumento desse estudo devem ser avaliadas simultaneamente, uma vez que a coerência interna diminui quando elas são analisadas individualmente, e o valor do  $\alpha$  Cronbach indica uma associação positiva quando um número maior de questões está associado. Resultados semelhantes foram obtidos na pesquisa realizada por Pinho e colaboradores<sup>(26)</sup>. A *validade de critério* mostrou significância quando trata do tempo de formação e atuação na ESF em relação ao conhecimento, pois o desempenho do sujeito da pesquisa e o comportamento real estão relacionados.

No contexto estudado, destaca-se a importância do instrumento desenvolvido, já que ele pode ser utilizado para verificação do conhecimento de profissionais atuantes, e também pode ser utilizado por professores, em cursos de graduação da área da saúde, cuja temática se faz presente, como ferramenta de verificação da aprendizagem.

Existe a necessidade de investimento na formação, instrumentalizando o profissional para identificar os casos de violência contra a criança precocemente<sup>(27)</sup>. Ressalta-se, ainda, a importância de o profissional de saúde e membros das equipes da ESF estarem atentos na detecção de crianças vítimas de atos violentos e o discernimento e a responsabilidade de notificar os casos, mesmo que sejam apenas suspeitas<sup>(28)</sup>.

## Conclusão

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

O instrumento sobre a avaliação do conhecimento acerca da violência doméstica contra a criança, na prática dos profissionais de saúde, apresentou-se válido e tem ainda o mérito de despertar o interesse do profissional de saúde sobre o tema, o que pode ser apontado como

ponto positivo e que estimula a aproximação com o assunto. Além disso, é instrumento simples, objetivo, relativamente curto e de fácil compreensão. Pode ser considerado como uma ferramenta promissora para desenvolver ou direcionar as ações em saúde coletiva e políticas públicas de intervenção com relação à violência doméstica contra a criança, além de poder ser utilizado por professores como ferramenta de verificação da aprendizagem. O instrumento encontra-se disponível para utilização em estudos posteriores.

## Referências

- Magalhães MLC, Reis JTL, Furtado FM, Moreira AMP, Cardoso-Filho FNF, Carneiro PSMC, et al. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. *Femina*. 2009;37(10):547-51.
- Ramos MLC, Silva AL. Estudo sobre a violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(1):136-46.
- Marle HJCV. Violence in the family: an integrative approach to its control. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2010;54(4):475-77.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília: Editora MS; 2009.460 p.
- Souza CS, Costa MCO, Carvalho RC, Araújo TM, Amaral MTR. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1):80-93.
- Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O, Costa ACO, Guimarães APD, et al. Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2011;13(2):17-23.
- Meireles AE, Nakamura E, Paula CS, Nascimento R, Bordin IA, Martin D. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. *Saúde Soc*. 2011;20(1):147-55.
- Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(2):477-86.
- Aragão AS, Ferriani MGC, Vendruscollo TS, Souza SL, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(spe):172-9.
- Schraiber LB, Latorre MRDO, França JI, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):658-66.
- Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):249-55.
- Secretaria de Estado da Saúde (MG). *Atenção à Saúde da Criança*. Belo Horizonte: SAS/DNAS; 2004. 224 p.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília: Editora MS; 2012. 273 p.
- Whati LH, Senejkal M, Steyn NP, Nel JH, Lombard C, Norris S. Development of a reliable and valid nutritional knowledge questionnaire for urban South African adolescents. *Nutrition*. 2005;21:76-85.
- Steyn NP, Labaradios D, Nel JH, Heidi-Lee R. Development and validation of a questionnaire to test knowledge and practices of dietitians regarding dietary supplements. *Nutrition*. 2005;21:51-8.
- Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* 1997;314:572.
- Motta VT, Oliveira PF Filho. *SPSS Análise de dados biomédicos*. Rio de Janeiro: Medbook; 2009.
- Bussab WO, Moretin PA. *Estatística Básica*. 8 ed. São Paulo: Ed. Saraiva; 2013.
- Pasquali L. *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(spe):992-9.
- Schmidt DRC, Dantas RAS. Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire among nursing professionals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011;19(1):42-9.
- Guedes ES, Sousa RMC, Turrini RNT, Baltar VT, Cruz DALM. Adaptation and validation of the instrument positions on the nursing process. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(1):404-11.
- Gomes-Villas Boas LC, Lima MLSAP, Pace AE. Adherence to treatment for diabetes mellitus: validation of instruments for oral antidiabetics and insulin. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;21(1):11-8.
- Paschoal T, Tamayo A. Construção e validação da Escala de bem-estar no trabalho. *Aval Psicol*. 2008;7(1):11-22.
- Stelko-Pereira AC, Williams LCA, Freitas LC. Validade e consistência interna do Questionário de Investigação

- de Prevalência de Violência Escolar: versão estudantes. *Aval Psicol.* 2010;9(3):403-11.
25. Hermida PMV, Araujo IEMA. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006;59:314-20.
26. Pinho L, Moura PHT, Silveira MF, Botelho ACC, Caldeira AP. Development and validity of a questionnaire to test the knowledge of primary care personnel regarding nutrition in obese adolescents. *BMC Fam Pract.* 2013;14:102.
27. Gabatz RIB, Padoin SMM, Neves ET, Schwartz E, Lima JFL. A violência intrafamiliar contra a criança e o mito do amor materno: contribuições da enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2013;3(esp):563-72.
28. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, Munari DB. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. *Cienc Enferm.* 2012;18(2):41-9.

Recebido: 20.2.2015

Aceito: 15.3.2016

---

Correspondência:

Lanuza Borges Oliveira  
Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros  
Rua Três Corações, 571  
Bairro: Ibituruna  
CEP: 39401-343, Montes Claros, MG, Brasil  
E-mail: lanuzaborges@hotmail.com

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.