

## Violencia doméstica contra el niño: elaboración y validación de instrumento para evaluación del conocimiento de los profesionales de la salud<sup>1</sup>

Lanuza 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 y validar un instrumento para evaluación del conocimiento de los profesionales de la salud sobre la violencia doméstica ejercida contra el niño. Método: estudio realizado con 194 profesionales: médicos, enfermeros y cirujanos dentistas. Para elaboración de los ítems e identificación de las dimensiones, se realizó una revisión de la literatura. La validación aparente y de contenido fueron realizadas por medio del análisis de tres especialistas y de 27 profesores universitarios del área de la salud del niño. Para la validación de constructo, se evaluó el coeficiente alfa de Cronbach, y la prueba Kappa fue usada para verificar la reproductibilidad. La validación de criterio fue realizada con uso de la prueba t de Student. Resultados: el instrumento final presentó 56 ítems, el alfa Cronbach fue de 0,734, la prueba Kappa reveló concordancia superior a 0,6 para la mayoría de los ítems, y la prueba t de Student presentó valor estadísticamente significativo hasta el nivel de 5% para las dos variables seleccionadas: tiempo de graduación y tiempo en el programa Estrategia Salud de la Familia. Conclusión: el instrumento se presentó válido y, de ese modo, puede ser usado como herramienta promisor para desarrollar o dirigir acciones de salud pública y evaluar el conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño.

Descriptores: Estudios de Validación; Salude del Niño; Violencia Doméstica; Personal de Salud; Maltrato a los Niños.

<sup>1</sup> Artículo parte de la disertación de maestría "Conhecimento de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a criança", apresentada a la Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

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

<sup>3</sup> Alumna del curso de graduación en Medicina, Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Doctor, Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

### Cómo citar este artículo

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 

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| mes   | día   | año   |
|       |       |       |
| _____ | _____ | _____ |

]; Available in: 

|       |
|-------|
| _____ |
|       |
| URL   |

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

## Introducción

El concepto de violencia abarca, además de la agresión física, la negligencia, la violencia psicológica y el abuso sexual<sup>(1)</sup>. La violencia doméstica es un fenómeno multicausal, constituido por muchas variables que afectan todos los niveles de la sociedad y que exige intervenciones de un equipo multidisciplinar para posibilitar una atención integral a la víctima. Además, constituye una realidad particularmente dolorosa cuando es cometida contra un niño. En ese caso, la violencia doméstica es uno de los eventos de la vida que pueden cambiar, definitivamente, el comportamiento de un niño en el largo plazo. Las consecuencias para los niños pueden ser inmediatas, de medio y de largo plazo, y los sentimientos generados por el dolor proveniente de los actos de esa naturaleza son, en la mayor parte de las veces, reprimidos, olvidados, negados, pero nunca desaparecen, y pueden crear traumas psicológicos, interfiriendo negativamente en la personalidad a lo largo de toda la vida, o también pueden desencadenar actitudes de hostilidad, desconfianza y miedo<sup>(2-3)</sup>.

Los datos nacionales e internacionales sobre la violencia doméstica contra el niño evidencian la relevancia del problema. Específicamente, en Brasil, desde 2006 se implementó el Sistema de Vigilancia de Violencias y Accidentes (VIVA)<sup>(4)</sup>. Un estudio realizado con profesionales de la salud registró que 69,5% de los profesionales atendieron casos de violencia infantil juvenil, siendo que 60,0% solicitaron parecer de otro profesional antes de la notificación, 54,0% conversaron con familiares y 42,9% notificaron al sistema VIVA<sup>(5)</sup>.

El diagnóstico de violencia en la infancia es difícil, una vez que los niños tienden a esconder la real causa de las lesiones, sea por miedo o por afecto, ya que, los agresores generalmente son los padres o responsables. Siendo así, los profesionales que lidian con ese grupo, especialmente los trabajadores del área de la salud, precisan estar siempre atentos a los detalles, que pueden inducir a la confirmación del diagnóstico<sup>(6)</sup>. La notificación no es un acto personal, pero, si legal. Normalmente, los profesionales de la salud son los primeros a detectar la situación de violencia y, considerando ese hecho, deben notificarla inmediatamente. Cuando el profesional de la salud no se reconoce en ese papel, eso se torna un factor que impide el encaminamiento y tratamiento oportuno de las víctimas de violencia doméstica<sup>(1-7)</sup>.

La ampliación de los servicios de atención primaria ocurrida en Brasil en los últimos años, por medio del

aumento del número de equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), representa una oportunidad de obtener una mayor vigilancia de la violencia doméstica. En tesis, esos equipos deben estar aptos para enfrentar las situaciones de violencia, pero poco se sabe sobre el conocimiento acerca del tema, o de sus habilidades para el abordaje del problema. Es necesaria la ampliación de la capacidad para detección de las situaciones de violencia que permita la construcción de redes sociales de apoyo y el enfrentamiento de esas situaciones<sup>(8)</sup>.

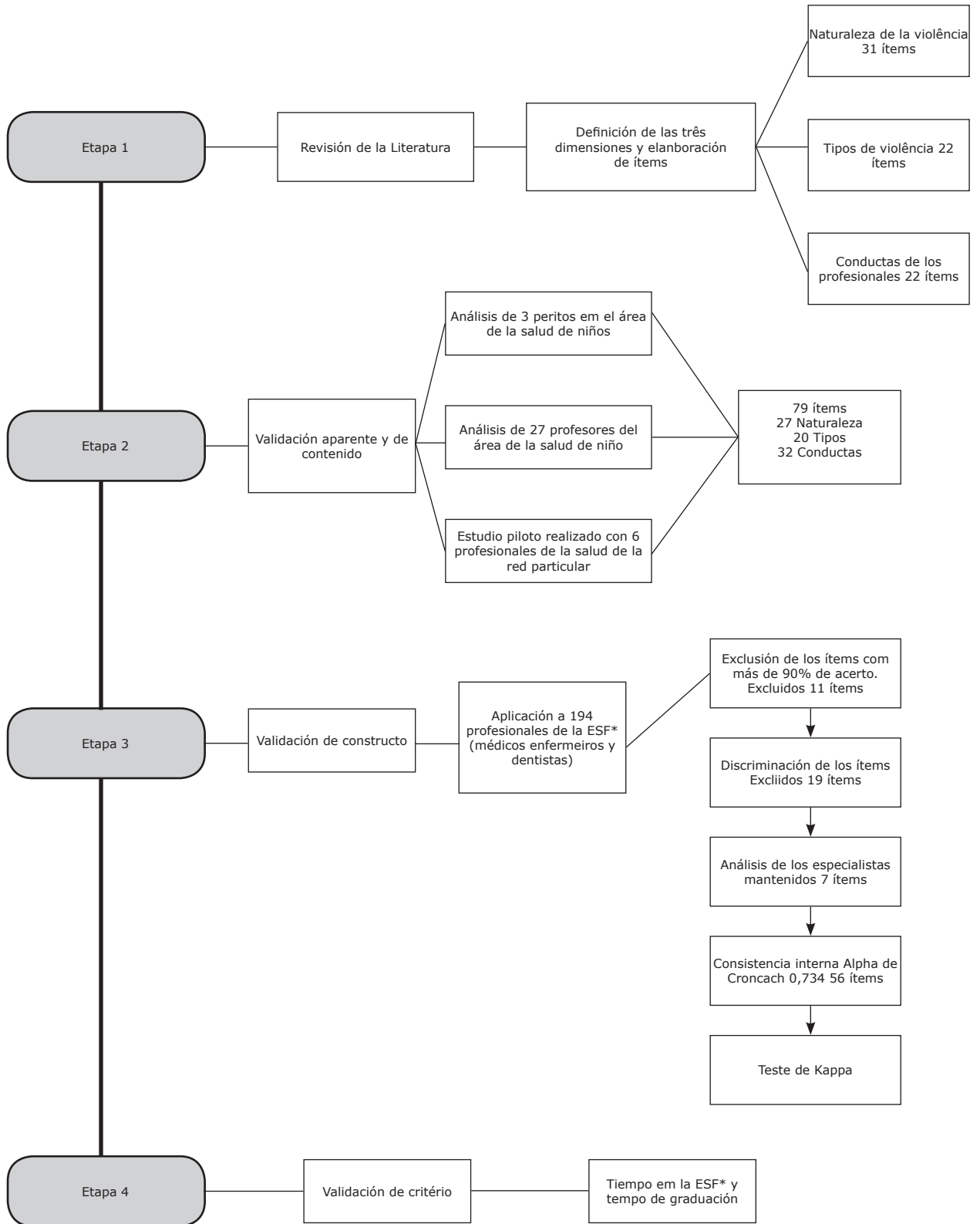
Delante de la complejidad de este problema, no se puede situarlo como siendo de competencia individual de una única área o categoría profesional. Esa complejidad debe contener una perspectiva multiprofesional y acciones intersectoriales, constituyendo parte de las acciones colectivas. En el ámbito de la ESF, las informaciones pueden ser producidas y cruzadas con las de otros sectores. Así, los profesionales deben recorrer a medios como las redes sociales, reflexionando sobre las condiciones de vida perjudicadas, con el objetivo de garantizar los derechos, y al mismo tiempo instituyendo potenciales acciones para el enfrentamiento de la violencia contra niños<sup>(9)</sup>.

Por lo tanto, es importante evaluar el conocimiento de los profesionales de la salud en relación al tema en pauta. Existen instrumentos efectivos disponibles para evaluar ese conocimiento. A pesar de que existan instrumentos para evaluación de las víctimas de violencia psicológica, física y sexual, no fueron identificados instrumentos que permitan evaluar a los profesionales de la salud<sup>(10-11)</sup>. Cabe, así, destacar la importancia y la necesidad de realizar estudios que verifiquen el conocimiento de los profesionales, para estos puedan orientar las políticas de la salud pública y para combatir la violencia doméstica contra el niño.

El presente estudio tuvo como objetivo elaborar y validar un instrumento para evaluación del conocimiento de profesionales de la salud sobre la violencia doméstica contra el niño.

## Método

El estudio consistió en el desarrollo y validación de un instrumento de evaluación del conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño. El proceso siguió cuatro etapas: 1) identificación de las dimensiones relacionadas a la violencia doméstica contra el niño; 2) validación aparente y de contenido; 3) validación de constructo; y 4) validación de criterio conforme a la Figura 1.



\* ESF- Estrategia Salud de la Familia

Figura 1 - Diagrama de flujo: Etapas de elaboración y validación del instrumento “Conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño en la práctica de los profesionales de la salud”

### Etapa 1 - Identificación de las dimensiones relacionada a la violencia doméstica contra el niño

El levantamiento de los ítems de composición del instrumento referente al "Conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño en la práctica de los profesionales de la salud" fue basado en materiales didácticos/artículos y en directrices nacionales y estatales que abordaban el tema<sup>(12-13)</sup>. Para identificación de los artículos, fue realizada una revisión integradora de la literatura, utilizando los descriptores *salud del niño*, *violencia doméstica*, *personal de la salud* y *salud de la familia*. La búsqueda fue realizada entre marzo y mayo de 2013, en la Biblioteca Virtual de la Salud, en las bases de datos: Literatura Latino Americana en Ciencias de la Salud (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) y *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Los criterios de inclusión para este estudio consideraron artículos en los idiomas portugués, inglés y español que trataban del abordaje

del profesional de la salud en relación a la violencia doméstica contra el niño, publicados entre los años de 2009 y 2013.

Fueron definidas las dimensiones consideradas importantes y relevantes para, en seguida, precisar los objetivos operacionales. La síntesis de los principales contenidos resultó en 85 ítems, agrupados en las tres dimensiones, siendo 31 ítems para la dimensión *naturaleza de la violencia*, 22 ítems para *tipo de violencia* y 32 ítems para *conductas de los profesionales en relación a la violencia contra el niño*. Las tres dimensiones consideradas en el estudio y sus objetivos se presentan en la Figura 2.

Los principales temas dentro de cada dimensión fueron identificados y transformados en afirmaciones cortas y objetivas, que pasaron a constituir ítems, parte de estos fue mantenida como afirmaciones verdaderas, similares al texto de referencia; y parte fue transformada en opiniones falsas. Después de cada afirmativa, fueron organizadas las opciones de respuesta en escala tipo Likert de tres niveles: *conuerdo*, *discuerdo* y *no sé*.

| Dimensión  | Objetivos   |
|--|---|
| Tipos de violencia   | Evaluar los conocimientos de los profesionales sobre la clasificación de la violencia contra el niño              |
| Naturaleza de la violencia   | Evaluar los conocimientos de los profesionales sobre la identificación/diagnóstico de la violencia contra el niño |
| Conductas de los profesionales en relación a la violencia contra el niño | Evaluar los conocimientos de los profesionales sobre los cuidados preconizados a los niños que sufren violencia.  |

Figura 2 - Objetivos de las dimensiones del instrumento "Conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño en la práctica de los profesionales de la salud"

### Etapa 2 - Validación aparente y validación de contenido

El instrumento elaborado fue sometido al análisis de contenido y de estructura semántica por tres especialistas en del área: un médico con doctorado en pediatría y dos enfermeras doctoras, especialistas en salud del niño, que evaluaron la presencia o ausencia de los criterios de cobertura, objetividad y pertinencia. Con ese mismo objetivo, el instrumento fue aplicado a 27 profesores de los cursos de graduación y postgraduación en el área de la salud que enseñan disciplinas relacionadas a la salud del niño. Después del análisis de los especialistas y profesores, el instrumento fue reformulado, de acuerdo con sus orientaciones y sugerencias, y fueron excluidos 6 ítems. En seguida fue utilizado en un estudio piloto con seis profesionales de la salud de la red particular de la salud del municipio, con el objetivo de averiguar la

adecuación y la clareza con relación a la interpretación del instrumento.

### Etapa 3 - Validación de Constructo

La versión preliminar, con 79 ítems, del instrumento "Conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño en la práctica de los profesionales de la salud" fue aplicada a 194 profesionales (médicos, enfermeros y cirujanos dentistas) registrados en la ESF de Montes Claros, MG.

En relación a esos 79 ítems, fueron excluidos aquellos respondidos correctamente por más de 90% (muy fácil) y menos de 10% (consideradas de nivel excesivamente difícil) de los profesionales de la ESF<sup>(14)</sup>. Se hizo la correlación de cada ítem con el puntaje promedio del cuestionario completo, utilizando el punto mínimo de corte de 0,2 para el coeficiente de correlación entre el puntaje promedio total y de cada ítem del

instrumento, excluyendo aquellos ítems con valores inferiores<sup>(15)</sup>. Después del análisis de especialistas y de los investigadores, fueron mantenidos siete ítems considerados importantes en relación a los contenidos abordados. Una vez que la coherencia interna disminuyó cuando el instrumento fue clasificado por dimensiones, éste fue tratado como una única escala; así, el valor del  $\alpha$  de Cronbach fue calculado para el instrumento completo con 56 ítems, lo que refleja un nivel satisfactorio de consistencia interna<sup>(16)</sup>. Después de ese análisis, se evaluó el índice de reproductibilidad del cuestionario, aplicando la versión reformulada en 30 profesionales entre los 194, en un intervalo de dos semanas. El prueba Kappa fue aplicado para verificar la concordancia entre los puntajes promedios de la prueba y re prueba de los ítems del instrumento, siendo que, para la clasificación para la prueba de concordancia Kappa, se utilizan los siguientes parámetros: pequeña concordancia  $<0,40$ ; concordancia regular  $0,41$  a  $0,60$ ; buena concordancia  $0,61$  a  $0,80$  y excelente concordancia  $> 0,80$ <sup>(17)</sup>.

#### Etapa 4 - Validación de Criterio

Inicialmente fueron calculados los puntajes por medio de la suma de los valores atribuidos en la escala tipo Likert de los ítems que integraban el instrumento, atribuyendo los siguientes valores para fines estadísticos: cero para respuesta "no sé", +1 para respuesta correcta y -1 para respuesta incorrecta. Utilizando la fórmula de amplitud total, que es la diferencia entre el mayor valor y el menor valor de un conjunto de datos ( $W = X_n - X_1$ ), se realizó la transformación de los puntajes en la escala de 0 a 100. En ese caso,  $X_n$  representa el mayor valor, y  $X_1$  el menor valor. Para el presente instrumento, la amplitud total sería igual a 112, ya que  $W = 56 - (-56)$ . Así, con el uso de la fórmula  $Y = (X + 56) \times 100 / 112$ , se efectuó la transformación de cada puntaje en escala centesimal, en que X es la puntuación final de cada cuestionario, que puede variar de -56 a +56; y Y es el valor final en la escala de 0 a 100<sup>(18)</sup>.

Para clasificación del nivel de conocimiento, se utilizó la escala de 0 a 100, y se definió que puntajes iguales o superiores a 70 puntos serían considerados como satisfactorios, y puntajes inferiores a 70 puntos serían considerados como insatisfactorios.

Se procedió a comparar los puntajes de los ítems entre los subgrupos poblacionales que, hipotéticamente, deberían presentar niveles diferentes de conocimiento, utilizando la prueba *t* de Student, con nivel de significancia de 5%. Esos grupos fueron definidos a partir de las características "tiempo de graduación" y "tiempo de actuación en la ESF", siendo que esas variables fueron dicotomizadas considerando el promedio general

de tiempo en la ESF y tiempo de actuación, con el objetivo de verificar el grado de eficacia del instrumento en predecir el desempeño específico del sujeto<sup>(19)</sup>.

Los datos fueron analizados por el programa estadístico *IBM Software SPSS* versión 19. El estudio fue conducido dentro de los preceptos éticos para investigaciones en que participan seres humanos. La participación fue voluntaria, confirmando con la firma de un término de consentimiento libre e informado, y el proyecto del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Montes Claros, con el parecer nº 401.241/2014.

## Resultados

Entre los profesionales que participaron del proceso de validación, hubo el predominio del sexo femenino (74,7%); la mayoría eran enfermeros (42,8%), con menos de cinco años de graduación (55,6%). El título más alto referido fue el de residencia en salud de la familia (37,6%). La mayoría tenía de uno a cinco años en la ESF (44,3%), y casi la mitad (45,4%) había atendido casos de violencia doméstica contra el niño.

En la elaboración del instrumento, la síntesis de los temas identificados en la literatura resultó en 85 ítems. Después del análisis de los especialistas y profesores, fueron excluidos seis ítems, y los 79 restantes organizados aleatoriamente, obedeciendo a la escala numérica tipo Likert de tres niveles, con las siguientes opciones: *conuerdo*, *discuerdo* y *no sé*. Después de la aplicación a los 194 profesionales para validación del constructo, fueron excluidos otros 11 ítems considerados muy fáciles o muy difíciles, o sea, conforme los aciertos y errores por más de 90% de los profesionales.

Restaron 56 ítems, cuyo análisis del  $\alpha$  Cronbach fue 0,734, lo que refleja un nivel satisfactorio de consistencia interna.

La Tabla 1 presenta el resultado de la estadística Kappa en la prueba de reproductibilidad del instrumento. Más de 80% de los ítems presentaron concordancia de regular a excelente<sup>(12)</sup>.

Tabla 1 - Estadística Kappa para la prueba de reproductibilidad del instrumento en estudio. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

| Kappa        | Ítems   |
|--------------|---|
| <0,40        | 2,7,14,21,22,23,27,42,51,52,55                                |
| 0,41 la 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 la 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   |

Los resultados de la validación de criterio, con base en el tiempo de actuación en la ESF y en el tiempo de graduación se presentan en la Tabla 2. Los dos criterios utilizados mostraron asociación estadísticamente significativa.

Tabla 2 - Puntaje promedio de tiempo en la ESF y tiempo de graduación de los profesionales. Montes Claros, MG, Brasil, 2014

| Variables                                   | Promedio (DE) | p-valor |
|---|---------------|---------|
| Tiempo en la Estrategia Salud de la Familia |               |         |
| Hasta 3 años                                | 70,40 (8,75)  | 0,039   |
| >3 años                                     | 73,02 (8,76)  |         |
| Tiempo de Graduación                        |               |         |
| Hasta 5 años                                | 70,44 (8,79)  | 0,037   |
| >5 años                                     | 73,09 (8,70)  |         |

\*DE: desviación estándar

## Discusión

Para la construcción de la herramienta, se obedeció a elementos considerados como clave en la elaboración de un instrumento confiable y válido. El instrumento evalúa el conocimiento sobre la violencia doméstica contra el niño en la práctica de los profesionales de la salud, considerado importante para dirigir la implementación de las acciones que puedan mejorar la atención al niño víctima de violencia doméstica, que es una realidad en varios núcleos familiares.

La carencia de instrumentos para evaluar el conocimiento sobre la violencia doméstica por los profesionales de la salud había sido verificada en el primer levantamiento bibliográfico, en el cual no se encontró ninguno. En relación a los existentes, Schraiber y colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de validar el instrumento *World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW)* sobre violencia psicológica, física y sexual por compañeros íntimos contra mujeres<sup>(10)</sup>. Autores tradujeron, adaptaron y validaron el contenido del cuestionario *Childhood Trauma Questionnaire*, que es aplicado en adolescentes y adultos, con el objetivo de investigar historia de abuso y negligencia durante la infancia<sup>(11)</sup>.

El proceso de elaboración siguió rigurosamente los aspectos metodológicos y estadísticos recomendados<sup>(20-22)</sup>, obteniéndose en su versión final consistencia interna satisfactoria y confiabilidad. Siguiendo los aspectos recomendados en la elaboración de los ítems como realizado en el estudio de Paschoal y Tamayoos, los ítems fueron elaborados a partir de la

literatura<sup>(23)</sup>, para validación del contenido. El análisis semántico fue hecho en una muestra más sofisticada (de mayor habilidad) de la población meta, verificando si los ítems del instrumento son inteligibles para el estrato más bajo. Así, el instrumento fue sometido a la apreciación de peritos en el asunto, que sugirieron adicionar o modificar los ítems. Ese mismo proceso fue realizado en el estudio de Stelkoo-Pereira y colaboradores, cuyo objetivo era la validez y la consistencia interna del Cuestionario de Investigación de Prevalencia de Violencia Escolar en la versión de los estudiantes, situación semejante a la realizada en el estudio de Hermida y Araújo que tuvo por finalidad la elaboración y validación del instrumento de entrevista de enfermería<sup>(24-25)</sup>.

En la validación del constructo, las dimensiones de los ítems del instrumento de este estudio deben ser evaluadas simultáneamente, una vez que la coherencia interna disminuye cuando ellas son analizadas individualmente, y el valor del  $\alpha$  de Cronbach indica una asociación positiva cuando un número mayor de preguntas está asociado. Resultados semejantes fueron obtenidos en la investigación realizada por Pinho y colaboradores<sup>(26)</sup>. La validez de criterio mostró significación cuando trata del tiempo de graduación y actuación en la ESF en relación al conocimiento, ya que el desempeño del sujeto de la investigación y el comportamiento real están relacionados.

En el contexto estudiado, se destaca la importancia del instrumento desarrollado, ya que éste puede ser utilizado para verificación del conocimiento de profesionales actuantes, y también puede ser utilizado por profesores, en cursos de graduación del área de la salud, cuya temática se hace presente, como herramienta para verificación del aprendizaje.

Existe la necesidad de realizar inversiones en la graduación, instrumentalizando al profesional para identificar los casos de violencia contra el niño precozmente<sup>(27)</sup>. Además, se destaca la importancia de que el profesional de la salud y los miembros de los equipos de la ESF deben atentos para detectar a niños víctimas de actos violentos y para discernir sobre la responsabilidad de notificar los casos, inclusive cuando son apenas sospechas<sup>(28)</sup>.

## Conclusión

La versión final del cuestionario presentó consistencia interna satisfactoria y buena confiabilidad y reproductibilidad, como mostrado en la estadística del alfa de Cronbach, en la prueba Kappa y en la prueba t- student.

El instrumento sobre la evaluación del conocimiento acerca de la violencia doméstica contra el niño, en la



prática de los profesionales de la salud, se presentó válido y tiene también el mérito de despertar el interés del profesional de la salud sobre el tema, lo que puede ser apuntado como punto positivo que estimula la aproximación con el asunto. Además de eso, es un instrumento simple, objetivo, relativamente corto y de fácil comprensión. Puede ser considerado como una herramienta promissora para desarrollar o dirigir acciones de salud colectivas y políticas públicas de intervención con relación a la violencia doméstica contra el niño, además de poder ser utilizado por profesores como herramienta de verificación del aprendizaje. El instrumento se encuentra disponible para ser utilizado en estudios posteriores.

## Referencias

- 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.

Recibido: 20.2.2015

Aceptado: 15.3.2016

---

Correspondencia:

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 es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.