

Subconjunto terminológico para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança: um estudo de validação

Karen Namie Sakata-So¹, Mylene Gomes da Silva¹, Emiko Yoshikawa Egry¹, Marcia Regina Cubas² e Lêda Maria Albuquerque³

¹ Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. knsakata@usp.br; mylene.silva@usp.br; emiyegry@usp.br

² Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil. m.cubas@pucpr.br

³ Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, Brasil. ledaenf@gmail.com

Objetivo: Validar o Subconjunto Terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança. **Método:** Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva e método brasileiro para elaboração dos subconjuntos terminológicos. Partiu-se da base terminológica de Albuquerque (2014) e 45 juízas/especialistas avaliaram os enunciados, utilizando questionário eletrônico. Análise foi baseada no Índice de Validade de Conteúdo (IVC>0,79). **Resultados:** Foram validados 14 DE/RE do grupo de fortalecimentos (9 para criança, 5 para família) e 46 do grupo de desgastes (30 para criança, 16 para família). Foram validadas 19 IE do grupo de fortalecimentos, 63 do grupo de desgastes e 18 para ambos os grupos. **Conclusão:** O subconjunto foi organizado evidenciando dimensões sociais do fenômeno e ações de enfrentamento, abrangendo tanto o âmbito individual quanto o grupal ou familiar. A prevenção e a promoção de ações emancipatórias foram os focos mais privilegiados.

Palavras-chave: Enfermagem; Maus-tratos Infantis; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Qualitativa; webQDA.

Terminological subset for addressing domestic violence against the child: a validation study

Objective: To validate the Terminological Sub-set of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®) for confronting domestic violence against children. **Method:** Theory of Praxical Intervention of Nursing in Collective Health and Brazilian method for the elaboration of terminological subsets. Based on Albuquerque's updated terminology database (2014), 45 judges / experts evaluated the statements using an e-questionnaire. We used Content Validity Index (IVC>0.79). **Results:** 14 ND/NO of the strengthening group (9 for the child, 5 for the family) and 46 from the group of injuries (30 for the child, 16 for the family) were validated. We validated 19 NI of the strengthening group, 63 of the group of wastes and 18 for both groups. **Conclusion:** The subset was organized showing social dimensions of the phenomenon and coping actions, covering both individual and group or familial scope. The prevention and promotion of emancipatory actions were the most privileged foci.

Keywords: Nursing; Child Abuse; Primary Health Care; Qualitative Research; webQDA.

1 Introdução

O fenômeno da violência faz parte da história humana e os seus impactos podem ser vistos em qualquer lugar do mundo, nas mais variadas formas. Esse fenômeno é responsável por agravos e sequelas em milhões de pessoas, está entre as principais causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos e vem crescendo em ritmo acelerado entre os grupos mais vulneráveis, tais como idosos, mulheres e crianças (Dahlberg & Krug, 2006).

Em 2015, no mundo, cerca de 300 milhões de crianças na faixa etária de 2 a 4 anos (3 em cada 4) sofreram violências disciplinares (física ou psicológica) por seus cuidadores e 250 milhões (6 em cada 10) sofreram punições físicas (United Nations Children's Fund, 2017).

No Brasil, em 2013, foram notificados 188.624 casos de violência. Desses, 29.784 (15,8%) foram casos registrados entre crianças de 0 a 9 anos de idade, com predominância no domicílio (n=19.864 - 66,7%). Por tipo de violência, predominaram os casos de negligência (n=14.917 - 50,1%), violência física (n=8.515 - 28,6%), violência sexual (n=8.450 - 28,4%) e psicológica/moral (n=5.208 - 17,5%), podendo mais de um tipo de violência ser registrado para cada caso (Brasil, 2017). Para possibilitar a visibilidade desse complexo fenômeno social são propostas ferramentas distintas, dentre as quais, o uso de terminologias padronizadas para registro de elementos da prática de Enfermagem – diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem (DE, RE e IE). O registro pode ser padronizado por meio da elaboração de subconjuntos terminológicos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Albuquerque (2014) desenvolveu no Brasil uma proposta de subconjuntos terminológicos da CIPE®, direcionada para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança e o adolescente, na perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva. Como conclusão e indicação da própria autora, estudos posteriores seriam necessários para validação do subconjunto terminológico. (Albuquerque, 2014). Portanto, o objetivo deste estudo foi validar o subconjunto terminológico da CIPE® para o enfrentamento da violência doméstica contra a criança.

2 Metodologia

A Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) serviu de base para a compreensão do fenômeno do enfrentamento da violência doméstica contra a criança (Egry, 1996); e como percurso metodológico o método brasileiro para elaboração de subconjuntos terminológicos (Carvalho, Cubas & Nóbrega, 2017).

2.1 Referencial Teórico

O referencial teórico deste estudo foi baseado no materialismo histórico-dialético, a partir da TIPESC que é uma teoria de intervenção dinâmica e participativa da realidade e, para Enfermagem em Saúde Coletiva, é adotada como teoria e método. Enquanto teoria, baseia-se em uma visão de mundo materialista, histórica e dialética. Enquanto método, é uma forma sistematizada e dinâmica de captar, interpretar, planejar, intervir e reinterpretar uma dada realidade objetiva e/ou fenômenos referentes ao processo saúde-doença (Egry, 1996). A Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimentos e práticas que sustenta uma visão de mundo materialista histórico-dialética e se diferencia de outros campos de conhecimento da área da saúde, porque parte de uma concepção dialética e processual da saúde-doença, ou seja, o processo é socialmente determinado (Egry, Fonseca & Oliveira, 2013). Assim também, a violência doméstica contra a criança não deve ser entendida como algo dado e naturalizado, pois é um fenômeno histórico e social e que deve ser pensado, repensado e refletivo em suas diversas dimensões. Foi a partir desse campo de conhecimento e dessa visão de mundo que o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o conjunto de DE, RE e IE para o seu enfrentamento foram considerados nesta pesquisa.

2.2 Referencial Metodológico

O método brasileiro para elaboração dos subconjuntos terminológicos compreende quatro etapas: 1ª. Identificação de termos relevantes para a clientela e/ou a prioridade de saúde; 2ª. Mapeamento cruzado dos termos identificados com termos da CIPE®; 3ª. Construção de enunciados de DE, RE e IE e 4ª. Estruturação do subconjunto (Carvalho, Cubas & Nóbrega, 2017). A validação é parte integrante da etapa 3 e, neste estudo, foi realizada em duas fases: Fase 1 - Avaliação dos DE/RE por

juízas/especialistas e Fase 2 - Reavaliação dos DE/RE avaliados na Fase 1 e avaliação das IE. Na figura 1 está apresentado o diagrama-síntese da atualização do subconjunto terminológico a partir do estudo de Albuquerque (2014). Deste, foram selecionados os DE, RE e IE que tinham enfoque na violência doméstica contra a criança e procedeu-se à atualização junto à versão CIPE® 2015 (Garcia, 2016). O conjunto final submetido à avaliação das especialistas totalizou em 196 DE/RE e 275 IE. Após a validação das IE, foi utilizado o webQDA (www.webqda.net) para classificar aquelas relativas à criança e aquelas relativas à família (webQDA, 2019).

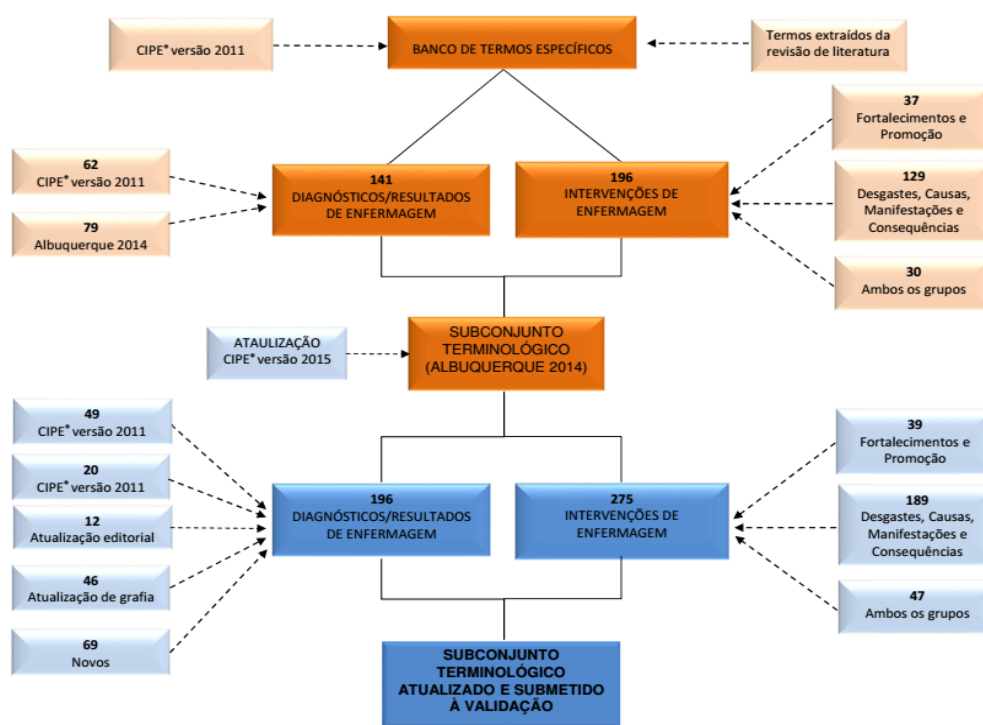


Fig. 1. Diagrama-síntese da atualização do subconjunto terminológico.

2.3 Instrumento de Coleta de Dados

Foram construídos dois questionários eletrônicos utilizando o SurveyMonkey®, que é um construtor de questionários on-line, disponível na internet (www.surveymonkey.com). O questionário da fase 1 era composto pelos enunciados dos DE e RE, os quais deveriam ser avaliados pelas juízas/especialistas em uma escala do tipo Likert em relação à pertinência: (1) não pertinente; (2) pouco pertinente e necessita de grande revisão; (3) pertinente e necessita de pequena revisão e (4) muito pertinente. O questionário da Fase 2 foi composto pelos enunciados dos DE/RE, avaliados na Fase 1 para que as juízas/especialistas tivessem, novamente, a possibilidade de escolher, dentre aqueles já avaliados, os que fossem mais potentes para representar a violência doméstica contra a criança. Além disso, era composto pelos enunciados das IE para que também fossem avaliados em sua pertinência em uma escala do tipo Likert. Os questionários continham perguntas relacionadas à caracterização das participantes: sexo, idade, formação, vinculação profissional e experiências na temática da violência doméstica contra a criança e em classificações de enfermagem. O tempo estimado para o preenchimento dos questionários foi de aproximadamente 20 minutos para cada

fase. Na Fase 1, o questionário eletrônico ficou aberto por um mês, de 26 de março a 27 de abril de 2017. E, na Fase 2, por dois meses e meio, de 13 de setembro a 28 de novembro de 2017.

2.4 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras da área de terminologias de diagnósticos de enfermagem e da área de violência doméstica contra a criança, que compuseram o grupo de juízas/especialistas. Os critérios de inclusão dos sujeitos foram: ser enfermeira(o), utilizar terminologias de diagnósticos de enfermagem (neste caso, preferencialmente a CIPE®) e dedicar-se, direta ou indiretamente ao fenômeno da violência doméstica contra a criança na assistência, no ensino e/ou na pesquisa. A busca foi feita por meio de indicações, contatos com autora(s) das referências bibliográficas utilizadas, consulta na Plataforma Lattes (lattes.cnpq.br) e pela técnica de “bola de neve”, ou seja, solicitando à(o)s que haviam participado que indicassem outra(o)s enfermeira(o)s que atendessem aos critérios de inclusão. Na Plataforma Lattes, considerou-se os perfis de pesquisadora(s) integrantes de grupos de pesquisa, área de atuação, participação em projetos e produção bibliográfica referentes ao tema. Uma carta-convite que explicava sobre o estudo e os aspectos da participação foi enviada via e-mail e/ou por mensagem eletrônica, constando o link para acessar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o questionário eletrônico da Fase 1 para aquela(s) que concordassem em participar do estudo. No total, 81 aceitaram participar, sendo que 32 completaram o questionário eletrônico da Fase 1 e 13 continuaram participando da Fase 2.

2.5 Análise dos Dados

Para o processo de validação do Subconjunto Terminológico, foi utilizado o índice de validade de conteúdo (IVC), que mede a porcentagem de concordância das respostas das juízas/especialistas, sendo validados os itens (Fase 1: DE/RE e Fase 2: IE) com concordância $IVC > 0,79$ (Carvalho, Cubas & Nóbrega, 2017). Os DE/RE validados na Fase 1 foram apresentados novamente na Fase 2 para que as juízas pudessem reavaliá-los antes de iniciarem a avaliação das IE mais pertinentes. As sugestões e comentários deixados pelas especialistas não foram analisados, mas foram considerados para fins de adequações e correções nos enunciados.

2.6 Aspectos Éticos

Foram obedecidas as normas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EE/USP sob o número de parecer 1.433.634 (CAEE 52639416.1.0000.5392), em 02/03/2016.

3 Resultados

3.1 Caracterização das Juízas/Especialistas

Das 45 juízas/especialistas selecionadas, 32 participaram da Fase 1 e 13 da Fase 2. Todas eram do sexo feminino e enfermeiras que atuavam na área de Saúde Coletiva ou Atenção Básica. Tinham experiência profissional com a CIPE® ou com o tema da violência doméstica contra a criança, na assistência, no ensino, na pesquisa ou na gestão. Houve predomínio para as faixas etárias acima dos 31 anos. Quanto ao tempo de conclusão do curso de graduação, predominou as de 16 anos ou mais.

As juízas/especialistas tinham alta qualificação, a grande parte com pós-graduação (concluída ou em andamento), contemplando a área acadêmica (mestrado acadêmico, doutorado, pós-doutorado e livre-docência) e a área voltada para o aprimoramento da atuação nos serviços de saúde (especialização, aprimoramento, residência e mestrado profissional).

3.2 Validação dos Enunciados

O total de DE/RE validados na Fase 1 foram 34 do grupo de fortalecimentos e promoção (20 relativos à criança e 14 relativos à família) e 81 do grupo de desgastes, causas, manifestações e consequências (57 relativos à criança e 24 relativos à família).

Após incorporação das sugestões, na Fase 2, dos 20 DE/RE relativos à criança do grupo de fortalecimentos e promoção, nove foram validados, e dos 14 relativos à família, cinco foram validados. Quanto ao grupo de desgastes, causas, manifestações e consequências, dos 57 DE/RE relativos à criança, 30 foram validados, e dos 24 relativos à família, 16 foram validados.

Ainda na Fase 2, após a avaliação dos DE, as juízas eram direcionadas a selecionar as IE que fossem mais pertinentes a cada grupo. Estas estavam divididas em: 39 IE do grupo de fortalecimentos e promoção, 189 do grupo de desgastes, causas, manifestações e consequências e 47 que se aplicavam para ambos os grupos.

Foram validadas 31 IE do grupo de fortalecimentos e promoção, 111 do grupo de desgastes, causas, manifestações e consequências e 30 que se aplicavam para ambos os grupos. Após a incorporação das sugestões, o conjunto final ficou composto por 100 IE, sendo: 19 no grupo de fortalecimentos e promoção, 63 no grupo de desgastes, causas, manifestações e consequências e 18 que se aplicam para ambos os grupos. Como o conteúdo referente às IE era muito extenso e não havia sido classificado, após a validação utilizou-se o recurso de codificação em árvore do webQDA para agrupar as IE relativas à criança e à família (webQDA, 2019). As tabelas 1, 2, 3 e 4 apresentam o subconjunto terminológico final e a concordância das especialistas para os DE, RE e IE.

Tabela 1. Concordância das especialistas para os DE, RE e IE do grupo de fortalecimentos e promoção relativos à criança.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Apoio Social, Eficaz	100
Desempenho Escolar, Adequado	100
Desenvolvimento Infantil, Eficaz	100
Ligação Afetiva na Relação Cuidador-Criança, Eficaz	100
Apoio Familiar, Positivo	88
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Eficaz	88
Comunicação, Eficaz	88
Continuidade do Cuidado, Eficaz	88
Socialização, Eficaz	88
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades	100
Elogiar o desempenho escolar adequado da criança	100
Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores	100
Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores	100
Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas	89
Elogiar as habilidades de comunicação	89
Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde	89
Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança	89
Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado	89
Elogiar o desenvolvimento adequado da criança	89
Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados	89

Incentivar a criança/família a planejar o futuro	89
Oferecer feedback à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças	89
Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica	89

Tabela 2. Concordância das especialistas para os DE, RE e IE do grupo de desgastes e manifestações relativos à criança.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Abandono da Criança/Abandono da Criança, Eliminado	100
Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão)/Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Diminuído/Comportamento de Isolamento (ou Retraimento, Introversão), Eliminado	100
Comportamento Violento/Comportamento Violento, Diminuído/Comportamento Violento Eliminado	100
Desenvolvimento Infantil, Prejudicado/Desenvolvimento Infantil, Melhorado/Desenvolvimento Infantil, Eficaz	100
Vítima de Abuso Infantil/Abuso Infantil, Eliminado	100
Apoio Familiar, Prejudicado/Apoio Familiar, Melhorado/Apoio Familiar, Positivo	86
Apoio Social, Prejudicado/Apoio Social, Eficaz	86
Atividade Lúdica, Insatisfatória/Atividade Lúdica, Melhorada/Atividade Lúdica, Satisfatória	86
Barreira na Comunicação/Barreira na Comunicação, Reduzida/Barreira na Comunicação, Eliminada	86
Comportamento Autodestrutivo/Comportamento Autodestrutivo, Diminuído/Comportamento Autodestrutivo, Eliminado	86
Comportamento Sexual Inapropriado/Comportamento Sexual Inapropriado, Reduzido/Comportamento Sexual Inapropriado, Eliminado	86
Enfrentamento, Prejudicado/Enfrentamento, Melhorado/Enfrentamento, Eficaz	86
Medo de Abandono/Medo de Abandono, Reduzido/Medo de Abandono, Eliminado	86
Medo/Medo, Reduzido/Medo, Eliminado	86
Privação do Sono/Privação do Sono, Reduzida/Privação do Sono, Eliminada	86
Rede Social, Insuficiente/Rede Social, Aumentada/Rede Social, Suficiente	86
Risco de Dificuldade com Enfrentamento/Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Reduzido/Risco de Dificuldade com Enfrentamento, Eliminado	86
Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil/Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Reduzido/Risco de Ser Vítima de Abuso Infantil, Eliminado	86
Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil/Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Reduzido/Risco de Ser Vítima de Negligência Infantil, Eliminado	86
Risco de Sono Prejudicado/Risco de Sono Prejudicado, Reduzido/Risco de Sono Prejudicado, Eliminado	86
Risco de Violência Doméstica/Risco de Violência Doméstica, Reduzido/Risco de Violência Doméstica, Eliminado	86
Sinais de Ansiedade/Sinais Ansiedade, Reduzidos/Sinais de Ansiedade, Eliminados	86
Sinais de Depressão/Sinais de Depressão, Diminuídos/Sinais de Depressão, Eliminados	86
Socialização, Prejudicada/Socialização, Melhorada/Socialização Eficaz	86
Tristeza Crônica/Tristeza Crônica, Reduzida/Tristeza Crônica, Eliminada	86
Vergonha/ Vergonha, Reduzida	86
Violência contra outras Pessoas no Domicílio/Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada	86
Vítima de Agressão Sexual (ou Estupro)/Vítima Protegida contra Novos Episódios de Agressão Sexual (ou Estupro)	86
Vítima de Negligência Infantil/Negligência Infantil, Eliminada	86
Desempenho Escolar, Prejudicado/Desempenho Escolar, Melhorado/Desempenho Escolar, Adequado	86
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança, a fim de fortalecer a confiança	100
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades	100
Articular com outros profissionais e outros setores a intervenção junto à criança/família/cuidadores e o monitoramento do caso	90
Atender a criança em ambiente com privacidade e segurança	90
Atender de acordo com o protocolo específico, com ações de caráter clínico e de proteção à criança	90
Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles	90
Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem pré-julgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva	90
Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica	90
Identificar comportamento agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos	90

agressivos	
Construir com as crianças formas para que possam estabelecer vínculos de confiança com adultos que sejam protetores para elas	89
Oferecer feedback à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças	89
Ajudar a criança/família a relembrar situações adversas superadas, encorajando-as a enfrentar a situação atual	80
Auxiliar a criança a compreender que não tem culpa da situação de violência	80
Avaliar as necessidades e garantir as medidas protetivas imediatas	80
Discutir sobre educação sexual/sexualidade	80
Encorajar a expressão e a verbalização de percepções, sentimentos, medos e dificuldades	80
Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores	80
Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado	80
Evitar perguntar direta e frequentemente sobre os detalhes da violência sofrida	80
Identificar as necessidades da criança em situações de violência	80
Investigar a possibilidade de a criança estar sofrendo violência	80
Monitorar ideação/gestos suicidas	80
Notificar o caso suspeito ou confirmado de violência	80
Observar na criança sinais de erotização precoce e/ou atitudes sexuais impróprias para a idade	80
Obter dados sobre ansiedade/estresse/humor deprimido/tristeza/depressão	80
Obter dados sobre apoio emocional	80
Obter dados sobre comportamento sexual inapropriado	80
Obter dados sobre desempenho/frequência/convivência escolar	80
Obter dados sobre higiene corporal e/ou oral	80
Obter dados sobre recursos para controlar a ansiedade	80
Obter dados sobre sinais de desconforto	80
Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas	80
Orientar sobre sono	80
Ouvir as preocupações, sentimentos e perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores	80
Providenciar ambiente com brinquedos acessíveis e compatíveis com a idade	80
Reforçar aspectos positivos	80

Tabela 3. Concordância das especialistas para os DE, RE e IE do grupo de fortalecimentos e promoção relativos à família.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Apoio Social, Eficaz	100
Cuidador(a) Capaz de Executar o Cuidado	100
Enfrentamento Familiar, Eficaz	88
Família/Cuidador(a) Capaz de Participar do Planejamento do Cuidado	88
Prontidão para Tomada de Decisão	88
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades	100
Encorajar as trocas de percepções e sentimentos entre os membros da família	100
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida	100
Estabelecer vínculo e relação de confiança com a criança/família/cuidadores	100
Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores	100
Reforçar a importância do diálogo como meio de resolução das situações cotidianas e encorajar os membros da família a identificarem e resolverem os conflitos por meio do diálogo	100
Reforçar a participação em atividades sociais e comunitárias	100
Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais para enfrentar as dificuldades cotidianas	89
Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias	89
Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessarem os serviços comunitários	89
Elogiar a atitude de analisar as possibilidades e as consequências envolvidas no processo de decisão	89
Elogiar as ações que promovem proteção às crianças	89
Elogiar as habilidades de comunicação	89
Elogiar e apoiar as ações de respostas adequadas às necessidades de saúde	89
Elogiar e estimular o relacionamento próximo e afetivo entre pais/cuidadores e criança	89
Elogiar e reforçar as atitudes de realizar o cuidado	89
Elogiar e reforçar o papel dos pais/cuidadores como cuidadores e protetores das crianças	89
Elogiar o desenvolvimento adequado da criança	89

Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e as possíveis soluções	89
Ensinar os pais/cuidadores a reconhecerem as conquistas das crianças	89
Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças	89
Estimular e estabelecer conjuntamente mecanismos de defesa apropriados	89
Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança	89
Explicar aos pais/cuidadores o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança	89
Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitadas	89
Incentivar a criança/família a planejar o futuro	89
Oferecer feedback à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças	89
Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente)	89
Orientar os pais/cuidadores sobre a importância de educar sem violência	89
Reforçar as habilidades e os pontos positivos identificados pela própria criança/família/cuidadores para o enfrentamento da violência doméstica	89
Elogiar os pais nas atitudes acertadas no processo educacional dos filhos	80

Tabela 4. Concordância das especialistas para os DE, RE e IE do grupo desgastes e manifestações relativos à família.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADOS	IVC (%)
Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Insatisfatório/ Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Melhorado/Conhecimento sobre Educação Sem Violência, Satisfatório	100
Sinais de Estresse dos Pais e Cuidadores, Presentes/Sinais de Estresse dos Pais e Cuidadores, Reduzidos/Sinais de Estresse dos Pais e Cuidadores, Eliminados	100
Apoio Social, Prejudicado/Apoio Social, Melhorado/Apoio Social, Eficaz	86
Atitude Familiar Conflituosa/Atitude Familiar Conflituosa, Reduzida./Atitude Familiar Conflituosa, Eliminada	86
Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Prejudicada/Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Melhorada/Capacidade do(a) Cuidador(a) para Executar o Cuidado, Adequada	86
Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Prejudicada/Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado, Melhorada	86
Comunicação, Prejudicada/Comunicação, Melhorada/Comunicação, Eficaz	86
Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Insatisfatório/Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Melhorado/Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, Satisfatório	86
Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Insatisfatório/Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Melhorado/Conhecimento sobre Prevenção de Queda, Satisfatório	86
Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Insatisfatório/Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Melhorado/Conhecimento sobre Serviços Comunitários, Satisfatório	86
Dependência de Álcool/Dependência de Álcool, Reduzida/Dependência de Drogas, Controlada	86
Dependência de Drogas/Dependência de Drogas, Reduzida/Dependência de Drogas, Controlada	86
Enfrentamento Familiar Prejudicado/Enfrentamento Familiar Melhorado/Enfrentamento Familiar Eficaz	86
Rede Social Insuficiente/Rede Social Aumentada/Rede Social Suficiente	86
Sinais de Depressão, Presentes/Sinais de Depressão, Diminuídos/Sinais de Depressão, Eliminados	86
Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Presente/Violência contra outras Pessoas no Domicílio, Eliminada	86
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
ENUNCIADO	IVC (%)
Abordar com atenção, de maneira não punitiva e com segurança, a fim de fortalecer a confiança	100
Acolher a criança/família/cuidadores em suas necessidades	100
Enfatizar valores familiares e sociais importantes para uma convivência familiar fortalecida	100
Estimular e reforçar o fortalecimento da rede de apoio formada por amigos e familiares da criança/família/cuidadores	100
Articular com outros profissionais e outros setores a intervenção junto à criança/família/cuidadores e o monitoramento do caso	90
Atender os pais/cuidadores em separado, entre si e da criança, no caso da suspeita da violência incorrer sobre eles	90
Avaliar a capacidade de compreensão das informações, usar linguagem acessível e sem pré-julgamentos e apresentar as informações de maneira gradual e objetiva	90
Estabelecer com a criança/família/cuidadores ações para o enfrentamento da violência doméstica	90
Estimular a busca de mais conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e construir coletivamente estratégias de participação em atividades socioeducativas que discutam sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente	90
Identificar comportamento agressivos e/ou processo de mascaramento de sentimentos expressos em comportamentos agressivos	90
Identificar conflitos/condições familiares geradores de violência ou que possam gerar maior vulnerabilidade a práticas violentas	90
Reconhecer os valores da família/cuidadores de maneira isenta de julgamentos	90
Apoiar a família/cuidador(a) de maneira que consiga identificar recursos próprios, da comunidade e de projetos sociais	89

para enfrentar as dificuldades cotidianas	
Construir coletivamente estratégias para participação em atividades sociais e comunitárias	89
Construir coletivamente formas de a família/cuidadores acessarem os serviços comunitários	89
Construir com a escola e com os pais/cuidadores oportunidades para que estes participem das atividades da escola	89
Encorajar o diálogo em família para discutir os problemas e as possíveis soluções	89
Ensinar os pais/cuidadores a reconhecerem as conquistas das crianças	89
Estabelecer vínculo com a família/cuidadores e incentivar ações que possam proteger as crianças	89
Explicar aos pais/cuidadores a importância da recreação e lazer para o desenvolvimento da criança	89
Explicar aos pais/cuidadores o ritmo próprio de desenvolvimento de cada criança	89
Explicar aos pais/cuidadores que as crianças são sujeitos de direito e que devem ser respeitadas	89
Oferecer feedback à criança/família quanto a seu enfrentamento da situação de violência doméstica	89
Orientar e encorajar vínculos afetivos e de cuidado entre os pais/cuidadores e as crianças	89
Orientar família/cuidadores sobre os cuidados e o desenvolvimento do bebê (ou lactente)	89
Ajudar a criança/família a relembrar situações adversas superadas, encorajando-as a enfrentar a situação atual	80
Atentar para sinais de que os pais não estão afetivamente preparados para receber o novo bebê	80
Avaliar a pertinência de intervenções que possam colocar em risco a proteção à criança	80
Construir com a família/cuidadores ações para apoio e proteção às crianças	80
Construir estratégias conjuntas sobre como educar e se comunicar com as crianças para estabelecer limites sem violência	80
Discutir sobre educação sexual/sexualidade	80
Encorajar os pais/cuidadores a expressarem as dificuldades para lidarem com as crianças	80
Estabelecer vínculo com a criança/família/cuidadores	80
Estimular o uso de recursos espirituais, se desejado	80
Explicar sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e possibilitar formas de acessá-lo	80
Incentivar a interação social (ampliação de rede de relacionamentos com pessoas significativas e com interesses e metas comuns) de forma gradativa	80
Investigar contexto sócio familiar da criança e características do grupo social a qual pertence	80
Observar sinais de descuido intencionais dos pais/cuidadores em relação à criança e/ou despreocupação com o bem estar e desenvolvimento da criança	80
Obter dados sobre capacidade para executar cuidado	80
Obter dados sobre uso/abuso/abstinência de álcool e/ou drogas	80
Orientar a família/cuidadores sobre como lidar com o comportamento autodestrutivo/agressivo	80
Orientar família/cuidadores sobre higiene	80
Orientar sobre segurança da criança	80
Orientar sobre sono	80
Ouvir as preocupações, sentimentos e perguntas e oferecer as informações solicitadas pela criança/família/cuidadores	80
Planejar com os pais/cuidadores formas para construir ligação afetiva e vínculo de confiança com as crianças	80
Planejar em conjunto o abandono/redução do uso de álcool e/ou drogas	80
Reforçar aspectos positivos	80
Estimular o comparecimento aos serviços de saúde e garantir que o atendimento seja realizado	80

4 Discussão

A maioria dos estudos sobre desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil tem como base modelos teóricos positivistas, de cunho biológico e individual e com foco em uma doença ou alteração clínica (Albuquerque, Carvalho, Apostólico, Sakata, Cubas & Egrý, 2015; Garcia & Nóbrega, 2013; Araújo, Nóbrega & Garcia, 2013; Medeiros, Nóbrega, Rodrigues & Fernandes, 2013; Lins, Santo, Fuly & Garcia, 2013). Neste estudo, dado o referencial teórico no qual ele foi embasado, o subconjunto terminológico foi organizado de forma que evidenciasse as várias dimensões do fenômeno da violência doméstica contra a criança para que as ações de enfrentamento também extrapolassem o âmbito individual. Ele não tem foco apenas nos agravos, mas ao contrário, ressalta a prevenção da violência e a promoção de ações emancipatórias dos sujeitos. Neste artigo não foram apresentadas as IE relativas ao território e à rede de atenção, mas estas serão apresentadas e aprofundadas em estudos posteriores.

Apesar dos resultados aparecerem com índices percentuais de concordância, a natureza do estudo é qualitativa, pois os enunciados foram revisados manualmente um a um, definidos e redefinidos de acordo com os pareceres das juízas. Elaborar enunciados de nomenclatura terminológica para

sistematizar as práticas de enfermagem requer análise semântica e sintática que só a abordagem qualitativa pode proporcionar.

5 Conclusões

O subconjunto foi organizado evidenciando dimensões sociais do fenômeno e ações de enfrentamento, abrangendo tanto o âmbito individual quanto o grupal e familiar. A prevenção e a promoção de ações emancipatórias foram os focos mais privilegiados. Para construção e melhor uso deste subconjunto é preciso assumir uma postura questionadora da realidade e do fenômeno da violência doméstica contra a criança em um processo constante de desvendar sua essência para encontrar as formas de superação. Ao ser utilizado como uma das ferramentas do processo de trabalho da enfermagem, ele não deve restringir suas práticas e nem substituir o raciocínio clínico e crítico das enfermeiras. Deve, antes de tudo, ser um instrumento de apoio para se repensar o fenômeno da violência doméstica contra a criança em sua dinamicidade e historicidade. Para estudos desta natureza é condição *sine qua non* utilizar abordagens qualitativas, pois trata-se da definição e da redefinição de conceitos subjacentes à nomenclatura. Sugere-se que outros estudos sejam realizados a fim de averiguar as potencialidades do subconjunto terminológico no cotidiano de trabalho da(o)s enfermeira(o)s e em articulação com os demais profissionais. Dada a complexidade do fenômeno estudado, uma das limitações foi adaptar o conteúdo a ser validado para um instrumento do tipo questionário estruturado, gerando um questionário muito longo.

Referências

- Albuquerque, L. M., Carvalho, C. M. G., Apostólico, M. R., Sakata, K. N., Cubas, M. R., & Egry, E. Y. (2015). Nursing terminology defines domestic violence against children and adolescents. *Rev Bras Enferm*, 68(3), 393-40. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680311i>
- Albuquerque, L. M. (2014). *Construction of a terminology subset from ICNP® for vulnerable children and adolescents to domestic violence*. Thesis, School of Nursing, University of São Paulo, São Paulo, Brazil.
- Araújo, A. A., Nóbrega, M. M. L., & Garcia, T. R. (2013). Nursing diagnoses and interventions for patients with congestive heart failure using the ICNP®. *Rev Esc Enferm USP*, 47(2), 380-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200016>
- Brasil. (2017). *Viva: Vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, C. M. G., Cubas, M. R., & Nóbrega, M. M. L. (2017). Brazilian method for the development terminological subsets of ICNP®: limits and potentialities. *Rev Bras Enferm*, 70(2), 430-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0308>
- Costa, A. P., Moreira, A., & Souza, F. N. de. (2019). webQDA - Qualitative Data Analysis. Aveiro: MicroIO and University of Aveiro.
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violence: a global public health problem. *Cien Saude Colet*, 11, 1163-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000200007>
- Egry, E. Y. (1996). *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.
- Egry, E. Y., Fonseca, R. M. G. S., & Oliveira, M. A. C. (2013). Science, Public Health and Nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis. *Rev Bras Enferm*, 66, 119-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016>
- Garcia, T. R. (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®): versão 2015*. Porto Alegre: Artmed.
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. (2013). The ICNP® terminology and Brazilian ICNP® Centre participation on its development and dissemination. *Rev Bras Enferm*, 66, 142-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700018>
- Lins, S. M. S. B., Santo, F. H. E., Fuly, P. S. C., & Garcia, T. R. (2013). Subset of ICNP® diagnostic concepts for patients with chronic kidney disease. *Rev Bras Enferm*, 66(2), 180-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200005>
- Medeiros, A. C. T., Nóbrega, M. M. L., Rodrigues, R. A. P., & Fernandes, M. G. M. (2013). Diagnósticos de enfermagem para idosos utilizando-se a classificação internacional para a prática de enfermagem e o modelo de vida. *Rev Latinoam Enferm*, 21(2), 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200008>
- United Nations Children's Fund. (2017). *A familiar face: violence in the lives of children and adolescents*. New York: UNICEF.