

CARTILHA EDUCATIVA: ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Resumo: Objetivou-se descrever o processo de construção de uma cartilha educativa para qualificação de Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes. Trata-se de um estudo metodológico, executado através do levantamento de dados mediante revisão integrativa da literatura e realização de grupos focais que culminou na elaboração do material educativo. Os resultados foram apresentados e discutidos com base nas fases: I) revisão integrativa que contou com uma amostra de 15 estudos; II) grupos focais que tiveram a participação de 68 Agentes Comunitários de Saúde; III) elaboração da cartilha que levou em consideração as fases anteriores e a teoria da autoeficácia. O estudo não tem a pretensão de esgotar a abordagem sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes, mas auxiliar no enfrentamento da mesma, através da qualificação de uma classe de profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Violência Doméstica, Defesa da Criança e do Adolescente, Agentes Comunitários de Saúde.

Educational booklet: confronting violence against children and adolescents

Abstract: The aim is to describe the process of building an educational booklet for the qualification of Community Health Agents in combating domestic violence against children and adolescents. This is a methodological study, carried out through data collection through an integrative literature review and the realization of focus groups that culminated in the elaboration of educational material. The results were presented and discussed based on the phases: I) integrative review that included a sample of 15 studies. II) focus groups that had the participation of 68 Community Health Agents; III) elaboration of the booklet that took into account the previous phases and the theory of self-efficacy. The study does not intend to exhaust the approach on domestic violence against children and adolescents, but to assist in coping with it, through the qualification of a class of health professionals working in Primary Health Care.

Descriptors: Domestic Violence, Child Advocacy, Community Health Workers.

Folleto educativo: enfrentando la violencia contra la niñez y la adolescencia

Resumen: Describir el proceso de construcción de un folleto educativo para la calificación de Agentes Comunitarios de Salud en el abordaje de la violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes. Se trata de un estudio metodológico, realizado a través de la recolección de datos de una revisión integradora de la literatura y la realización de grupos focales que culminaron en la elaboración de material educativo. Los resultados fueron presentados y discutidos en base a las fases: I) revisión integradora que incluyó una muestra de 15 estudios; II) grupos focales con la participación de 68 Agentes Comunitarios de Salud; III) elaboración del folleto que tuvo en cuenta las fases anteriores y la teoría de la autoeficacia. El estudio no pretende agotar el abordaje sobre la violencia intrafamiliar contra los niños y adolescentes, sino ayudar a enfrentarla, mediante la calificación de una clase de profesionales de la salud que laboran en Atención Primaria de Salud.

Descritores: Violencia Doméstica, Defensa de Niños y Adolescentes, Trabajadores comunitarios de salud.

John Carlos de Souza Leite

Enfermeiro. Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Unidade Descentralizada de Iguatu.

E-mail: johncarlosleite@hotmail.com

Vinicius Rodrigues de Oliveira

Graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri, Unidade Descentralizada de Iguatu.

E-mail: viniciusrodriguesvro@gmail.com

Maria do Socorro Vieira Lopes

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Campus Pimenta.

E-mail: socorrovieira@hotmail.com

Grayce Alencar Albuquerque

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Campus Pimenta.

E-mail: gevcyenf.ga@gmail.com

Submissão: 21/12/2020

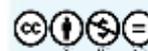
Aprovação: 27/06/2021

Publicação: 20/09/2021

Como citar este artigo:

Leite JCS, Oliveira VR, Lopes MSV, Albuquerque GA. Cartilha educativa: enfrentamento a violência contra crianças e adolescentes. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):530-539.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.530-539>



Introdução

As tecnologias em saúde podem ser caracterizadas como conhecimentos estruturados, e que possuem como função a potencialização das habilidades dos indivíduos. Estas, podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. Entende-se por tecnologias leves, as relações e os vínculos produzidos, por tecnologias leveduras os saberes estruturados e por tecnologias duras os equipamentos e estruturas¹.

Dentre as tecnologias acima citadas, a tecnologia educativa, classificada como tecnologia levedura, é uma das que são utilizadas para mediação e construção de saberes, seja nas dimensões éticas, relacionais ou técnicas, objetivando a modificação ou solução de problemas. Tecnologias educativas são saberes sistemáticos, e podem ser apresentadas sob a forma de impressos, como manuais e cartilhas².

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) defende o uso de tecnologia educacional como uma estratégia eficiente no processo produtivo e na capacitação de recursos humanos para a saúde, fornecendo aumento de produtividade aos serviços de saúde³, bem como, no reconhecimento e enfrentamento de problemas, dentre eles, a violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Para o atendimento a este público e prevenção deste agravo, os profissionais de saúde, dentre estes os compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF), ganham destaque, pois proporcionam o elo entre a comunidade e equipe de saúde, além do desenvolvimento de ações complexas e estratégicas⁴. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) compõe esta equipe e realiza visita domiciliar, tendo a

oportunidade de presenciar, identificar ou monitorar casos de violências no âmbito doméstico⁵.

Para suas ações, estima-se que tais profissionais sejam devidamente capacitados. Para tanto, a qualificação do ACS é incorporada à estratégia de Educação Permanente em Saúde (ESP), operacionalizando a Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia orienta que a prática do profissional deve ser crítica e reflexiva, baseada na realidade. Com isso, busca-se relacionar a vida cotidiana dos envolvidos aos processos de trabalho para proporcionar benefícios e melhorias na qualidade dos serviços^{6,7}.

Neste contexto, as tecnologias educativas, como as cartilhas, apresentam importante papel no ensino, proporcionando mediação entre aprendizagem e conteúdo, em decorrência do fácil acesso ao seu conteúdo e a qualquer tempo que for requisitado⁸. Além disso, representam materiais a serem utilizados na prática do processo de educação permanente, processo este que possibilita construir autonomia e autoconfiança, modificando atitudes e posturas⁹. A aplicabilidade destes materiais e sua eficácia podem ser avaliadas pelo estudo do comportamento humano, através da teoria da autoeficácia¹⁰.

Neste sentido, a teoria da autoeficácia é reconhecida como a crença que o leitor terá sobre a sua capacidade de realizar com sucesso determinadas ações que lhes são solicitadas¹¹. Frente à adoção de cartilhas educativas para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes como guias para atuação dos ACS, acredita-se que estas possam auxiliar este profissional no reconhecimento e combate deste agravo no âmbito da APS¹².

Com isso, objetivou-se descrever o processo de construção de uma cartilha educativa para qualificação de Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento à violência doméstica contra crianças e adolescentes.

Material e Método

Estudo metodológico, realizado no ano de 2018, que teve como foco a construção de uma cartilha educativa, estando ligado a procedimentos elaborados, e assim, para sua construção, houve a necessidade de se investigar métodos de organização e obtenção de informações e de pesquisa rigorosa¹³.

Para a construção da cartilha educativa, o presente estudo seguiu os pressupostos de Echer¹⁴, a qual disserta sobre as fases para o desenvolvimento de materiais educativos para o cuidado em saúde, estando a cartilha educativa incluída. O processo de construção deu-se em duas fases, a primeira delas foi a fase de levantamento de dados, subdividida em revisão integrativa e grupo focal e a segunda, constou da elaboração do material da cartilha educativa.

Para a fase de levantamento de dados, realizou-se inicialmente, uma revisão integrativa, que teve a seguinte pergunta problema: o que é discutido sobre enfrentamento e prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde?

As buscas para esta revisão foram realizadas a partir das bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, *American Psychological Association (PsycINFO)* e *Web of science*, com base na estratégia de busca *Population, Variables and Outcomes (PVO)* em associação com os Descritores em Ciências da

Saúde (DeCs): “Violência Doméstica”; “Maus-Tratos Infantis” “Tecnologia Educacional”; “Atenção Primária à Saúde” e *Medical Subject Headings (MeSH)*: “*Domestic Violence*”; “*Child Abuse*”; “*Educational technology*”; “*Primary health care*”, cruzados com o operador booleano AND.

Diante de todos os cruzamentos realizados com DeCs e MeSH supracitados foram obtidos, a priori, 2403 referências, sendo 38 encontradas na LILACS, 713 na Medline, 654 na PsycINFO e 998 na *Web of Science* e que após critérios de elegibilidade (publicação gratuita, disponível na íntegra, apresentando pertinência com a temática, publicada entre os anos de 1990 a 2017, nos idiomas português, inglês ou espanhol, exceto artigos de revisões, biografias, dissertações, relatos de experiência ou teses) restaram apenas 15 referências, destas, três provindas da LILACS, uma da Medline, uma da PsycINFO e 10 da *Web of Science*. Salienta-se que as referências obtidas passaram por processo de leitura exhaustiva e serviram para estruturar essa fase do estudo.

Em continuidade a primeira fase, foram realizados grupos focais, que contaram com a participação de 68 Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana do Município de Iguatu, Ceará, Brasil. Optou-se por realizar nove grupos focais, como forma de identificação das informações necessárias para composição da cartilha. Escolheu-se como referência a orientação de Backers e colaboradores¹⁵, onde os autores sugerem que os grupos focais devem ser compostos de seis a 15 pessoas.

Após finalização dos grupos focais, iniciou-se a segunda etapa, de elaboração do material da cartilha, que foi subsidiado pelos achados da revisão

integrativa e dos grupos focais. Ao término de elaboração do conteúdo da cartilha, o material foi encaminhado para um profissional *designer* gráfico. Salienta-se que o conteúdo da cartilha foi desenvolvido levando em consideração a teoria da autoeficácia de Bandura. Esse teórico reconhece a existência de quatro fontes de informações que julga primordiais para transmissão de conteúdo. São elas: 1) experiência direta que trata-se da experiência acumulada ao longo da história do indivíduo; 2) experiência vicária que diz respeito a proximidade entre a realidade do indivíduo e o conteúdo exposto no material; 3) persuasões verbais que concernem ao convencimento social, em que os indivíduos são estimulados a acreditarem que são capazes de desenvolver determinadas atividades de forma exitosa; 4) estado físico e emocionais em que as pessoas fazem juízo de suas capacidades físicas e mentais^{10,16}.

Para garantir aproximação do material elaborado às vivências cotidianas do ACS no seu ambiente de trabalho, foram incorporados à cartilha educativa personagens familiares ao público alvo e comunidade, com características similares aos locais onde os grupos focais foram realizados; utilização de linguagem de fácil compreensão e ilustração do ambiente de trabalho do ACS na ESF; demonstração do conteúdo através de ilustrações para proporcionar captação da mensagem pelo leitor e uso da voz ativa pelos personagens.

O estudo foi pautado na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, para que fosse mantida a confidencialidade das informações e os direitos dos envolvidos fossem assegurados. Teve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa,

sob o número 2.514.372 e CAAE 83190618.0.0000.5055.

Resultados e Discussão

Por meio da revisão integrativa foi possível elencar aspectos sobre enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes na Atenção Primária à Saúde. Os achados se debruçam sobre a rede de enfrentamento da violência doméstica e as contribuições da APS^{4,17,18}, a atuação dos profissionais da APS neste enfrentamento¹⁹⁻²², a importância do trabalho do ACS⁴. Ademais, verificou-se que o trabalho dos profissionais da APS por vezes é permeado de medos e angústias²¹ e dificultam a identificação dos casos, sobretudo em virtude da falta de capacitação e preparação profissional²³⁻²⁵. Diante dos achados da revisão, algumas informações foram incorporadas à cartilha, com destaque ao processo de visita domiciliar do ACS e a abordagem à família; conceitos de violência e violência doméstica contra criança e adolescentes; definição dos tipos de violência; definição do papel da rede de enfrentamento à violência e a atuação do Agente Comunitário de Saúde no combate ao agravo.

Quanto aos grupos focais, os participantes ACS tinham entre 24 a 63 anos de idade, todos do sexo feminino e em sua maioria da cor parda (79,41%). A renda variou de um a seis salários mínimos. Em relação a nível de instrução escolar, uma parte significativa (75%) possuíam ensino médio completo. No que diz respeito ao vínculo e atuação como ACS, observou-se um tempo de atuação maior que quatro anos (99%) e 83,8% dos participantes receberam capacitação pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sobre violência.

Durante realização dos grupos focais foi possível identificar lacunas/demandas, dentre as quais se destacaram definição de conceitos rasos acerca da violência, desconhecimento da atuação dos profissionais da rede de enfrentamento a violência, necessidade de apoio desses profissionais e da própria equipe em que o ACS está inserido, percepção do funcionamento ineficaz dos órgãos de proteção à criança e ao adolescente, receio de intervir devido à represálias e falta de sigilo profissional. As demandas acima mencionadas emergiram das falas dos ACS e apresentaram uma prévia da percepção desse profissional frente ao enfrentamento e prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes.

A partir do levantamento destas informações, foram incorporados à cartilha os seguintes assuntos: conceito de violência; violência doméstica contra crianças e adolescentes e ciclo geracional da violência; tipos de violência contra crianças e adolescentes e suas consequências; rede de enfrentamento e o papel dos serviços da rede e empoderamento do ACS no reconhecimento e enfrentamento a este agravado.

Na posse destas informações, os pesquisadores procederam à elaboração do material da cartilha educativa, segundo orientações de Moreira, Nóbrega e Silva²⁶, quanto à linguagem e *designer*. Estes autores afirmam que materiais impressos, contendo informações escritas, facilitam o processo de aprendizagem sobre determinado assunto, em que a mensagem ao público-alvo deve ser coerente e convidativa, com leitura de fácil entendimento, evitando-se frases e palavras longas. Ainda, a elaboração do material educativo deve comunicar a ideia central de forma clara, em que devem ser considerados aspectos como linguagem, *layout* e

ilustrações. As ilustrações devem fornecer ao leitor a possibilidade de reconhecimento, fazendo com que o mesmo se identifique com o material e o *layout* e a linguagem faz com que o material seja de fácil compreensão e o mais atrativo possível²⁴.

Assim, após o consolidado das informações obtidas na revisão integrativa e grupos focais, deu-se seguimento ao processo de construção da cartilha educativa, que foi dividida em cinco tópicos com abordagem dos seguintes temas: a) Você consegue saber o que é violência: apresenta-se a definição de violência, definição de violência doméstica, violência contra crianças e adolescentes e o ciclo da violência; b) Você identifica os tipos de violência: demonstra-se quais os tipos de violência contra crianças e adolescentes; c) Você compreende quais as consequências da violência: expõe-se quais as consequências da violência para a saúde de crianças e adolescentes e seu desenvolvimento; d) Você consegue enfrentar a violência: apresenta-se a rede de enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescentes e quais as ações dos órgãos que compõem a rede, apresenta-se quais os papéis da ESF, ACS e identificação de parcerias na comunidade e e) Você consegue se empoderar: apresenta-se como o ACS pode buscar informações para aumentar o conhecimento sobre a temática; dialoga-se suas dificuldades, limitações e como superá-las.

Após definição dos tópicos, as ilustrações da cartilha educativa foram elaboradas mediante os quatro pressupostos de Bandura¹¹. A experiência direta está presente no conteúdo da cartilha quando são apresentados comportamentos onde a personagem principal (ACS) obteve êxito, sendo visualizado imagem acerca da orientação prévia da

ACS pela enfermeira, que a auxiliou na intervenção de um caso de violência. A experiência vicária aparece quando são incluídos na cartilha personagens que apresentavam características semelhantes aos ACS participantes dos grupos focais, bem como, imagens semelhantes dos locais de atuação que lhe são comuns, sendo a Unidade Básica de Saúde e a comunidade os principais exemplos. Enquanto as persuasões verbais da teoria são demonstradas nas frases utilizadas que ressaltam ações que podem ser realizadas por ACS no enfrentamento a violência doméstica contra crianças e adolescente, sendo utilizada a voz ativa. Por fim, os estados físicos e emocionais estão representados através do uso de imagens que reasentavam o desenho do leitor em aprender, e neste sentido, a ACS demonstra interesse em ler mais sobre o tema e a enfermeira demonstra participação ativa no processo de capacitação e ensino.

Para garantir qualidade no processo de confecção do conteúdo da cartilha educativa, buscou-se um profissional ilustrador e especialista em diagramação. O roteiro foi escrito em arquivo do *Microsoft Word* e enviado ao mesmo por e-mail. O contato com o ilustrador e *designer* aconteceu por telefone, e-mail e através do aplicativo *Whatsapp*. De acordo com a construção das páginas, as mesmas eram enviadas ao pesquisador para aprovação ou para sugestões, com o objetivo de seguir os pressupostos de Bandura (11) e demais orientações.

Quanto à diagramação, houve organização e formatação dos tópicos, páginas, textos e ilustrações, onde foram utilizados os programas *Paint Tool Sai* e *Adobe Photoshop CS6*. O material final contou com 16 páginas, sendo múltiplo de quatro, para que a

versão impressa pudesse ser apresentada frente e verso. O tamanho da página adotada foi A4 e os textos foram justificados para que ficassem dispostos em quadros, sendo a divisão dos desenhos em quatro textos e quatro ilustrações.

As ilustrações da cartilha educativa são de cores vivas, a fim de despertar a atenção do leitor e auxiliar no processo de aprendizagem. As características das mesmas fazem com que o leitor se identifique no material, uma vez que as ilustrações representam características do cotidiano dos ACS.

A capa, Figura 1, foi desenvolvida a fim de tornar a cartilha educativa atrativa ao leitor e que pudesse transmitir informações através da visualização. Foram incorporados os personagens principais, bem como crianças e adolescentes, junto ao Título “Juntos enfrentamos a violência doméstica contra crianças e adolescentes”. Na capa estão personagens como o Agente Comunitário de Saúde, Enfermeira, Crianças e Adolescentes. Ainda, na mesma, encontra-se o local de trabalho do ACS, sendo UBS e comunidade. Justifica-se a apresentação da enfermeira como personagem da cartilha, pois as entrevistadas relatavam sempre a busca desta profissional em situações diversas.

Figura 1. Ilustração da capa da cartilha educativa.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Considerando que a cartilha foi desenvolvida com o objetivo de identificar as necessidades dos ACS, buscando responder às lacunas identificadas, a teoria da autoeficácia foi fundamental, pois contribuiu para a qualificação dos ACS, elevando-se a capacidade destes para enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes, sendo a autoeficácia um dos pontos mutáveis neste processo, podendo ser ponto de intervenção.

Um resumo sobre os conteúdos incluídos na cartilha educativa que subsidiaram a elaboração das ilustrações e cenas, bem como as estratégias de sua elaboração objetivando-se o alcance dos pressupostos da teoria da autoeficácia estão expostos no Quadro 1.

Quadro 1. Categorização do conteúdo da cartilha educativa a partir dos pressupostos para autoeficácia.

Página(s) da Cartilha	Resumo da Cena	Informações identificadas na Revisão Integrativa (lacunas de conhecimento/dificuldades de atuação do ACS para enfrentamento)	Informações identificadas nos Grupos Focais (lacunas/dificuldades de atuação do ACS para enfrentamento)	Estratégias adotadas para elaboração do material para alcance da teoria da autoeficácia
	A enfermeira explica sobre a violência ao ACS.	O estímulo ao enfrentamento e abordagem acerca da violência com o ACS ainda é escasso.	A violência é compreendida em partes, pelo ACS, entretanto uma compreensão rasa, sem aprofundamento.	Utilização de linguagem de fácil compreensão e ilustrações do ambiente de trabalho do ACS na ESF
	A ACS durante a visita domiciliar identifica o caso de violência contra criança.	Mesmo com a proximidade da comunidade, a falta de capacitação para ACS deixa-o inapto a atuar no enfrentamento da violência.	O déficit de conhecimento que o ACS apresenta sobre o tema, o faz sentir-se receoso para intervir nos quadros de violência doméstica contra criança e o adolescente.	Personagens familiares ao público alvo e comunidade com características similares aos locais onde os grupos focais foram realizados

	<p>A enfermeira discorre acerca da rede de enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes.</p>	<p>Afragilidade das relações entre APS e outros órgãos, principalmente, que não são da esfera de saúde como o Ministério Público e o Conselho Tutelar, prejudicam no enfrentamento da violência.</p>	<p>O ACS desconhece a função dos órgãos e profissionais dentro da rede de enfrentamento, assim ficam em dúvida de como devem agir e para onde direcionar os casos de violência doméstica contra criança e adolescente.</p>	<p>Linguagem de fácil compreensão e demonstração do conteúdo através de ilustrações para proporcionar captação da mensagem pelo leitor.</p>
	<p>A enfermeira fala sobre a necessidade de empoderamento do ACS e as formas de aquisição de conhecimento sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes.</p>	<p>Extrema necessidade de capacitações para o ACS. Os treinamentos são eficazes e permitem que o profissional sinta-se mais confiante para lidar com a violência. Profissionais por falta de conhecimento, sentem-se intimidados em trabalhar essa temática.</p>	<p>O ACS sente-se inseguro por falta de suporte da própria equipe de saúde, medo de represálias e da falta de confidencialidade.</p>	<p>Uso de voz ativa pelos personagens. Utilização de frases para proporcionar autoeficácia ao leitor e uso de ilustrações em local familiar e personagens com características semelhantes ao leitor</p>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Conclusão

O desenvolvimento da cartilha educativa foi contemplado através da realização da revisão integrativa e de um processo mútuo de colaboração entre os Agentes Comunitários de Saúde por meio de grupos focais, onde se valorizou a participação dos sujeitos na formação de conhecimento. A obtenção de informações por estas estratégias e a mediação pelos pressupostos da teoria da autoeficácia na elaboração da cartilha educativa deram cientificidade ao material construído, trazendo maior rigor à tecnologia, apresentando-se como um material de linguagem clara, de fácil compreensão e na voz ativa, com personagens familiares ao público-alvo e situações semelhantes vivenciadas pelos mesmos.

O processo de construção foi permeado por desafios, desde o processo de incorporação da teoria da autoeficácia, onde o receio de não colocar informações julgadas como essenciais poderiam

comprometer o conteúdo da mensagem ou seu objetivo. Contudo, incorporou-se os pressupostos da teoria da autoeficácia abordados, desde as características dos personagens, a formação das frases, a voz ativa e os locais de trabalhos dos participantes.

Como limitação do estudo tem-se a não realização da validação por juízes especialistas, fase que será desenvolvida posteriormente e que poderá contribuir para lapidação da tecnologia, e posteriormente, utilização e análise através do público alvo.

Por fim, levando-se em consideração a complexidade do fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes, o estudo não tem a pretensão de esgotar a abordagem sobre o tema, mas auxiliar no enfrentamento do mesmo, através da qualificação de uma classe de profissionais de saúde

atuantes na APS, mediante o uso de tecnologia educativa.

Referências

1. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec. 2002.
2. Souza GSL, Ribeiro, MRR. Construção de manual sobre cirurgia segura para profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2017; 22(1):01-05.
3. Nespoli G. Os domínios da Tecnologia Educacional no campo da Saúde. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(47):873-84.
4. Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTGM, Reis TB, Fernandes, MLC. Violência contra criança: cotidiano de profissionais na atenção primária à saúde. *Rev Rene.* 2016; 17(5):593-601.
5. Cezar PK, Arpini DM, Goetz, ER. Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes. *Psicol Cienc Prof.* 2017; 37(2):432-445.
6. Rocha NHN, Bevillacqua PD, Barletto M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. *Trab Educ Saúde.* 2015; 13(3):597-615.
7. Vallegas AB, Souza AC, Sanches LS, Alves LA. A educação permanente em saúde no processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. *RSD.* 2020; 9(4):e129942962.
8. Albuquerque AFL, Pinheiro AKB, Linhares FMP, Guedes TG. Tecnologia para o autocuidado da saúde sexual e reprodutiva de mulheres estomizadas. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(6):1164-1171.
9. Guimarães EMP, Godoy, SCB. Educação permanente: uso das tecnologias de informação e comunicação como ferramenta para a capacitação profissional. *REME.* 2008; 12(4):451.
10. Barros M, Batista ACS. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Rev Espaço Acadêmico.* 2010; 10(112):1-9.
11. Lecal, PLP. Teorías de bandura aplicadas al aprendizaje. *Innovacion y experiencias educativas.* 2009; 54:1-8.
12. Bandura A. A Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977; 84(2):191-215.
13. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed. 2018.
14. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(5):754-7.
15. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saúde.* 2011; 35(4):438-442.
16. Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist.* 1993; 28(2):117-148.
17. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MG. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da atenção primária à saúde. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(3):537-544.
18. Dosari MS, Ferwana M, Addulmajeed I, Aldrossari KK, AL-ZAHRANI, JM. Parent's perceptions about child abuse and their impact on physical and emotional child abuse: a study from primary health care centers in Riyadh, Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2017; 24(2):79-85.
19. Porto RTS, Bispo Júnior JP, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da estratégia saúde da família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Rev Saúde Coletiva.* 2014; 24(3):787-807.
20. Ramos MLC, Silva AL. Estudo sobre violência doméstica contra a criança em unidades básicas de saúde do município de São Paulo - Brasil. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):136-146.
21. Moreira GAR, Vieira LJES, Derlandes SF, Pordeus MA, Gama IS, Brilhante AVM. Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(10):4267-4276.
22. Andrade EM, 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):147-155.

23. Egry EY, Apostólico MR, Moraes TCP, Lisboa CCR. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it? Rev Bras Enferm. 2017; 70(1):113-19.

24. Apostólico MR, Hino O, Egry EY. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. Rev Esc Enferm. 2013; 47(2):320-327.

25. Talsma M, Brstrom KB, Ostberg AL. Facing suspected child abuse – what keeps Swedish general practitioners from reporting to child protective services? Scand J Prim Health Care. 2015; 33(1):21-26.

26. Moreira MF, Nóbrega MML, Silva MIT. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. Rev Bras Enferm. 2003; 56(2):184-188.