

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO

TALITA HELENA MONTEIRO DE MOURA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *SELF-EFFICACY IN INFANT  
CARE SCALE* PARA O BRASIL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA  
VERSÃO BRASILEIRA**

RECIFE

2015

**TALITA HELENA MONTEIRO DE MOURA**



**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *SELF-EFFICACY IN INFANT CARE SCALE* PARA O BRASIL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA VERSÃO BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Saúde da Família nos cenários do cuidado de Enfermagem

**Grupo de Pesquisa:** Cuidando da criança e família

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Luciana Pedrosa Leal

**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

RECIFE  
2015

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M929a Moura, Talita Helena Monteiro de.  
Adaptação transcultural da *self-efficacy in infant care scale* para o Brasil e validação de conteúdo da versão brasileira / Talita Helena Monteiro de Moura. – Recife: O autor, 2015.  
195 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Luciana Pedrosa Leal.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cuidado da criança. 2. Autoeficácia. 3. Estudos de validação. 4. Educação em saúde. 5. Enfermagem pediátrica. I. Leal, Luciana Pedrosa (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2015-118)

**TALITA HELENA MONTEIRO DE MOURA**

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *SELF-EFFICACY IN INFANT CARE SCALE* PARA O BRASIL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA  
VERSÃO BRASILEIRA**

Dissertação aprovada em: 11 de fevereiro de 2015

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Pedrosa Leal – UFPE (Presidente)

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cleide Maria Pontes – UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marly Javorski – UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lorena Barbosa Ximenes – UFC

RECIFE

2015

*Dedico àqueles que me encorajaram a enfrentar novos desafios: meus pais e meu esposo.*

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS** por me guiar em todos os momentos, Ele é poderoso para fazer mais do que pedimos ou pensamos.

Aos meus pais, **José Salustiano de Moura e Zíbia Monteiro de Freitas Moura**, que sempre estiveram presentes nesta caminhada, por todos os ensinamentos e pela dedicação dada a mim para alcançar meus objetivos.

Ao meu esposo **Israel dos Santos Silva Monteiro** por estar sempre ao meu lado, compreender os momentos de ansiedade, ajudar-me a lutar e a concretizar meus sonhos.

Ao meu tio **Ozéas Monteiro de Freitas** (*in memoriam*) pelo exemplo de solidariedade e amor ao próximo. Agradeço seu cuidado especial com a nossa família.

A todos os meu **familiares**, pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Luciana Pedrosa Leal** pelos ensinamentos essenciais na condução deste trabalho, pela dedicação, paciência e compromisso.

À minha coorientadora, a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Maria Gorete Lucena de Vasconcelos** pelo apoio que me proporcionou.

Às **mães** e às **especialistas** participantes, pelas contribuições fundamentais para a concretização deste estudo.

Ao Prof<sup>o</sup> **Alessandro Henrique da Silva Santos** pelas orientações de análise dos dados e paciência.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE**, pela valiosa contribuição na minha formação profissional.

Às docentes, Dr<sup>a</sup> **Marly Javorski**, Dr<sup>a</sup> **Cleide Maria Pontes** e Dr<sup>a</sup> **Lorena Barbosa Ximenes** por terem aceitado ao convite para participarem como membros da banca examinadora.

Aos **colaboradores da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE**, pela contribuição diária nestes dois anos.

Aos meus eternos mestres que foram essências em minhas escolhas profissionais: **Itamar Lages, Dulcilene Araújo, Edjaneide Silva e Francijane Diniz**.

Aos **Colegas da Turma 4 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE** pelos vínculos que formamos, apoio e aprendizado.

*“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”. (Isaac Newton)*

*“O coração do homem traça o seu caminho, mas o Senhor lhe dirige os passos. Confia ao Senhor as tuas obras e os teus desígnios serão estabelecidos.”  
(Provérbios 16.9,3)*

MOURA, Talita HM. **Adaptação Transcultural da *Self-efficacy in Infant Care Scale* para o Brasil e validação de conteúdo da versão brasileira.** Recife-PE: UFPE, 2015. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2015.

## RESUMO

A consulta de enfermagem em puericultura oferece assistência sistematizada à criança e sua família utilizando a educação em saúde para orientar e apoiar as práticas de cuidado de promoção à saúde. A confiança em desempenhar com sucesso o cuidado da criança é definida como autoeficácia no cuidado, que pode ser avaliada por meio de instrumentos para identificar as dificuldades da mãe e planejar estratégias educativas específicas. Nesse contexto, o objetivo desta dissertação foi adaptar a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) para a realidade cultural do Brasil. Pesquisa metodológica desenvolvida em duas fases: tradução e adaptação transcultural; e validação de conteúdo. Foram elaborados dois artigos, o primeiro: “Cuidados domiciliares para a promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa”, buscou responder a questão: quais os cuidados realizados no domicílio voltados a promoção da saúde da criança no Brasil? As publicações foram selecionadas pelas bases: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e no portal US National Library of Medicine (MEDLINE). Os descritores utilizados foram: Lactente, Cuidado do lactente, Promoção da saúde, Família, Saúde da criança e Bem-estar da criança, com suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH). Foram selecionados 11 artigos, os resultados foram categorizados de acordo com os domínios da SICS: promoção do desenvolvimento, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. Os resultados evidenciaram, sobretudo, cuidados voltados às necessidades gerais de saúde, com destaque nos cuidados técnicos e suprimento das necessidades biológicas da criança. O segundo artigo: “Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo da *Self-efficacy in Infant Care Scale* para o Brasil” descreve o processo de adaptação transcultural que seguiu as etapas: tradução inicial, síntese das traduções, back-translation, comitê de juízes e pré-teste da versão final. A validação de conteúdo foi realizada por meio da análise de oito especialistas e análise semântica por 30 mães de crianças de 0 a 12 meses, acompanhadas na puericultura no Distrito Sanitário V do município de Recife, PE. Os itens foram avaliados quanto à clareza e compreensão, associação com a autoeficácia, relevância e grau de relevância, utilizando os índices de

concordância (IC) e de validade de conteúdo (CVI). O CVI final da escala (S-CVI/Ave) foi de 0,959. O IC, em relação à compreensão após análise semântica foi de 0,983. Todos os dados foram analisados utilizando o IBM SPSS Statistics versão 18.0 for Windows. A escala adaptada consta de 43 itens. Na assistência de enfermagem à criança é comum o grande volume de informações, por isso, espera-se que a SICS contribua na otimização do tempo da consulta de puericultura, por meio da seleção de informações oriundas da confiança do cuidador e que subsidie o planejamento de ações educativas direcionadas às dificuldades no cuidado. Recomenda-se a avaliação das propriedades psicométricas para a continuidade do processo de validação.

**Palavras-chave:** Cuidado da criança. Autoeficácia. Estudos de Validação. Educação em Saúde. Enfermagem Pediátrica.

MOURA, Talita HM. **Transcultural adaptation of *Self-efficacy in Infant Care Scale* for Brazil and the content validation of brazilian version.** Recife-PE: UFPE, 2015. 195 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, 2015.

### **ABSTRACT**

The nursing consultation in child care offers systematic assistance to children and their families using health education to guide and support in child care practices that promote health. Trust in play successfully child care is defined as self-efficacy in care, which can be evaluated by means of tools to identify problems and plan specific educational strategies. In this context, the aim of this work was to adapt the *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) to the cultural reality of Brazil. Methodological research developed in two phases: translation and cultural adaptation; and validating content. Two articles, the first were prepared: "Home care for child health promotion in Brazil: an integrative review" sought to answer the question, what the care provided at home facing the promotion of child health in Brazil? The publications were selected by bases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and portal US National Library of Medicine (MEDLINE). The descriptors used were: Infant, Infant care, Health promotion, Family, Child Health and Well-being of children, with their translations standardized at the Medical Subject Heading. 11 articles were selected, the results were categorized according to the areas of SICS: promoting development, general health care, safety and diet. The results showed, above all, focused care to the general health needs, especially in the technical care and supply of the child's biological needs. The second article, "Cross-Cultural Adaptation and Content Validation of *Self-efficacy in Infant Care Scale* to Brazil" describes the cross-cultural adaptation process that followed the steps: initial translation, synthesis of translations, back-translation, expert committee and pre -test the final version. The content validation was performed by analysis of eight experts and semantic analysis for 30 mothers of children 0-12 months accompanied in child care in the Health District V in the city of Recife. The items were evaluated for clarity and understanding, associated with self-efficacy, relevance and degree of relevance, using the concordance rates (IC) and content validity (CVI). The final CVI range (S-CVI/Ave) was 0,959. The index, when compared to the understanding after semantic analysis was 0,983. All data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 18.0 for Windows. The adapted scale consists of 43 items. In pediatric nursing care is the common wealth of information, so it is expected that

the SICS contribute in the optimization of childcare query time by the selection of information from reliable caregiver and subsidize planning educational activities directed to the difficulties in care. It is recommended to determine the psychometric properties for the continuity of the validation process.

**Keywords:** Child care. Self-efficacy. Validation Studies. Health Education. Pediatric Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### MÉTODOS

**Figura 1** Representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural ----- 48

**Quadro 1** Critérios de seleção para os especialistas. Recife-PE, 2014----- 53

### RESULTADOS - REVISÃO INTEGRATIVA

**Figura 1** Fluxograma do processo de seleção dos estudos. Recife, 2013 ----- 63

**Quadro 1** Descrição das publicações selecionadas de acordo com autor, ano de publicação, tipo de estudo, idioma, população, amostra, objetivos e resultados com ênfase nos cuidados à criança. Recife, 2013 ----- 64

## LISTA DE TABELAS

### MÉTODOS

<b>Tabela 1</b> Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife, 2013-----	44
---	----

### RESULTADOS - REVISÃO INTEGRATIVA

<b>Tabela 1</b> Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife, 2013-----	60
---	----

<b>Tabela 2</b> Síntese dos cuidados voltados à promoção da saúde da criança segundo os domínios da Self-efficacy in Infant Care Scale – SICS. Recife, 2013-----	66
--	----

### RESULTADOS – ARTIGO ORIGINAL

<b>Tabela 1</b> Itens da escala aplicada aos especialistas que foram modificados na validação de conteúdo. Recife, 2014. -----	82
--	----

<b>Tabela 2</b> Clareza e compreensão, Autoeficácia, Relevância e Índice de Validação de Conteúdo para cada item da SICS. Recife, 2014. -----	83
---	----

<b>Tabela 3</b> Itens da escala aplicada às mães que foram modificados na validação de aparência. Recife-PE, 2014. -----	85
--	----

### APÊNDICES

<b>Tabela 1</b> Tempo do preenchimento da escala no pré-teste. Recife-PE, 2014-----	154
---	-----

<b>Tabela 2</b> Tempo do preenchimento da escala na validação de aparência. Recife-PE, 2014 -----	154
---	-----

<b>Tabela 3</b> Características socioeconômicas das mães cadastradas numa USF DS V. Recife-PE, 2014 -----	155
---	-----

<b>Tabela 4</b> Ajuda para o cuidado com a criança segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 -----	156
---	-----

<b>Tabela 5</b> Características do domicílio segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 -----	157
---	-----

<b>Tabela 6</b> Compreensão das mães acerca dos itens da escala aplicada no pré-teste, Recife 2014 -----	158
--	-----

<b>Tabela 7</b> Características socioeconômicas das mães cadastradas numa USF DS V. Recife-PE, 2014 -----	177
<b>Tabela 8</b> Ajuda para o cuidado com a criança segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 -----	178
<b>Tabela 9</b> Características do domicílio segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 -----	179
<b>Tabela 10</b> Média do escore da confiança em realizar os cuidados com o filho, segundo mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 -----	180
<b>Tabela 11</b> Compreensão das mães acerca dos itens da escala aplicada na validação de aparência, Recife-PE, 2014 -----	181

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- APS** Atenção Primária à Saúde
- BDENF** Base de Dados de Enfermagem
- BSES** *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*
- CASP** Critical Appraisal Skills Programme
- CEP** Comitê de Ética e Pesquisa
- CINAHL** Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
- CNPq** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** Conselho Nacional de Saúde
- DECS** Descritores em Ciências da Saúde
- DP** Desvio Padrão
- DS** Distrito Sanitário
- EAPDI** Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil
- IC** Índice de Concordância
- ICS** *Infant Care Survey*
- I-CVI** Validade de conteúdo dos itens individuais
- IVC** Índice de Validade de Conteúdo
- LDB** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- LILACS** Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MEDLINE** US National Library of Medicine
- MES** Ministério da Educação e Saúde
- MESH** Medical Subject Heading
- ONU** Organização das Nações Unidas
- PAISC** Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
- PAISM** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
- PAISMC** Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
- PES** *Parent Expectations Survey*
- PHPN** Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
- PNAISC** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PUBMED** US National Library of Medicine
- S-CVI** Validade de Conteúdo da Escala Global

**S-CVI/Ave** Média dos índices de validação de conteúdo I-CVIs

**SICS** *Self-efficacy in Infant Care Scale*

**SPSS** Statical Package for Social Science

**SUS** Sistema Único de Saúde

**TCLE** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**USF** Unidade de Saúde da Família

**WHO** World Health Organization

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> -----	19
2	<b>OBJETIVOS</b> -----	25
2.1	<b>Geral</b> -----	25
2.2	<b>Específicos</b> -----	25
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> -----	26
3.1	<b>Ações e estratégias públicas de atenção à saúde da criança</b> -----	26
3.2	<b>Cuidado da criança no contexto familiar</b> -----	29
3.3	<b>Teoria da Autoeficácia</b> -----	33
3.4	<b>Escala de Autoeficácia no Cuidado da Criança</b> -----	36
3.5	<b>Tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo de instrumentos</b> -----	37
3.6	<b>A educação em saúde para a promoção do cuidado da criança</b> -----	40
4	<b>MÉTODOS</b> -----	43
4.1	<b>Primeiro artigo: Cuidados domiciliares para a promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa</b> -----	43
4.1.1	1ª Etapa: Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa -----	43
4.1.2	2ª Etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem -----	43
4.1.3	3ª Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos -----	46
4.1.4	4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa -----	46
4.1.5	5ª Etapa: Interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento -----	47
4.2	<b>Segundo artigo: Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo da <i>Self-efficacy in Infant Care Scale</i> para o Brasil</b> -----	47
4.2.1	Tipo de estudo -----	47
4.2.2	Primeira fase: Aplicação do Protocolo de Tradução e Adaptação Transcultural -----	47
4.2.2.1	<u>Etapa I: Tradução Inicial</u> -----	48
4.2.2.2	<u>Etapa II: Síntese das Traduções</u> -----	48
4.2.2.3	<u>Etapa III: Tradução de volta ao idioma original</u> -----	49

4.2.2.4	<u>Etapa IV: Comitê de Juízes</u> -----	49
4.2.2.5	<u>Etapa V: Pré-teste da versão final</u> -----	50
4.2.2.5.1	<i>Análise dos dados do pré-teste</i> -----	51
4.2.3	Segunda fase: Validação de conteúdo da SICS – versão brasileira -----	52
4.2.3.1	<u>Análise dos especialistas</u> -----	53
4.2.3.2	<u>Validação de Aparência</u> -----	55
4.2.3.2.1	<i>Análise dos dados</i> -----	55
4.2.4	Aspectos éticos e legais -----	55
5	<b>RESULTADOS</b> -----	57
5.1	<b>Artigo de revisão integrativa</b> -----	57
5.2	<b>Artigo Original</b> -----	74
6	<b>CONCLUSÕES</b> -----	93
	<b>REFERÊNCIAS</b> -----	94
	<b>APÊNDICES</b> -----	106
	APÊNDICE A - <i>Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)</i> – versão original -----	107
	APÊNDICE B - Versões produzidas nas traduções iniciais e síntese das traduções (T12) -----	110
	APÊNDICE C - Versões produzidas nas <i>back-translation</i> e síntese das <i>back-translation</i> (BT12) -----	117
	APÊNDICE D - Representação gráfica do Protocolo de Tradução e Adaptação Transcultural -----	123
	APÊNDICE E - Orientações para proceder a análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual -----	124
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	143
	APÊNDICE G - Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança (Pré-teste) -----	145
	APÊNDICE H - Questionário Sócioeconômico para as Mães -----	153
	APÊNDICE I - Tempo de preenchimento da escala aplicada no pré-teste e na validação de aparência-----	154
	APÊNDICE J - Características socioeconômicas das mães, ajuda para o cuidado com a criança e características do domicílio -----	155
	APÊNDICE K - Resultados Pré-teste/Adaptação transcultural -----	158

APÊNDICE L - Carta aos Especialistas -----	160
APÊNDICE M - Características dos Especialistas -----	161
APÊNDICE N - Validação do Conteúdo da Escala Traduzida -----	162
APÊNDICE O - Validação de Aparência com as Mães -----	169
APÊNDICE P - Características socioeconômicas das mães, ajuda para o cuidado com a criança e características do domicílio -----	177
APÊNDICE Q - Resultados da Validação de Aparência -----	180
APÊNDICE R - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães -----	183
APÊNDICE S - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável legal pela menor de 18 anos -----	185
APÊNDICE T - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos -----	187
APÊNDICE U - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os especialistas -----	189
<b>ANEXOS -----</b>	<b>191</b>
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa-	192
ANEXO B - Autorização da Dr <sup>a</sup> Tassanee Prasopkittikun -----	194
ANEXO C - Carta de Anuência -----	195

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de cuidar em cada ciclo de vida deve envolver o contexto familiar. A concepção de família, de forma sistêmica, valoriza o vínculo afetivo entre os indivíduos que se constitui em associações livres e espontâneas, abertas à integração com outras redes: vizinhos, amigos. Nesse sentido, a concepção moderna de família supera os limites de uma visão funcional e conservadora baseada apenas nos laços de consanguinidade<sup>1,2</sup>.

No processo de cuidar da família, a equipe de saúde deve estimular a construção de uma rede que sirva de apoio à família. No acompanhamento da criança, por exemplo, cabe à equipe de saúde compreender e orientar aos pais sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade<sup>1</sup>. Este é um processo que transcende as relações biológicas, assim, pai e mãe são aqueles que estabelecem uma relação de vínculo por afetividade. No exercício da função parental, os pais passam a compreender quais as atribuições que caracterizam seu papel e o diferencia do seu filho<sup>3</sup>.

Em se tratando da organização familiar, a maternidade é incorporada pelo gênero feminino desde a infância, por exemplo, por meio das brincadeiras com bonecas que estimulam a execução do papel de mãe. Isso contribui com a concepção de que cuidar da criança é uma característica da mulher. Esse modelo tem passado por modificações ao longo do tempo, porém, as tradicionais divisões de papéis ainda persistem e confundem as novas relações de homens e mulheres no que diz respeito às suas responsabilidades na família<sup>4</sup>.

Quando houve a inserção das mulheres no mundo do trabalho, especialmente nos anos 1970 e 1980, elas também tornaram-se provedoras financeiras da família. Essas mudanças suscitaram a reflexão sobre o papel do pai na família e no desenvolvimento da criança<sup>5</sup>. A mulher passou a dividir com o homem as demais responsabilidades na família e ele a desempenhar atividades que anteriormente eram apenas da mulher<sup>6</sup>. A vigência de novas condições no contexto da família, a inserção feminina no mundo de trabalho, as avós das crianças e outras pessoas da rede familiar trabalham ou residem em local distante, todas essas situações contribuíram para surgir a necessidade do apoio da rede social<sup>5</sup>.

A criança, principalmente nos primeiros três anos de idade, é totalmente dependente do adulto, o que caracteriza o déficit de autocuidado, devido à imaturidade para cuidar de si mesma. Durante o processo de crescimento e desenvolvimento demanda atenção e cuidado por parte das pessoas que a acompanham, sendo os pais ou responsáveis essenciais para acompanhá-la e protegê-la de possíveis agravos tais como acidentes, doenças transmissíveis e infecções<sup>7,8</sup>. No entanto, eles necessitam de apoio e orientação para realizar os cuidados que

promovam à saúde da criança. Para tanto, inúmeros programas foram criados no Brasil com o objetivo de investir na assistência à criança<sup>1</sup>.

Em 1937, foi instituído o primeiro programa com ações voltadas à infância, maternidade e adolescência. As atividades eram desenvolvidas por meio do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES) com objetivo de prestar atendimento à mãe e seu filho e combater a mortalidade infantil. A fim de contribuir com a redução da morbimortalidade da mulher e da criança foi criado em 1975 o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil<sup>9</sup>.

Em 1983, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) desmembrado no ano seguinte em: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)<sup>9</sup>. Entre as prioridades dos programas instituídos pelo Ministério da Saúde ao longo do tempo estavam: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal; melhoria do acesso aos serviços de saúde, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido<sup>10</sup>.

A partir da década de 1980, fatores socioeconômicos e demográficos, ações voltadas à diminuição da pobreza e programas de transferência de renda contribuíram com mudanças nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde que afetaram os indicadores de saúde infantil<sup>11,12</sup>. Entre as estratégias do governo federal para a promoção à saúde da criança destaca-se a expansão da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família que realiza ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde<sup>13,14</sup>.

A atenção ao pré-natal, terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno exclusivo e imunização foram medidas determinantes na redução da mortalidade infantil<sup>15</sup>. A taxa de mortalidade em crianças com menos de cinco anos passou de 53,7 em 1990, para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011, alcançando a meta de redução da mortalidade na infância. Este índice ainda elevado direciona o investimento em programas e ações voltados à essa área<sup>16</sup>.

Na atenção primária, destaca-se a consulta de enfermagem em puericultura que visa prestar assistência sistematizada à criança e sua família. Tendo em vista a vulnerabilidade da criança e a necessidade de acompanhamento sistematizado do crescimento e desenvolvimento, considera-se a consulta de enfermagem indispensável à vigilância desse processo. Nesse contexto, é fundamental que o enfermeiro forneça informações no sentido de orientar e apoiar a família para o cuidado da criança, incentivando-a a agir de maneira autônoma no atendimento de suas necessidades de saúde<sup>7</sup>. O despreparo e a menor autonomia

nos cuidados a saúde das crianças influenciam na autoeficácia dos cuidadores em realizar procedimentos básicos<sup>7</sup>.

O conceito de autoeficácia consiste na crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos<sup>17</sup>. A autoeficácia pode ser entendida a partir de duas vertentes: a generalizada, relacionada à percepção geral sobre a eficácia, e a específica sobre os diversos domínios do funcionamento humano. Ambas representam dimensões complementares da autoeficácia<sup>18</sup>. A partir da análise do indivíduo em relação à sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de um domínio específico ou situação particular de funcionamento, este pode se considerar muito eficaz em determinado domínio e menos em outro<sup>17,19,20</sup>. A autoeficácia influencia como as pessoas pensam, sentem, motivam-se e agem na regulação e manutenção do comportamento. Os julgamentos da autoeficácia são baseados em quatro fontes de informação: experiência pessoal, experiência vicária, persuasão verbal e estado emocional e fisiológico<sup>21</sup>.

A experiência pessoal pode ser considerada a fonte de informação mais importante e imediata. Uma experiência positiva aumenta a autoeficácia enquanto a negativa diminui, principalmente quando acontece no início do processo de aprendizagem. A experiência vicária, consiste em compartilhar a experiência de pessoas próximas ao indivíduo, que podem servir como modelos com informações sobre o grau de dificuldade de um comportamento específico. O modelo precisa ter as mesmas características do observador que sejam relevantes para executar um dado comportamento<sup>22</sup>. A persuasão verbal pode complementar outras fontes de autoeficácia quando pessoas experientes convencem outras de seu potencial e habilidade para assumir um comportamento. O estado emocional e fisiológico positivo aumenta a autoeficácia enquanto experiências como ansiedade, fadiga ou estresse podem diminuir<sup>22</sup>.

Para usar o conceito de autoeficácia no cuidado da criança deve-se avaliar as crenças de eficácia por meio de instrumentos. Existem alguns instrumentos, como o Infant Care Survey desenvolvido por Froman e Owen cujo foco está na dieta, segurança e cuidado da saúde da criança. O Parent Expectations Survey proposto por Reece que avalia a parentalidade precoce; e o Maternal Efficacy Questionnaire de Tetiand Gelfand que avalia a autoeficácia materna, abordando principalmente os aspectos afetivos<sup>23,24,25</sup>.

Além dessas escalas, existe a Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS) que foi criada por Prasopkittikun Tassanee et al. (2006) partindo do pressuposto de que as escalas que existiam até então, não abordavam o conjunto completo de atividades e situações que envolvem o cuidado da criança. Por isso, a SICS foi elaborada no formato de um questionário

autoadministrado a fim de avaliar a autoeficácia no cuidado da criança e foi validada por meio das opiniões de mães tailandesas<sup>26</sup>.

A SICS foi inicialmente composta por 67 itens testada em 397 mães tailandesas com crianças menores de um ano de idade. A versão final contém quatro domínios: promoção do desenvolvimento, que envolve os estímulos, interação afetiva e a compreensão das necessidades da criança; cuidados gerais de saúde que consiste em prevenir agravos e condutas em caso de adoecimento; segurança que envolve medidas para prevenir acidentes domésticos e agravos à saúde; e dieta desde a higiene dos utensílios até a alimentação adequada para idade da criança<sup>26</sup>.

O teste preliminar para as propriedades psicométricas revelou que a SICS tem potencial para fins de pesquisa e de propriedades clínicas, uma vez que demonstrou consistência interna satisfatória, confiabilidade e estabilidade. O alfa de Cronbach estimado para a consistência interna foi de 0,96 e variou de 0,86-0,96. O coeficiente de confiabilidade teste-reteste para o total da escala foi de 0,93 ( $P < 0,001$ )<sup>27</sup>.

O uso de escalas na identificação da confiança da mãe durante o acompanhamento da criança na puericultura poderá proporcionar trocas de experiências e superação de dificuldades<sup>28</sup>. Entre as estratégias voltadas para a superação de dificuldades encontra-se a educação em saúde que é uma prática social e deve ser centrada na problematização do cotidiano e fundamentada na análise da realidade. As ações educativas planejadas conforme as necessidades de saúde da população devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde<sup>29</sup>.

As ações de educação em saúde são úteis na puericultura no processo de orientação sobre o cuidar do filho, detecção precoce de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, e nos distúrbios nutricionais<sup>6</sup>. Na consulta de enfermagem em puericultura geralmente o profissional verbaliza informações que considera importante sem utilizar um instrumento para investigar as necessidades maternas e sistematizar o atendimento. Nesse sentido, a quantidade de orientações à mãe pode dificultar a compreensão. A utilização da SICS como ferramenta para identificar a confiança da mãe na realização de ações específicas no cuidado da criança direcionará a seleção de informações, orientação mais eficiente, otimização no tempo do atendimento e facilitará a compreensão da mãe.

A SICS quando validada para o Brasil, irá contribuir na identificação das dificuldades da mãe, uma vez que envolve cuidados básicos voltados à promoção da saúde da criança, promoção do desenvolvimento, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. Será uma ferramenta de promoção à saúde da criança, pois, sua utilização dará subsídios para a

investigação sistematizada dos fatores que estão associados à autoeficácia no cuidado da criança, assim como pode possibilitar a identificação prévia da confiança da mãe sobre suas habilidades no desempenho desses cuidados.

Para que a escala seja válida e confiável à realidade do Brasil, é preciso traduzir, adaptar culturalmente e, posteriormente, verificar suas características psicométricas. A metodologia de validação de instrumentos é complexa e pouco conhecida pelos profissionais da saúde. Em contrapartida, ocorre o uso indiscriminado de instrumentos apenas adaptados ou validados de maneira pouco consistente<sup>30,31</sup>. Portanto, é necessário que pesquisadores e profissionais da área da saúde compreendam o procedimento de validação a fim de utilizar medidas e instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população<sup>32</sup>.

A tradução e a adaptação transcultural de um instrumento consiste em adaptar medidas para uso em idioma diferente do original. Esse processo deve ser conduzido de maneira criteriosa, entre as diversas maneiras para realizá-lo<sup>33,34,35</sup>, o protocolo sugerido por Beaton et al. (2007)<sup>36</sup> vem sendo adotado<sup>37,38</sup> devido à sua qualidade para atingir a equivalência entre a fonte original e o idioma alvo na trajetória metodológica de adaptação transcultural<sup>38</sup>.

Após o processo de adaptação do idioma original para o idioma alvo, recomenda-se verificar as propriedades psicométricas do instrumento. Nesse sentido, a validade e a confiabilidade são aspectos essenciais para avaliação da qualidade de um instrumento. A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe medir, avalia a capacidade de medir com precisão o fenômeno a ser estudado. Os métodos que podem ser utilizados nesse processo são: validação de conteúdo, validação relacionada ao critério e validação de constructo<sup>39</sup>. Neste estudo, após o processo de adaptação transcultural foi realizada a validação de conteúdo.

O uso da escala irá permitir ao profissional da saúde, no atendimento à criança, conhecer previamente o domínio em que o cuidador tem menor autoeficácia possibilitando assim, a seleção de informações, otimizar o tempo do atendimento e facilitar a compreensão sobre os cuidados para a promoção da saúde da criança. Dessa forma, pode minimizar agravos tais como acidentes, doenças transmissíveis e infecções e conseqüentemente promover a melhoria da qualidade de vida da criança.

O instrumento adaptado à realidade brasileira poderá ser utilizado por enfermeiros e outros profissionais da saúde, após a finalização do processo de verificação das propriedades psicométricas. A SICS será útil para redirecionar as orientações na consulta de puericultura de acordo com a necessidade da família e potencializar a efetividade das ações de educação em saúde frente às práticas de cuidados realizadas. Para tanto, este estudo teve como pergunta de

pesquisa: Qual a adaptação transcultural e a validade de conteúdo da *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) para a realidade brasileira?

Em consonância com o formato estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, essa dissertação foi estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro a introdução. O segundo capítulo apresenta a revisão da literatura, o terceiro refere-se aos métodos que nortearam os artigos de revisão integrativa e o artigo original. O quarto capítulo diz respeito aos resultados da dissertação apresentados em formato de dois artigos, sendo o primeiro, ‘Cuidados domiciliares para a promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa’, publicado no periódico *Online Brazilian Journal of Nursing*; o segundo trata-se do artigo original ‘Adaptação transcultural e validação de conteúdo da *Self-efficacy in Infant Care Scale* para o Brasil’ que será submetido a um periódico indexado com Qualis elevado para a área de Enfermagem. O quinto e último capítulo apresenta a conclusão da dissertação.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Adaptar a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) para a realidade cultural do Brasil.

### **2.2 Específicos**

Traduzir a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) para a língua portuguesa no contexto brasileiro.

Verificar a validade do conteúdo da *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS), versão brasileira, para detectar a autoeficácia das mães no cuidado da criança.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Ações e estratégias públicas de atenção à saúde da criança

A saúde infantil é um importante indicador das condições de vida da população<sup>11</sup>. Um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, estabelecidos pela World Health Organization (WHO) em 2000, assumidos por 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), está voltado para a redução da mortalidade na infância<sup>40</sup>.

Conforme o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, no período de 22 anos, houve diminuição de 47% da taxa mundial de mortalidade na infância, entretanto, ainda está distante da meta global que é reduzir 75%. No Brasil, a taxa de óbitos por mil nascidos vivos era 53,7 em 1990, e em 2011 passou para 17,7. A taxa de mortalidade diminuiu em todas as regiões do Brasil, e apresentou ritmo mais acelerado no Nordeste, sendo 6,6% a média de redução ao ano. Em 1990 a mortalidade nesta região era 2,5 vezes maior que no Sul, em 2011 a diferença foi de 1,6 vezes<sup>16</sup>.

Apesar do Brasil ter cumprido as metas para redução da mortalidade infantil, um número expressivo de mortes por causas que poderiam ser evitadas na atenção ao pré-natal, parto e ao recém-nascido, ainda persiste, pois, 70% das mortes de crianças menores de um ano acontecem no período neonatal, sendo a maioria no primeiro dia de vida. Para o enfrentamento deste problema foram criados diversos programas e políticas desde a década de 1980, cujo objetivo era proporcionar mudanças no modelo tecnoassistencial com ampliação do acesso aos serviços de saúde<sup>1</sup>.

No Brasil, a saúde infantil está presente na agenda política há várias décadas. O primeiro programa nesta área foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945), época da ditadura de Getúlio Vargas, com atividades voltadas para proteção à maternidade, infância e adolescência que eram desenvolvidas por meio do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil a fim de contribuir com a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher<sup>9</sup>.

Em 1983 o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) cujo objetivo era melhorar as condições de saúde, a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços. No ano seguinte, o PAISMC foi desmembrado em dois: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)<sup>9</sup>.

O PAISM foi estruturado com ações voltadas à saúde da mulher, enquanto o foco do PAISC era a saúde da criança com objetivo de reduzir a morbimortalidade na infância; monitorar o crescimento e o desenvolvimento; promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no primeiro ano de vida; melhorar a cobertura vacinal; identificar precocemente os processos patológicos e promover a educação, com ênfase na família<sup>9,10</sup>.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) lançado em 2000 teve como prioridades, entre outras, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal de forma que o objetivo primordial era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido<sup>41</sup>.

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil foi publicada em 2004, a fim de apoiar a organização da assistência à criança e contribuir com os gestores e profissionais da saúde, no que diz respeito à identificação das ações prioritárias nesta área<sup>42,43</sup>. A elaboração desta Agenda esteve relacionada aos altos índices de indicadores de mortalidade infantil e de internação por pneumonia e diarreia. Foram considerados os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e os Direitos da Criança e do Adolescente. Entre as estratégias para reduzir a mortalidade infantil estavam: a vigilância à saúde pela equipe de atenção básica; vigilância à saúde materna e infantil; educação continuada das equipes de atenção à criança e organização de linhas de cuidado<sup>43</sup>.

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004 e o Pacto pela Saúde publicado em 2006, também consistiram em estratégias para a redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil. Além de prever o conjunto de reformas institucionais nas três esferas de gestão para promover a melhoria dos serviços de saúde ofertados à população<sup>44</sup>.

Em consonância com os demais programas nacionais, o ‘Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011’ foi construído com foco no crescimento, bem-estar e na melhoria das condições de vida do cidadão brasileiro. Entre as prioridades estavam a prevenção de doenças e a promoção à saúde. Neste eixo, uma das medidas foi a implantação do projeto piloto da estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis”, cuja meta inicial era construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde das crianças até cinco anos, em cinco municípios de macrorregiões previamente identificadas com mais de 100 mil habitantes até 2011<sup>45</sup>. Esta estratégia trata-se de uma política intersetorial que visa à construção de novas ações para o crescimento e o desenvolvimento integral da criança, por meio da articulação de áreas e

setores do Ministério da Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Justiça. O objetivo desta estratégia foi desenvolver e implantar em territórios selecionados, medidas de proteção à Primeira Infância (zero a seis anos) a fim de garantir o desenvolvimento integral da criança com foco no vínculo estabelecido entre ela e o seu cuidador<sup>46</sup>.

A ação Brasil Carinhoso foi lançada em 2012, por meio do Plano Brasil Sem Miséria e atua como estratégia de enfrentamento da situação de extrema pobreza. Está articulado às políticas da saúde e educação, de modo que, envolve a participação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ministério da Saúde e Ministério da Educação<sup>47</sup>.

Diante das experiências do Ministério da Saúde a partir destes programas e políticas, e da necessidade de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil foi implementada em 2011 a Rede Cegonha. Entre os objetivos está o novo modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal. A Rede Cegonha está estruturada com base em quatro componentes: Pré-natal, parto e nascimento, Puerpério e atenção integral à saúde da criança e Sistema logístico: transporte sanitário e regulação<sup>48</sup>.

O conjunto de ações programáticas e estratégicas para a saúde da criança estão previstos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), aprovada em 2014. Foi construída com base em eixos que perpassam todas as redes de atenção à saúde, com ações desde a atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido até a prevenção do óbito infantil. Essa rede de atenção à saúde envolve: rede cegonha, pessoa com deficiência, urgência e emergência, atenção psicossocial e doenças crônicas<sup>49</sup>.

A Rede Cegonha baseia-se na articulação dos dispositivos de assistência ao parto e nascimento, no âmbito da atenção primária, secundária e terciária. O cuidado integral deve iniciar na maternidade, e a continuidade deve ser garantida em toda a sua linha de cuidado. Na Atenção Primária à Saúde (APS) está previsto o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe de saúde considerando as condições de vida da família, apoio ao aleitamento materno, imunizações e articulações intersetoriais no território para a construção do projeto terapêutico de cada criança/família<sup>48,1</sup>.

Nesse contexto, a consulta de puericultura objetiva acompanhar a criança saudável a fim de reduzir a incidência de agravos<sup>50</sup>. São preconizadas sete consultas durante o primeiro ano de vida para avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação, acompanhamento do estado nutricional, bem como orientações à família sobre os cuidados que contribuem para a promoção da saúde da criança<sup>1</sup>. Portanto, é fundamental que no

processo de cuidar, a equipe de saúde considere a criança no contexto socioeconômico, cultural e familiar para direcionar as ações de prevenção de agravos e promoção à saúde<sup>51</sup>. A utilização de uma escala como a SICS, para identificar a confiança da mãe em realizar os cuidados da criança é uma ferramenta para conhecer o domínio em que a mãe tem menor autoeficácia e, selecionar as informações na consulta de puericultura. Além de otimizar o tempo do atendimento, valorizar o conhecimento prévio a respeito dos cuidados, pode facilitar a compreensão e estimular a autonomia da mãe em realizar outros cuidados para promoção da saúde.

### **3.2 Cuidado da criança no contexto familiar**

As necessidades essenciais da infância estão relacionadas ao desenvolvimento intelectual, social, emocional e físico. Entre essas estão os relacionamentos sustentadores contínuos que são interações afetuosas entre a criança e uma pessoa tomada como referência, fundamentais para o desenvolvimento do sistema nervoso central. A segurança emocional depende de como ocorre a interação entre a criança e o adulto, que por sua vez deve envolver o cuidado sensível para que a criança se sinta amada<sup>52,53</sup>.

A interação entre a criança e o cuidador pode ocorrer durante a realização dos cuidados físicos, como higiene e alimentação. Além disso, a conversa, o brinquedo, a brincadeira são recursos para estabelecer a comunicação com a criança. O relacionamento entre a criança e o cuidador deve ser permeado por atenção e afetividade. Por meio do vínculo estabelecido entre eles, a criança reconhece o adulto como fonte de segurança e amor<sup>53</sup>.

A criança necessita de proteção física e, para tanto, a promoção da integridade corporal, assim como a prevenção e o tratamento de agravos, são essenciais. Os cuidados que proporcionam a integridade física e fisiológica incluem alimentação, higiene, sono, abrigo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, hábitos saudáveis, proteção contra acidentes e infecções bem como a detecção e tratamento precoce de agravos<sup>52,53</sup>.

Os cuidados para segurança da criança no sentido de evitar e prevenir acidentes na faixa etária de 0 a 6 meses envolvem principalmente proteção de quedas, queimaduras, sufocação, afogamentos, uso de medicamentos e acidentes no trânsito. Todos esses cuidados devem ser mantidos na faixa etária de seis meses a um ano, tendo em vista que a criança já anda sozinha e procura alcançar os objetos. Também devem envolver proteção de choques, intoxicação, segurança na cozinha e banheiro, objetos pontiagudos, cortantes ou que possam ser engolidos, substâncias corrosivas e atropelamentos<sup>1,54</sup>.

Entre 0 e 10 anos, paulatinamente a cada idade, aumenta a necessidade de medidas de proteção e de supervisão das atividades<sup>54</sup>. A interação da criança com os membros da família e com a rede social de proteção assegura a sua sobrevivência e a sua relação com o mundo, contribuindo para o seu desenvolvimento psicossocial<sup>1</sup>.

O respeito à singularidade da criança é o requisito para atender às necessidades de experiências que considerem as diferenças individuais. Pois, os diferentes temperamentos, habilidades físicas e sensoriais resultam da resposta ao ambiente e ritmo de desenvolvimento<sup>52,53</sup>. Cada criança apresenta características físicas e emocionais singulares, dessa forma o cuidado não pode ser padronizado, deve ser peculiar a cada uma<sup>55</sup>.

A criança necessita de experiências adequadas para adquirir as competências de acordo com as etapas de desenvolvimento<sup>53</sup>. As ações realizadas pelos cuidadores devem estimular e crescer novas interações, para que por meio das experiências, a criança alcance êxito nas competências de cada etapa de vida<sup>55</sup>. O desenvolvimento afetivo é o vínculo básico durante os dois primeiros anos. O vínculo que a criança forma com as pessoas influencia a interação de condutas, representações mentais e sentimentos<sup>1</sup>.

Dentre as necessidades essenciais da infância, o estabelecimento de limites e organização contribui para que a criança desenvolva a capacidade de empatia, confiança e estabeleça vínculo. Essas ações estão relacionadas à aprendizagem da convivência social. Quando os limites são determinados de maneira adequada, e são oferecidos incentivo e reconhecimento mediante suas realizações, ajuda a criança a construir seus próprios objetivos e desenvolver segurança, intimidade e vínculo<sup>53,54</sup>.

O vínculo emocional entre a criança e o cuidador começa a ser formado antes do nascimento. Após o nascimento, gradativamente esse vínculo é fortalecido, pois, o recém-nascido depende de alguém para atender suas necessidades físicas e psicossociais<sup>1</sup>. Conseqüentemente, o cuidador precisa realizar ações que atendam às necessidades da criança e promovam seu desenvolvimento<sup>53</sup>. Nesse sentido, cabe ao serviço de saúde contribuir com a família por meio de orientações gerais sobre os cuidados com a criança<sup>1</sup>.

A comunidade e a cultura também são essenciais para o desenvolvimento infantil. O apoio da rede social por meio de ações de assistência social, educacional ou de saúde representado pelas trocas realizadas entre as pessoas, levam a criança a perceber que pertence a um grupo familiar ou comunitário<sup>53,55</sup>.

Os cuidados fundamentais à criança estão relacionados às necessidades essenciais para o desenvolvimento. Na assistência à criança, o enfermeiro pode fornecer os cuidados, bem

como apoiar os cuidadores em sua realização. Para tanto, implica acolher a família, realizar escuta qualificada, estabelecer diálogo, vínculo e responsabilização<sup>56</sup>.

O cuidado das crianças realizado pelas famílias repercute na prevenção de doenças, promoção, e recuperação da saúde das mesmas<sup>57</sup>. Geralmente os cuidados das mães são permeados pelo saber científico e popular. Quando baseados nos saberes populares podem envolver o uso de chás de ervas, substâncias diante de episódios de cólicas intestinais e soluços, e a prática de benzimento. Contudo, há cuidadores que não confiam plenamente nas práticas populares, principalmente quando a criança adocece, nesses casos recorrem aos profissionais da saúde e seguem suas orientações<sup>58</sup>.

Um estudo realizado com cuidadoras comunitárias de crianças menores de três anos evidenciou que as formas de cuidar estão voltadas principalmente para a alimentação, higiene, segurança afetiva e física da criança. As cuidadoras afirmaram que brincar estimula a aprendizagem e socialização das crianças. Quanto às dificuldades em realizar o cuidado, relataram alguns aspectos do comportamento como choro e desobediência<sup>59</sup>.

A alimentação adequada para a criança nos primeiros anos de vida é fundamental para prevenir agravos, especialmente baixo peso, sobrepeso e anemia. O Ministério da Saúde recomenda amamentação exclusiva até os seis meses e, a partir daí, oferecer também alimentos complementares três vezes ao dia. Quanto às crianças desmamadas, devem receber cinco refeições ao dia, sendo respeitada a sua vontade. É importante incentivar o consumo de frutas, verduras e legumes e evitar o açúcar e outras guloseimas nos primeiros anos de vida<sup>60</sup>.

Após os primeiros seis meses de vida, a introdução adequada da alimentação complementar é fundamental para promover o crescimento e desenvolvimento, e também prevenir doenças. Apesar do avanço alcançado na prática da amamentação ao longo das últimas décadas no Brasil, a prevalência do aleitamento materno ainda está insatisfatória, de modo que em 2009 a prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi 41%<sup>57,61</sup>.

A situação da nutrição infantil no Brasil ainda não atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Isso pode estar relacionado a problemas culturais, socioeconômicos, psicológicos e biológicos que influenciam nas práticas alimentares saudáveis<sup>62</sup>. A concretização dos direitos que garantem a alimentação adequada às crianças menores de dois anos de idade, além da participação dos profissionais da saúde nas ações de promoção e da execução por parte dos cuidadores, depende da definição de políticas governamentais e da participação da sociedade<sup>57</sup>.

As práticas de alimentação infantil recebem influência da cultura; situação socioeconômica; nível educacional e a rede de apoio social, especialmente as avós. A mudança no tipo de alimentação e erros alimentares geram risco de desnutrição no primeiro ano de vida. Ressalta-se a necessidade de ações de educação em saúde para orientar as gestantes e mães sobre alimentação da criança<sup>63</sup>.

Nas ações de promoção à saúde da criança, além da alimentação adequada, destaca-se as práticas de higiene. Nesse sentido, a criança depende dos cuidados dos adultos, por isso, o conhecimento e a maneira como a família cuida, principalmente quando se trata de recém-nascidos, devem ser considerados. Há situações em que predomina a insegurança da mãe na prestação dos cuidados relacionados à higiene, como troca de fraldas e banho<sup>64</sup>.

Os produtos específicos para higiene infantil devem ser usados com atenção, uma vez que a pele do recém-nascido, de lactentes e crianças requer cuidados especiais que preservem a sua integridade. Devem ser evitados produtos que contém perfumes e corantes aditivos que simulam aromas de frutas e doces para minimizar a ocorrência de danos, por exemplo, a ingestão<sup>65</sup>. O coto umbilical deve ser mantido limpo e seco. Na troca de fraldas os cuidadores devem higienizar e secar bem o bebê e não podem utilizar talcos, sendo, estes cuidados essenciais para evitar dermatites<sup>1</sup>.

Um estudo realizado no ambulatório de puericultura de um hospital universitário em Recife identificou que 86,4% das crianças que utilizavam xampu e todas que faziam uso do condicionador apresentaram lesão em couro cabeludo. Constatou-se ainda alta prevalência dos problemas de pele e inferiu-se que tenham sido influenciados pelos produtos para higiene corporal e limpeza das roupas das crianças<sup>66</sup>.

Os fatores socioeconômicos e culturais também influenciam no modo de cuidar da criança. Nesse sentido, as mães reconhecem a importância da higiene para a saúde, bem-estar e convívio social da criança, mas, enfrentam dificuldades em relação aos fatores econômicos, acesso à infraestrutura adequada, falta de saneamento básico, desemprego, habitação inadequada e/ou ausente e dificuldade de acesso à educação<sup>67</sup>.

Os aspectos socioculturais da família colaboram na exposição das crianças aos riscos de acidentes. A falta de informação dos pais ou responsáveis, infra-estrutura inadequada em espaços de lazer, creches, escolas e no domicílio, mãe solteira e jovem, baixa escolaridade materna, habitações precárias e famílias numerosas são alguns fatores sociais que estão associados aos riscos de acidentes. Em contrapartida, qualquer criança, independentemente de sua classe social, está vulnerável a ocorrência de acidente, e dependendo do seu grau de desenvolvimento e maturidade, não identifica determinados riscos no ambiente<sup>68,69,70</sup>.

No contexto da vida social e familiar as crianças e adolescentes estão expostas a situações de acidentes e violência. A prevenção dessas situações está relacionada a promoção dos vínculos afetivos e de cuidado que se estabelece desde a aceitação da gravidez e considera as expectativas da família em relação ao bebê<sup>71</sup>.

A identificação das situações familiares é uma das maneiras de prevenir a violência, pois, há situações que podem gerar vulnerabilidade às práticas violentas; perda de emprego, uso abusivo de álcool e outras drogas, separação conjugal, morte de membros da família. A violência sexual deve ser trabalhada preventivamente com linguagem apropriada às faixas etárias. Aspectos relativos à família são responsáveis pela segurança e proteção da criança, no sentido de evitar a exposição às situações de vulnerabilidades para a violência<sup>71,72</sup>.

Mediante a análise dos cuidados à criança comumente realizados no contexto familiar, observa-se a necessidade de fortalecer as ações de educação em saúde a fim de minimizar agravos decorrentes dos cuidados inadequados à saúde da criança. A adoção de práticas populares, por vezes inadequadas nos cuidados à criança, pode estar associada às fragilidades do contexto social, às dúvidas ou pouca confiança dos cuidadores em suas ações.

O despreparo em realizar os cuidados que promovam a saúde das crianças influenciam a confiança dos cuidadores em realizar procedimentos básicos<sup>73</sup>. Nesse sentido, é importante identificar a confiança materna em realizar os cuidados da criança, denominada autoeficácia no cuidado. Sabendo que o nível de autoeficácia é diferenciado em cada indivíduo, o profissional da saúde pode avaliar as crenças de autoeficácia da mãe nos cuidados, por meio de instrumentos, como exemplo a SICS, para intervir adequadamente<sup>26</sup>.

### **3.3 Teoria da Autoeficácia**

O conceito de autoeficácia foi construído por Albert Bandura em 1997, a partir dos pressupostos da Teoria Social Cognitiva<sup>74</sup>. A evolução da teoria de aprendizagem social para social cognitiva buscou enfatizar o papel da cognição na capacidade das pessoas de construir a realidade, auto-regularem-se, codificar informações e executar comportamentos<sup>22</sup>. Desse modo, Bandura passa a definir a teoria social cognitiva, como base conceitual para o constructo de autoeficácia<sup>22</sup>. Segundo esta teoria os indivíduos são proativos, auto-organizados, auto-reflexivos e auto-regulados<sup>19</sup>. Assim, o pensamento e ação humana são resultados da inter-relação dinâmica entre as influências pessoais, comportamentais e ambientais<sup>75</sup>.

Os processos cognitivos influenciam o comportamento, o nível de motivação, o padrão de pensamento e a reação emocional<sup>19,76,17</sup>. Além da cognição, os processos vicários, auto-reguladores e auto-reflexivos exercem papéis centrais no funcionamento humano mediando as situações de adaptação e mudança<sup>75</sup>.

As crenças de autoeficácia se destacam no conjunto de pensamentos que afetam o funcionamento humano. São percepções dos indivíduos sobre suas próprias capacidades e por sua vez, proporcionam a base para a motivação humana. Desse modo, a autoeficácia está associada aos julgamentos das pessoas em desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos<sup>76</sup>. Há evidências empíricas de que essas crenças influenciam todos os aspectos da vida das pessoas, determinam como os indivíduos regulam o pensamento e o comportamento<sup>21</sup>.

O conceito de autoeficácia foi inserido no glossário de promoção da saúde da OMS (WHO Health Promotion Glossary) a partir da atualização realizada em 2006 em que foram acrescentados dez novos termos. Nesta lista, a autoeficácia está relacionada às crenças das pessoas em transformar as ações e a influência no tempo e esforço que irão desprender para superar obstáculos e experiências adversas<sup>77</sup>.

As crenças de autoeficácia são provenientes de quatro fontes de informações: experiência de domínio, experiência vicária, persuasão verbal e estados somáticos e emocionais. A experiência de domínio ou experiência pessoal é considerada a fonte mais influente, tendo em vista que uma experiência positiva e negativa, aumenta e diminui a autoeficácia, respectivamente. Ressalta-se que muitos fatores influenciam a forma como as informações são processadas cognitivamente e afetam a autoavaliação do indivíduo<sup>21</sup>.

Além de interpretar os resultados de suas ações as pessoas formam as crenças de autoeficácia por meio da experiência vicária ou observacional. Nesse caso, compartilha experiências de pessoas próximas que podem servir como modelos com informações sobre o grau de dificuldade de um determinado comportamento<sup>22</sup>. A autoeficácia aumenta se os modelos ensinarem melhores maneiras de fazer as coisas. Da mesma forma, quando os modelos fracassam podem prejudicar as crenças dos observadores e interferir em sua percepção quanto à sua capacidade<sup>75</sup>. Embora a observação de modelos seja uma fonte de autoeficácia frágil em detrimento da experiência pessoal, pode contribuir para o julgamento da pessoa em relação à sua capacidade<sup>22</sup>.

As crenças de autoeficácia também se desenvolvem por meio das persuasões sociais/verbais. Esta é uma fonte de informação que pode complementar as demais, pois, à medida que as pessoas são convencidas de suas habilidades, podem ser estimuladas a

preservá-las<sup>22</sup>. Portanto, as persuasões positivas podem encorajar, enquanto as negativas podem enfraquecer as crenças de autoeficácia<sup>75</sup>.

Os estados somáticos e emocionais também são fontes de informação sobre as crenças de autoeficácia. Pois, a ansiedade, fadiga, estresse e excitação podem diminuir o senso de autoeficácia, enquanto o estado afetivo e fisiológico positivo pode aumentar. Quando as pessoas consideram suas capacidades negativas, as reações afetivas podem reduzir as percepções de autoeficácia e desencadear situações de estresse e agitação, de modo que interfere no desempenho. A promoção do bem-estar emocional e a redução de estados negativos aumentam as crenças de autoeficácia<sup>75</sup>.

As avaliações gerais por meio de instrumentos abrangentes visam medir um sentido geral de eficácia sendo, portanto, obscuras com relação ao que avalia<sup>75</sup>. Para avaliar as crenças de autoeficácia, deve-se criar medidas específicas para o domínio do funcionamento que deseja investigar. Dependendo da tarefa que pretende prever e do contexto em que ocorre, as crenças de autoeficácia diferem em poder preditivo<sup>75</sup>. Devem ser mensuradas por meio de julgamentos particularizados de capacidades, tendo em vista que variam em nível, força e generalidade<sup>20</sup>.

A partir dos pressupostos da Teoria Social Cognitiva de Bandura, foram construídas escalas para avaliar a autoeficácia do indivíduo em diversos comportamentos. A autoeficácia é um importante preditor para comportamentos preventivos relacionados à saúde da criança<sup>81</sup> e para comportamentos maternos na realização dos cuidados infantis<sup>25</sup>. Nesse sentido, Dennis e Faux (1999) desenvolveram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), capaz de mensurar a confiança da mulher para amamentar<sup>78</sup>. No Brasil a BSES foi traduzida e validada por Oriá *et al.* (2009)<sup>79</sup>. A Escala de Autoeficácia Materna para Prevenção da Diarreia Infantil (EAPDI) foi criada por Joventino *et al.* (2010) para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil<sup>80</sup>.

Para avaliação da autoeficácia no cuidado da criança há instrumentos que medem a confiança dos pais em relação a habilidade para cuidar dos filhos. O *Infant Care Survey* (ICS)<sup>23</sup> desenvolvido por Froman e Owen (1989) avalia a autoeficácia materna nos cuidados da criança com menos de um ano de idade, cujos itens do instrumento estão relacionadas à dieta, segurança e cuidado da saúde, mas, não inclui os comportamentos interativos.

O *Parent Expectations Survey* (PES)<sup>24</sup> desenvolvido por Reece (1992) para avaliar a autoeficácia na parentalidade precoce, confiança da mãe em desempenhar o papel parental, pode ser utilizado durante o período perinatal. Foi testado em 82 primíparas que estavam entre um a três meses após o parto. Este instrumento não contém itens que avaliam os

comportamentos interativos entre pais e crianças. O *Maternal Efficacy Questionnaire* desenvolvido por Teti e Gelfand (1991) avalia a autoeficácia materna com ênfase nos aspectos afetivos<sup>25</sup>.

### 3.4 Escala de Autoeficácia no Cuidado da Criança

Apesar de existir escalas<sup>23,24,25</sup> capazes de mensurar a confiança materna em realizar os cuidados com a criança, a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) foi criada por Prasopkittikun Tassanee et al. em 2006 tendo em vista que as escalas existentes não abordavam o conjunto completo de situações associadas ao cuidado da criança. A SICS fundamentou-se na teoria da autoeficácia de Bandura<sup>17,19</sup> para mensurar a confiança materna no cuidado da criança durante o primeiro ano de vida.

No contexto da autoeficácia materna no cuidado da criança, os julgamentos são baseados na experiência de domínio, sendo nesse caso, provenientes das experiências pessoais em cuidar de crianças. A experiência vicária, consiste em observar os cuidados realizados por outras mães. A persuasão verbal envolve o estímulo recebido por outras pessoas que reconhecem o seu potencial para realizar determinadas tarefas. E, por fim, o estado emocional e fisiológico positivos influenciam a satisfação e capacidade de realizar um comportamento específico<sup>20,26</sup>.

A construção da SICS iniciou com a identificação das ideias gerais das mães a respeito dos cuidados com a criança. Foram realizadas entrevistas individuais e grupos focais para determinar as tarefas mais relevantes. Com base nas respostas das mães e embasamento teórico da autoeficácia, a escala foi construída com 67 itens distribuídos em cinco domínios: desenvolvimento infantil, interação, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. Foi submetida à validação de conteúdo por docentes de enfermagem pediátrica e um pediatra. Além de ser revisada por mães para avaliar a clareza e compreensão<sup>27</sup>.

Após a validação de conteúdo, a SICS foi testada em 397 mães tailandesas com crianças menores de um ano de idade. O teste demonstrou consistência interna adequada, confiabilidade teste-reteste e, após análise fatorial confirmatória passou a ser composta por 40 itens<sup>26</sup>. A validação do constructo por meio de uma amostra de 235 mães tailandesas demonstrou 0,96 de consistência interna e 0,93 na confiabilidade teste-reteste. Utilizaram-se dois métodos: análise fatorial confirmatória e correlação com um instrumento de teoria relacionada ao constructo. A escala é autoadministrada de modo que a mãe indica o grau da confiança em sua capacidade de realizar os cuidados com a criança no intervalo de 0 a 100,

sendo 0 relacionada a nenhuma confiança, 50 moderadamente confiante e 100 definitivamente confiante<sup>27</sup>.

Após a validação do constructo, a SICS passou a ser constituída por 44 itens distribuídos em quatro domínios: promoção do desenvolvimento (15 itens), cuidados gerais de saúde (15 itens), segurança (seis itens) e dieta (oito itens). Os itens relacionados à promoção do desenvolvimento envolvem os estímulos, interação afetiva e a compreensão das necessidades da criança. Os cuidados gerais de saúde referem-se às condutas em caso de adoecimento e prevenção de agravos. O domínio segurança envolve medidas para prevenir acidentes domésticos e outros agravos à saúde. E a dieta aborda a higiene dos utensílios e alimentação adequada à idade da criança. Portanto, a SICS pode ser utilizada para fins clínicos e em pesquisa<sup>27</sup>.

A investigação da autoeficácia materna no cuidado da criança por meio de uma escala pode proporcionar contribuição significativa para a enfermagem. O uso da escala permite ao profissional conhecer previamente a área em que a mãe tem menor autoeficácia para cuidar da criança, e possibilita a implementação de estratégias de cuidado para promoção da saúde<sup>26</sup>. Para utilizar a SICS no Brasil, é necessário realizar a tradução e adaptação transcultural, a fim de garantir a equivalência do conteúdo na versão traduzida.

### **3.5 Tradução, adaptação transcultural e validação de instrumentos**

A tradução e adaptação transcultural é um processo recomendado antes de utilizar um instrumento em idioma diferente do original<sup>37</sup>. Existem diversas metodologias para conduzir este processo, entre elas, o modelo de adaptação proposto por Herdman et al. (1998) que considera a importância de instrumentos ‘universais’ com sintonia transcultural; dessa forma, avalia cinco tipos de equivalência. A equivalência conceitual consiste em avaliar a pertinência dos conceitos do instrumento original na cultura para qual será traduzido. A equivalência de itens avalia sua adequação para representar os conceitos do instrumento original, na população onde pretende ser utilizado. Além da avaliação das equivalências: semântica, operacional e de mensuração<sup>82</sup>.

Na proposta de Reichenheim et al. (2007) são avaliadas as equivalências: conceitual, de itens, semântica, operacional, mensuração e funcional. Entre as estratégias envolve: discussão com especialistas, população-alvo, traduções, retrotraduções e estudos psicométricos<sup>83</sup>. Além destes dois modelos<sup>82,83</sup>, existem outros<sup>33,34,35</sup>, porém, não há consenso para uso de um modelo específico. O processo deve ser conduzido de maneira criteriosa,

independente do método escolhido, e envolver profissionais qualificados. O protocolo de Beaton et al. (2007) vem sendo utilizado em diversos estudos, devido a sua qualidade para garantir a equivalência entre o instrumento original e o adaptado, e tem gerado bons resultados<sup>37,38,84</sup>.

O protocolo de Beaton et al. (2007) envolve a tradução e adaptação dos itens em cinco etapas: tradução inicial, síntese da tradução, tradução de volta ao idioma original, comitê de juízes e pré-teste da versão final. Na primeira são recomendadas duas traduções independentes (T1 e T2), do idioma original para o idioma alvo, por dois tradutores bilíngues, nativos do idioma alvo e com perfis profissionais diferentes. Apenas o tradutor com formação em saúde pode ser informado a respeito do conteúdo do instrumento. Cada tradutor deve produzir um relatório, para destacar frases ou incertezas e justificativas para as escolhas finais<sup>36</sup>.

A síntese das traduções deve ser realizada por um especialista no conteúdo do instrumento, mediante a análise das versões dos dois tradutores e do instrumento original, para produzir uma única versão (T12). Para a tradução de volta ao idioma original, a back-translation, é recomendada a participação de no mínimo dois tradutores nativos do idioma inglês com domínio no idioma português, para produzir duas traduções independentes (BT1 e BT2). Os tradutores não podem ser informados dos conceitos explorados no instrumento. As versões BT1 e BT2 devem ser consolidadas a fim de verificar se a síntese das traduções (T12) manteve o conteúdo da versão original<sup>36</sup>.

Todas as versões produzidas devem ser analisadas por um comitê de juízes, para desenvolver a versão final a ser utilizada no pré-teste com a população-alvo. Logo, todas as traduções devem ser revisadas no sentido de avaliar se os itens do instrumento traduzido mativeram as equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural. A etapa final é o pré-teste, em que se aplica a versão traduzida em 30 a 40 pessoas do grupo alvo. Além de responder o instrumento, é importante identificar se as pessoas compreenderam cada item da escala e se tem sugestão de mudanças<sup>36</sup>.

Além da tradução e adaptação transcultural, é necessário verificar as propriedades psicométricas, a fim de avaliar se o instrumento adaptado tem as mesmas propriedades do original<sup>37</sup>. A psicometria envolve a teoria e a construção de instrumentos de mensuração ou técnicas de medição<sup>30</sup>. A realização de testes psicométricos em instrumentos de medida visa garantir a validade e a confiabilidade<sup>32</sup>. O modelo teórico de Pasquali<sup>85</sup> para verificação das propriedades psicométricas apresenta três polos ou procedimentos: teóricos; empíricos ou experimentais; e analíticos ou estatísticos<sup>85</sup>.

Os procedimentos teóricos que envolvem o embasamento teórico para fundamentar o instrumento, são realizados por meio das etapas: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do constructo, operacionalização do constructo e análise teórica dos itens. Os procedimentos empíricos ou experimentais definem as etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e coleta. Por último, os procedimentos analíticos visam obter um instrumento válido e preciso<sup>85</sup>.

A análise teórica dos itens consiste na validação de conteúdo e envolve duas etapas, a análise dos especialistas e análise semântica. A validade se refere à capacidade do instrumento medir o que se propõe. O processo de validação varia de acordo com o tipo de informação e objetivos do investigador, dentre eles destacam-se validade de conteúdo, validade de constructo e validade relacionada a um critério<sup>30</sup>.

A validade de conteúdo representa o domínio de determinado constructo ou o universo do conteúdo, sendo a base das questões que compõem o instrumento de medição. Neste tipo de validade é definido o conceito e são identificadas as dimensões dos seus componentes<sup>31</sup>. Para a análise dos especialistas recomenda-se considerar a experiência e a qualificação. Entre os critérios para seleção estão: experiência clínica; publicar e pesquisar sobre o tema; conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas. A concordância de 80% entre os especialistas é o critério para a permanência do item, caso contrário ele é reformulado ou excluído<sup>86</sup>. A análise semântica consiste em verificar se os itens do instrumento são compreensíveis para a população alvo. Recomenda-se que seja realizada com aproximadamente 30 pessoas representando esta população para identificar as dúvidas e sugestões de mudanças<sup>31</sup>.

A validade de construto, portanto, fundamenta-se em técnicas que avaliam o grau em que uma medida empírica reflete o conceito envolvido<sup>30</sup>. Refere-se às relações entre os conceitos que o instrumento pretende avaliar e outros conceitos relacionados ao construto envolvido, de acordo com hipóteses pré-estabelecidas. Pode ser realizada por meio da análise fatorial e testagem de hipóteses. Enquanto a validade relacionada a um critério representa em que grau, estão relacionados o comportamento real e o desempenho do sujeito da pesquisa<sup>30</sup>.

Além da validade, a confiabilidade avalia a qualidade do instrumento verificando se produz os mesmos resultados sob medidas repetidas. Assim, os principais atributos de uma escala confiável são: estabilidade, homogeneidade e equivalência. Pode ser mensurada em diferentes formas: porcentagem de concordância, qui-quadrado, coeficiente de correlação de Pearson, Alfa de Cronbach, Kappa ponderado e o coeficiente de correlação intraclassa<sup>30</sup>.

Os instrumentos de medida na área da saúde são fundamentais na prática clínica e na investigação científica. Estes instrumentos devem contemplar todos os aspectos da verificação das propriedades psicométricas, pois, a qualidade de sua medição depende do processo de validação por meio dos testes psicométricos<sup>87</sup>. É importante que os profissionais da saúde e pesquisadores utilizem instrumentos válidos e confiáveis, que envolvam a saúde da criança no contexto da assistência de enfermagem<sup>88</sup>. A investigação da autoeficácia no cuidado da criança por meio da SICS, pode fundamentar ações de educação em saúde, personalizadas de acordo com a realidade de cada mãe.

### **3.6 A educação em saúde para a promoção do cuidado da criança**

A educação em saúde constitui-se uma prática norteadora do processo saúde-doença e ferramenta para a prevenção da doença e promoção da saúde<sup>89</sup>. Deve envolver a integração de diferentes saberes: científico, popular e o senso comum, cujas trocas fortalecem o vínculo entre o profissional da saúde e o usuário e permite a reconstrução coletiva de saberes e práticas cotidianas. Nesse contexto, por meio das relações dialógicas, a educação em saúde atinge dimensões além do biológico, envolvendo fatores políticos, ambientais e culturais<sup>89,90</sup>. Além dos conhecimentos cognitivos lineares, a educação em saúde visa conduzir comportamentos e atitudes envolvendo a participação comunitária nas decisões de saúde<sup>91</sup>.

Para a promoção da saúde, o cuidado e a educação popular são elementos imbricados no fortalecimento da autonomia do usuário. É fundamental que o profissional da saúde considere a singularidade no sentido de entender as vivências de cada pessoa e a relação delas com as visões de mundo e a cultura. Portanto, a educação popular desconstrói a transmissão de saberes unidirecional, e a promoção da saúde atua como eixo transversal da assistência para produção do cuidado transpondo a concepção do modelo biomédico<sup>92</sup>.

A educação popular em saúde contrapõe a abordagem bancária, e dá lugar a educação libertadora/transformadora, de modo que não há detentores do saber na relação educador/educando, mas, saberes diferentes<sup>93,94</sup>. De acordo com a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, esta estratégia orienta a construção de processos educativos considerando a autonomia das pessoas, os saberes populares e técnico-científicos de forma horizontal, além da formação da consciência crítica, a participação social e a superação das desigualdades sociais<sup>68</sup>.

No âmbito da educação em saúde, destaca-se a Enfermagem pelo compromisso social da profissão, que no processo de cuidar busca a relação dialógico-reflexiva no que tange a

situação de saúde-doença e envolve as pessoas como co-responsáveis sobre seus hábitos de vida e capazes de reconhecerem-se como sujeitos de transformação e tomar suas próprias decisões<sup>90</sup>.

A atuação da enfermagem na educação em saúde evoluiu de um modelo voltado para o controle de enfermidades e saneamento de espaços de exportação de mercadorias, chegando às práticas que valorizam a conscientização e emancipação do indivíduo. Todavia, concretizar o conceito de educação em saúde ainda é um desafio nos diferentes cenários do cuidar<sup>95</sup>. Por exemplo, na atenção à saúde da criança o modelo hospitalocêntrico não é suficiente para contemplar as necessidades biopsicossociais, sendo necessário envolver o contexto familiar com as suas singularidades e especificidades<sup>96,97</sup>. O modelo de atenção assistencialista com foco na doença, altamente especializado e prioritariamente hospitalar, necessita ser complementado pelo modelo integral que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos no qual utilize a educação em saúde com ênfase na educação popular, de forma participativa e dialógica<sup>98</sup>.

Neste modelo, a atenção à saúde da criança deve ser orientada para a promoção do cuidado que estimule o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Esta concepção ampliada resgata os deveres da família, comunidade e poder público, descritos no Estatuto da Criança e do adolescente, no que diz respeito à garantia dos direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, cultura, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária<sup>73,99</sup>.

Por meio da educação em saúde é fundamental que o enfermeiro, com base nas necessidades identificadas, auxilie as famílias no cuidado das crianças, fornecendo orientações e incentivando-as a agir de maneira autônoma buscando atender as necessidades de saúde<sup>53</sup>. Há cuidados considerados simples, mas, que são fundamentais na prevenção de agravos. Entre as orientações estão a lavagem das mãos pelas pessoas que tem contato com o recém-nascido para evitar a propagação de microrganismos causadores de doenças respiratórias; cuidados com o banho, higiene do coto umbilical, troca de fraldas, prevenção de dermatites, hábitos de sono, identificação dos diferentes tipos de choro, posição para dormir, prevenção de acidentes, teste do pezinho, calendário de imunizações e calendário de consultas<sup>1</sup>.

A educação em saúde pode contribuir para transformar a realidade de maneira que os profissionais da saúde apoiem às famílias nas práticas de cuidado de promoção à saúde da criança, considerando as características de cada cultura. As práticas educativas devem estimular as pessoas a reconhecerem que podem tomar decisões que visam melhor qualidade

de vida. Por meio de oficinas educativas e do atendimento individual, o enfermeiro pode estimular a discussão e buscar compreender as dificuldades da mãe na realização dos cuidados com a criança e construir alternativas que promovam mudanças e a ajude a adotar hábitos saudáveis e se sentir capaz de enfrentar os problemas de saúde<sup>73,98</sup>. Nesse sentido, a SICS é uma ferramenta para direcionar a ação educativa, uma vez que pode auxiliar o profissional a identificar as necessidades de orientação, com base no resultado da mensuração da autoeficácia materna no cuidado<sup>27</sup>.

## 4 MÉTODOS

Este capítulo visa apresentar o método detalhado dos dois artigos científicos, sendo o primeiro a Revisão Integrativa da Literatura e o segundo o Artigo Original.

### 4.1 Primeiro artigo: Cuidados domiciliares para a promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa

A revisão integrativa da literatura consiste em sintetizar múltiplos estudos publicados sobre determinado assunto e identificar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Para construção da revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>100</sup>.

#### 4.1.1 1ª Etapa: Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa

A maioria da literatura produzida não aborda os cuidados da criança em sua integralidade<sup>64,73</sup>. A investigação de estudos sobre os cuidados realizados pelas famílias pode contribuir no planejamento das estratégias de promoção à saúde infantil<sup>58</sup>. A pesquisa buscou responder a seguinte questão: Quais os cuidados realizados no domicílio voltados à promoção da saúde da criança no Brasil?

#### 4.1.2 2ª Etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem

A busca dos estudos foi realizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e no portal US National Library of Medicine (MEDLINE). Para isso, os descritores em ciências da saúde (DeCS) escolhidos foram: Lactente, Cuidado do lactente, Promoção da saúde, Família, Saúde da criança e Bem-estar da criança, com suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): Infant, Infant care, Health

Promotion, Family, Child health e Child welfare e em espanhol: Lactante, Cuidado del lactante, Promoción de la salud, Família, Salud del niño, Bienestar del niño.

A consulta iniciou-se pelo portal MEDLINE, por meio do formulário avançado com as combinações dos descritores, seguiu-se nas bases CINAHL e LILACS. A busca foi realizada pelos descritores individualmente; em seguida, fizeram-se os cruzamentos utilizando o operador booleano *and* entre os descritores (Tabela 1).

**Tabela 1** Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife, 2013 (continua).

DESCRITORES	MEDLINE	CINAHL	LILACS	TOTAL
("lactente" OR "infant" OR "lactante") AND ("família" OR "family" OR "familia") AND ("promoção da saúde" OR "health promotion" OR "promoción de la salud")	769	191	36	996
("lactente" OR "infant" OR "lactante") AND ("saúde da criança" OR "child health" OR "salud del niño") AND ("Promoção da saúde" OR "health promotion" OR "promoción de la salud")	0	226	30	256
("lactente" OR "infant" OR "lactante") AND ("bem-estar da criança" OR "childwelfare" OR "bienestardelniño") AND ("Promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	297	55	20	372
("cuidado do lactente" OR "infantcare" OR " cuidado del lactante") AND ("família" OR "family" OR "familia") AND ("promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	140	20	0	160
("cuidado do lactente" OR "infantcare" OR " cuidado del lactante") AND ("saúde da criança" OR "childhealth" OR "saluddel nino") AND ("promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	0	11	2	13

**Tabela 1** Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife, 2013 (conclusão).

DESCRITORES	MEDLINE	CINAHL	LILACS	TOTAL
("cuidado do lactente" OR "infantcare" OR " cuidado del lactante") AND ("bem-estar da criança" OR "childwelfare" OR "bienestardelniño") AND ("promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	4	2	0	6
<b>TOTAL</b>	1210	505	88	1803

Fonte: elaboração dos autores, 2013

A busca foi realizada no período de 01 a 31 de outubro de 2013, sem estabelecimento de limite de tempo quanto ao ano de publicação. Os estudos foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol que abordassem os cuidados realizados no domicílio, voltados à promoção da saúde da criança com menos de três anos; realizados no Brasil e disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, ou mediante o contato com os autores por meio do endereço eletrônico ou compra virtual. Consideraram-se apenas estudos com crianças com menos de três anos devido a imaturidade para cuidar de si mesmas, demandando cuidados das pessoas que a acompanham<sup>8</sup>.

Os relatos de casos informais, capítulos de livros, artigos de reflexão, dissertações, teses, reportagens, editoriais de jornais sem caráter científico, revisões sistemáticas e integrativas, artigos que não apresentaram qualidade metodológica satisfatória, artigos direcionados aos cuidados com o prematuro devido as suas características anatômicas e fisiológicas que exigem cuidados especiais<sup>101</sup>, foram excluídos.

Foram encontrados 1.210 artigos no MEDLINE, 505 na CINAHL e 88 na LILACS, totalizando 1.803. Fez-se a leitura dos títulos e resumos destas publicações, de modo que 885 foram excluídas porque não responderam à pergunta norteadora e 892 por não atenderem aos critérios pré-estabelecidos. Obteve-se uma amostra de 27 artigos para leitura na íntegra, destes, 03 foram excluídos por não responderem à pergunta norteadora, e 12 por não atenderem aos critérios de inclusão: artigos científicos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol que abordassem os cuidados realizados no domicílio, voltados à promoção da saúde da criança com menos de três anos; realizados no Brasil e disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, ou mediante o contato com os autores por meio do endereço eletrônico ou compra virtual, sendo selecionados 12 artigos.

#### 4.1.3 3ª Etapa: Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento validado e adaptado para este estudo, que contemplou os seguintes itens: identificação do artigo, avaliação da introdução e objetivos, características metodológicas, descrição e análise dos resultados e conclusões<sup>102</sup>.

Para a avaliação do nível de evidência científica foi utilizada a classificação de sete níveis: nível 1 - revisão sistemática ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - estudo descritivo ou qualitativo e nível 7 - opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>103</sup>.

#### 4.1.4 4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Para avaliação do rigor metodológico dos estudos foi utilizado o instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP), o qual se constitui de dez itens pontuáveis (máximo 10 pontos) que abrangem as seguintes questões: objetivos do estudo, adequação do desenho metodológico ao tipo de estudo, coerência do desenho metodológico e a definição dos participantes, detalhamento da coleta de dados, relação entre pesquisador e pesquisados, cumprimento das considerações éticas, rigor na análise dos dados, clareza na apresentação dos resultados e importância da pesquisa<sup>104</sup>.

Este instrumento classifica os artigos em dois níveis (A e B), sendo de nível A os artigos que obtém entre 06 e 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e de nível B os artigos que obtém até 05 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado)<sup>104</sup>. Após avaliação dos 12 artigos, onze foram classificados na categoria A e um artigo foi excluído por não apresentar boa qualidade metodológica, obtendo a classificação B.

#### 4.1.5 5ª Etapa: Interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Os resultados foram categorizados de acordo com os domínios da SICS<sup>27</sup>, que avalia a autoeficácia no cuidado da criança: promoção do desenvolvimento, que envolve os estímulos, interação afetiva e a compreensão das necessidades da criança; cuidados gerais de saúde que consiste nos cuidados à criança no sentido de prevenir agravos e condutas em caso de adoecimento; segurança que envolve medidas para prevenir acidentes domésticos e agravos à saúde e dieta, desde a higiene dos utensílios até a alimentação adequada para idade da criança.

### **4.2 Segundo artigo: Adaptação Transcultural e Validação de Conteúdo da *Self-efficacy in Infant Care Scale* para o Brasil**

#### 4.2.1 Tipo de estudo

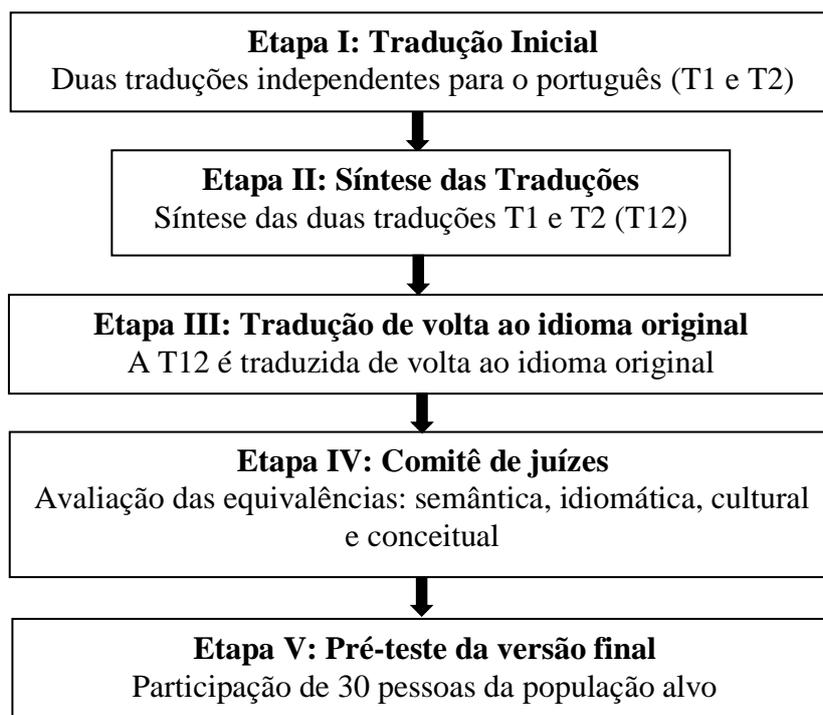
Estudo metodológico, quantitativo. A abordagem quantitativa segue um processo estruturado, rigoroso e objetivo para gerar dados com validade e confiabilidade, cujas conclusões irão contribuir para explicar a realidade e fundamentar o conhecimento<sup>85</sup>. O estudo, realizado em duas fases, iniciou com o processo de tradução e adaptação transcultural da SICS à realidade brasileira de acordo com o protocolo de Beaton et al., (2007)<sup>36</sup>.

A segunda fase foi a validação de conteúdo da escala adaptada. A validade de conteúdo indica se os itens do instrumento são representativos do domínio/fator que se propõe medir, e se possui número de itens adequado para avaliar um constructo específico<sup>32</sup>.

#### 4.2.2 Primeira fase: Aplicação do Protocolo de Tradução e Adaptação Transcultural

Para a SICS ser aplicada no Brasil é necessário a sua tradução para o idioma português e a adaptação transcultural por se tratar de uma escala criada na Tailândia e validada na língua inglesa (APÊNDICE A). O protocolo de Beaton et al. (2007) envolve a adaptação dos itens da escala que ocorre em cinco etapas: tradução inicial, síntese das traduções, tradução de volta ao idioma original, comitê de juízes e pré-teste da versão final<sup>36</sup>.

Figura 1 Representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural



Fonte: Beaton et al., 2007

#### 4.2.2.1 Etapa I: Tradução Inicial

A aplicação do protocolo iniciou com a realização de duas traduções independentes, a tradução do idioma original (inglês) para o idioma alvo (português). Foram selecionados dois tradutores bilíngues, brasileiros e com perfis profissionais diferentes. O tradutor 1 (T1) tem graduação em Engenharia Agrônoma e Direito. O segundo tradutor (T2) tem Bacharelado em Enfermagem. Cada tradutor produziu o relatório, destacando frases ou incertezas e justificativas para as escolhas finais<sup>36</sup>.

#### 4.2.2.2 Etapa II: Síntese das Traduções

A síntese das duas traduções iniciais, em uma única versão foi produzida a partir da análise dessas traduções, alicerçada pelo instrumento original (T12). Esta produção foi realizada por uma enfermeira especialista na área da saúde da criança com experiência de 24 anos na puericultura, terceira pessoa que foi adicionada à equipe conforme recomenda o protocolo de Beaton et al. (2007)<sup>36</sup>(APÊNDICE B).

#### 4.2.2.3 Etapa III: Tradução de volta ao idioma original

A *back-translation*, tradução de volta ao idioma original, foi realizada a partir da versão obtida na etapa da síntese (T12). A T12 foi enviada para duas tradutoras nativas do idioma inglês com domínio no idioma português, uma com formação em Psicologia e outra Bacharelado em Artes, Jornalismo e Antropologia. As tradutoras produziram duas versões (BT1 e BT2), de forma independente e às cegas, no que diz respeito à versão original. Pois, não foram informadas dos conceitos explorados no instrumento<sup>36</sup>. A síntese da *back-translation* (BT12) foi realizada por uma tradutora graduada em Administração (APÊNDICE C).

#### 4.2.2.4 Etapa IV: Comitê de Juízes

Todas as versões produzidas nas etapas anteriores foram consolidadas por um comitê de juízes, composto por todos os profissionais que participaram das duas traduções iniciais, da síntese das traduções, da *back-translation* e mais um professor de língua inglesa. O comitê revisou todas as versões do instrumento e desenvolveu uma para o pré-teste<sup>32,36</sup>.

Os juízes receberam no dia 24 de maio de 2014 um kit contendo a versão original da SICS (APÊNDICE A), as traduções iniciais e síntese das traduções (APÊNDICE B), as *back-translation* e síntese das *back-translation* (APÊNDICE C), a representação gráfica do protocolo de tradução (APÊNDICE D), o instrumento contendo as orientações para realizar a avaliação da escala em relação à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, construído após obtenção das versões traduzidas (APÊNDICE E) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

A equivalência semântica consiste na avaliação gramatical e de vocabulário; a equivalência idiomática se refere à elaboração de expressões em português para expressões idiomáticas de difícil tradução; a equivalência cultural trata do uso de termos de acordo com a realidade cultural da população do estudo e a equivalência conceitual consiste em verificar se os conceitos traduzidos são experimentados e explorados pela população alvo<sup>36</sup>.

Em 05 de junho de 2014 foi realizada a reunião do comitê de juízes, via Skype, com duração de 2 horas e 10 minutos. Após avaliação dos itens considerados em desacordo ou concordância parcial, obteve-se a versão traduzida para o pré-teste com a população alvo (APÊNDICE G).

#### 4.2.2.5 Etapa V: Pré-teste da versão final

A versão aprovada pelo comitê de juízes foi submetida ao pré-teste no período de junho a julho de 2014, no Distrito Sanitário V (DS V), localizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil. Esse distrito compreende a área geográfica dos bairros de Afogados, Areias, Barro, Bongi, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, San Martin, Sancho, Tejipló e Totó. Constitui-se dos seguintes dispositivos da rede: 16 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 34 equipes, 05 centros de Saúde, 01 policlínica, 01 maternidade, 01 hospital pediátrico, 03 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 pólo da academia da cidade, 01 equipe de Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e 01 serviço de pronto atendimento<sup>105</sup>.

A escolha do DS V justificou-se por fazer parte da área de atuação da Universidade Federal de Pernambuco, visando cumprir o papel social no atendimento às demandas desse território. A população foi composta por mulheres cadastradas nas USF do DSV. A amostra, conforme recomendado pelo protocolo de Beaton et al., foi constituída por 30 pessoas do grupo alvo<sup>36</sup> que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: mulheres com pelo menos um filho com idade compreendida entre 0 a 12 meses, faixa etária a qual se aplica a SICS, acompanhados na puericultura de uma USF. Foram excluídas as mães com alguma limitação auditiva que impossibilitasse a compreensão do instrumento.

Para operacionalizar a coleta de dados, foi sorteada uma USF e posteriormente realizada uma reunião com as equipes para apresentação do projeto e solicitação da lista das mulheres cadastradas. A partir dessa lista disponibilizada pelos enfermeiros das equipes, as participantes foram selecionadas por amostragem aleatória simples.

Os dados foram coletados na USF ou no domicílio utilizando questionário socioeconômico e a escala de autoeficácia nos cuidados com a criança, traduzida para o pré-teste. Das 30 mães que participaram do pré-teste, uma era analfabeta, por isso os itens foram lidos pela mestrandia. Das 29 capazes de ler; 12 solicitaram ajuda para preencher os instrumentos porque estavam segurando a criança e para 17 os instrumentos foram autoadministrado sob supervisão da mestrandia<sup>37,106</sup> (APÊNDICES G e H). Para selecionar as mães do estudo fez-se sorteio das mães cadastradas, identificou-se que 18 tinham agendamento para a consulta de puericultura; estas foram apresentadas pelo enfermeiro ou agente comunitário de saúde (ACS) na USF. As demais, que não tinham agendamento no período da coleta de dados, foram visitadas no domicílio, este era identificado pelo ACS. A

aplicação dos instrumentos ocorreu individualmente em apenas um encontro, no qual a mestranda apresentava o objetivo do estudo e convidava a mãe para participação voluntária.

As 30 mães foram orientadas a indicar a compreensão de cada item do instrumento por meio de uma escala numérica adaptada do tipo Likert com alternativas de 1 (não compreendi nada), 2 (compreendi pouco), 3 (compreendi bastante) a 4 (compreendi totalmente e não tenho dúvidas)<sup>107</sup>. Em caso de não ter compreendido totalmente, as mães anotavam as sugestões de mudanças no espaço em branco presente no instrumento. Também foi solicitado o preenchimento do grau de confiança para realizar cada tarefa descrita na escala. Nesta etapa, foi registrado o tempo para preencher a escala (APÊNDICE I).

#### 4.2.2.5.1 *Análise dos dados do pré-teste*

Os dados relacionados à caracterização da amostra foram submetidos à análise descritiva das variáveis socioeconômicas, condições do domicílio e ajuda no cuidado com as crianças, utilizando frequências absoluta e relativa, média, desvio padrão, e valores mínimo e máximo. A comparação das proporções entre as categorias das variáveis foi realizada por meio do teste Qui-quadrado, considerando nível de significância de 5% (APÊNDICE J).

Dessa forma, as variáveis estudadas e suas respectivas categorizações foram assim distribuídas:

##### Características socioeconômicas:

1. Idade (< 20 anos/ 20-24 anos/ ≥ 25 anos)
2. Estado Civil (casada/união consensual; solteira)
3. Trabalho fora do lar (sim/não)
4. Escolaridade  
Os anos de estudos foram categorizados de acordo com as recomendações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)<sup>108</sup>, a partir da quantidade mínima de anos em cada nível: não alfabetizada, fundamental completo/incompleto (9 anos), médio completo/incompleto (3 anos), superior completo/incompleto (4 anos).
5. Religião (católica/ evangélica/ outras/ sem religião)
6. Praticante da religião (sim/não)
7. Número total de filhos (1/ 2/ 3/ 4)
8. Renda familiar em salários mínimos (sem renda; <1SM; 1SM; >1-2SM; >2SM).  
Salário mínimo de referência R\$ 724,00.

Ajuda para o cuidado com a criança:

1. Ajuda para cuidar da criança (sim/não)
2. Parentesco do cuidador (primeiro grau/segundo grau/outros)
3. Tipo de cuidado (higiene corporal/alimentação/vigilância/coloca para dormir/medicação/brinca)

Características do domicílio:

1. Quantidade dos moradores no domicílio (até 3 pessoas/4-5 pessoas/6 ou mais)
2. Condição de moradia (própria/alugada/cedida)
3. Tipo de moradia (alvenaria)
4. Água encanada (sim/não)
4. Água para consumo (filtrada/mineral/outras)
5. Bens de consumo (geladeira/fogão/televisão/telefone celular/rádio/máquina de lavar roupa/computador/laptop/telefone fixo/motocicleta/automóvel)

Em relação à escala, no pré-teste foi realizada a análise semântica<sup>85</sup> da compreensão das mães sobre os itens, apresentando os resultados em frequência absoluta e relativa e o índice de concordância (IC) calculado a partir da fórmula  $IC = NC / (NC + ND)$  sendo NC, número de concordâncias em relação à alternativa da escala likert “compreendi totalmente e não tenho dúvidas” e ND, número de discordâncias. O item foi considerado compreensível quando o IC atingiu no mínimo 0,80<sup>109</sup> (APÊNDICE K). Todos os dados foram processados e analisados utilizando o IBM SPSS Statistics versão 18.0 for Windows.

As participantes sugeriram mudanças em seis itens (1, 8, 13, 15, 17 e 28) e para avaliar a pertinência dessas sugestões, garantindo a compreensão dos itens, a versão pre-testada retornou à especialista em saúde da criança, que participou da etapa da síntese das traduções e comitê dos juízes. A versão da SICS traduzida e adaptada para o Brasil foi submetida à validação de conteúdo.

#### 4.2.3 Segunda fase: Validação de conteúdo da SICS - versão brasileira

Após o cumprimento das etapas do Protocolo de Tradução e Adaptação Transcultural, são recomendados testes adicionais para verificar as propriedades psicométricas do instrumento por meio da validação<sup>30</sup>. Um instrumento é considerado válido quando consegue avaliar realmente seu objetivo. Para tanto, podem ser utilizadas técnicas que visam a validade de conteúdo, relacionada a um critério ou validade de constructo. A escolha da técnica varia

de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do pesquisador<sup>86</sup>. Para o presente estudo optou-se por fazer a validação de conteúdo.

A validade de conteúdo é o processo em que se verifica se o instrumento de medição e as questões que contém são representativos do domínio de conteúdo que o pesquisador pretende medir<sup>30</sup>. O domínio do conteúdo geralmente é definido com apoio de estudos anteriores. Busca-se responder aos seguintes questionamentos: “Será que o instrumento mensura adequadamente as principais dimensões da variável em estudo? Até que ponto os questionamentos do instrumento representam todas as perguntas que poderiam ser feitas<sup>86,7</sup>”

A análise dos itens envolve duas etapas, a análise semântica e análise dos especialistas<sup>85</sup>. Neste estudo iniciou-se a validação de conteúdo com a análise dos especialistas, tendo em vista que na fase do pré-teste foi avaliada a compreensão do instrumento pela população-alvo. Após a obtenção da escala validada pelos especialistas, realizou-se a análise semântica, com o propósito de verificar a compreensão da população-alvo nesta última versão e a necessidade de novos ajustes.

#### 4.2.3.1 Análise dos especialistas

Foram selecionados enfermeiros com experiência mínima de cinco anos trabalhando na assistência à criança ou que desenvolveram estudo nesta área. Para a seleção foi adotado o sistema de classificação proposto por Joventino 2010<sup>110</sup>, adaptado de Fehring<sup>111</sup> cuja pontuação mínima foi cinco pontos, conforme os critérios descritos no quadro 1.

**Quadro 1** - Critérios de seleção para os especialistas. Recife-PE, 2014.

<b>Critérios</b>	<b>Pontuação</b>
Ser doutor	4
Possuir tese na área de saúde da criança	2
Ser mestre	3
Possuir dissertação na área de saúde da criança	2
Possuir artigo publicado em periódico indexado na área de saúde da criança	1
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente, de no mínimo, 5 anos na puericultura	2
Ser especialista em saúde da criança	2

Para identificação dos especialistas primeiro consultou-se docentes da área da saúde da criança do curso de graduação em enfermagem de uma instituição federal de ensino superior. Esses docentes por meio da amostragem do tipo “Bola de Neve” indicaram especialistas no

tema<sup>32</sup>. A Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foi utilizada para verificar o atendimento dos especialistas aos critérios estabelecidos. Necessitava-se compor um grupo de, no mínimo, seis especialistas. Foram convidados 19 enfermeiros, dentre estes, oito participaram do estudo, número adequado segundo a recomendação de seis a dez especialistas para este tipo de validação<sup>85,112</sup>.

Os especialistas convidados receberam uma carta explicativa (APÊNDICE L) e dois instrumentos, o questionário referente à experiência profissional, (APÊNDICE M) e outro para validação do conteúdo da SICS traduzida e adaptada para o Brasil, versão final do pré-teste (APÊNDICE N). Os instrumentos foram enviados no início do mês de agosto e recebidos até o final de setembro. Foi apresentado o conceito da autoeficácia e solicitado a especialista que avaliasse a clareza e compreensão, a associação com a autoeficácia materna no cuidado da criança, a relevância e o grau de relevância<sup>113</sup>.

A clareza e compreensão de cada item foi avaliada com base na linguagem utilizada e sua adequação para a população alvo. Na associação do item com a autoeficácia materna no cuidado da criança, foi investigada a sua importância para o instrumento e se mensurava este conceito na população alvo. Os especialistas em ambos os critérios assinalavam “sim” ou “não” de acordo com o seu julgamento. O item foi considerado claro e compreensível e relacionado à autoeficácia, quando obteve concordância mínima de 70% dos especialistas<sup>114,115</sup>. De acordo com o julgamento do especialista o item foi classificado relevante ou não, sendo relevante o que obteve concordância mínima de 80%<sup>112</sup>. Na avaliação do grau de relevância, cada item que compõe a SICS versão brasileira, foi classificado em (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante e (4) muito relevante<sup>110</sup>. Para analisar o grau de relevância foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)<sup>112</sup>.

O IVC pode ser calculado pelas seguintes operações: I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais - proporção de cada item classificada como realmente relevante ou muito relevante) e S-CVI (validade de conteúdo da escala global). O S-CVI pode ser calculada pela S-CVI/UA (proporção de itens classificados como realmente relevante ou muito relevante por todos os especialistas) e S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo I-CVIs para todos os itens da escala)<sup>32</sup>. Os itens que alcançaram I-CVI no mínimo 0,8 entre os especialistas foram considerados relevantes. Aqueles itens com coeficiente inferior a 0,8 foram reformulados de acordo com as sugestões dos especialistas<sup>86</sup>. Todos os dados foram processados e analisados utilizando o IBM SPSS Statistics versão 18.0 for Windows.

#### 4.2.3.2 Validação de Aparência

A validação de aparência foi realizada com a população alvo a fim de verificar se os itens da escala revisada pelos especialistas eram compreensíveis<sup>85</sup>. O método desta etapa foi semelhante ao utilizado no pré-teste da versão traduzida. Foi aplicada a escala revisada e um questionário socioeconômico (APÊNDICES H e O). A amostra foi constituída de 30<sup>85,112</sup> mães de crianças com idade entre 0 a 12 meses, acompanhadas na puericultura de uma USF, vinculada ao DS V, selecionada por meio de sorteio diferente da USF onde se aplicou o pré-teste. Para a seleção das mães utilizou-se uma lista com os nomes, disponibilizada pelos enfermeiros das equipes de saúde da família da USF sorteada. O critério de exclusão foi possuir alguma limitação auditiva que impossibilitasse a compreensão do instrumento.

Os dados foram coletados na USF ou no domicílio, em apenas um encontro. Na USF 14 mães foram identificadas a partir dos registros no livro de agendamento da consulta de puericultura, e apresentadas à mestranda, pelos enfermeiros ou ACS. As demais, que não tiveram consulta agendada no período da coleta de dados, foram consultadas no domicílio identificado pelo ACS. Das 30 mães que participaram da validação de aparência, todas eram capazes de ler, destas, 3 solicitaram ajuda no preenchimento porque estavam segurando a criança e para 27 os instrumentos foram autoadministrados sob supervisão da mestranda<sup>37,106</sup>.

A mestranda apresentou o objetivo do estudo e convidou a mãe para participação voluntária. Assim como no pré-teste, ela foi orientada a indicar a compreensão de cada item do instrumento por meio de uma escala numérica adaptada do tipo Likert com alternativas de 1 (não compreendi nada), 2 (compreendi pouco), 3 (compreendi bastante) a 4 (compreendi totalmente e não tenho dúvidas)<sup>107</sup>. Em caso de não ter compreendido totalmente, as mães anotavam as sugestões de mudanças no espaço em branco presente no instrumento. Além da compreensão do item, foi solicitado à mãe o preenchimento do grau de confiança para realizar cada tarefa descrita na escala. Nesta etapa também foi registrado o tempo para preencher a escala (APÊNDICE I).

##### 4.2.3.2.1 *Análise dos dados*

Os dados relacionados à caracterização da amostra foram submetidos à análise descritiva das variáveis socioeconômicas, condições do domicílio e ajuda para cuidar das crianças, utilizando frequências absoluta e relativa, média, desvio padrão, e valores mínimo e máximo. A categorização das variáveis foi semelhante a realizada no pré-teste. A comparação

das proporções entre as categorias das variáveis foi realizada por meio do teste Qui-quadrado, considerando nível de significância de 5% (APÊNDICE P).

Os resultados oriundos da análise semântica foram apresentados em frequência absoluta, relativa e o índice de concordância (IC). Todos os dados foram processados e analisados utilizando o IBM SPSS Statistics versão 18.0 for Windows (APÊNDICE Q). Nesta etapa as mães sugeriram novas mudanças que foram avaliadas com relação à sua pertinência, pela especialista em saúde da criança que fez parte do processo de tradução e adaptação transcultural. Ao final, cinco itens foram alterados e um excluído.

#### 4.2.4 Aspectos éticos e legais

Este estudo foi realizado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) número 466/2012, a qual estabelece Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE Nº 26920314.1.0000.5208. (ANEXO A). Previamente foi solicitada a autorização da autora, Enfermeira Dr<sup>a</sup> Tassanee Prasopkittikun, para tradução, adaptação e validação da escala, por meio de contato eletrônico (ANEXO B). Para a realização do pré-teste da versão final do instrumento da etapa de tradução e adaptação transcultural e validação semântica, no Distrito Sanitário V, foi solicitada à Secretaria de Saúde do Recife a Carta de Anuência (ANEXO C).

Os objetivos da pesquisa, bem como os riscos e benefícios, foram explicados previamente a todos os participantes convidados, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para cada fase do estudo: Traduções, Pré-teste, validação de conteúdo e de aparência (APÊNDICES F, R, S, T, U). Após a coleta de dados, as mães que tinham dúvidas receberam orientações sobre os cuidados à criança.

## 5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato de dois artigos científicos, sendo o primeiro a Revisão Integrativa da Literatura e o segundo o Artigo Original.

### 5.1 Artigo de revisão integrativa

#### **Cuidados domiciliares para promoção da saúde da criança no Brasil: revisão integrativa<sup>1</sup>**

Talita Helena Monteiro de Moura, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Luciana Pedrosa Leal

#### **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar os cuidados realizados no domicílio voltados à promoção da saúde da criança no Brasil. **Método:** Revisão integrativa de artigos publicados em português, inglês e espanhol nas bases MEDLINE, CINAHL e LILACS, utilizando os descritores lactente, cuidado do lactente, promoção da saúde, família, saúde da criança e bem-estar da criança. Foram selecionados 11 artigos. Os resultados foram apresentados segundo os domínios da Self-efficacy in Infant Care Scale – SICS. **Resultados:** Os cuidados evidenciados nos estudos se inserem nos domínios *cuidados gerais de saúde, promoção do desenvolvimento, segurança e dieta*. **Discussão:** A associação dos recursos populares e terapia alopática, além das dificuldades em relação à alimentação, suscitam a necessidade de abordar os cuidados que promovem a saúde da criança nas ações de educação em saúde. **Conclusão:** Os cuidados evidenciados na maioria dos estudos voltam-se às necessidades de saúde em geral e alimentação da criança.

**Descritores:** Cuidado do Lactente; Saúde da Criança; Promoção da Saúde.

#### **INTRODUÇÃO**

As práticas de cuidados são transmitidas entre as gerações. Durante a maternidade, essas práticas cheias de símbolos e significados podem expressar a percepção de saúde e doença e papéis sociais que são definidos em consequência da experiência do nascimento<sup>(1)</sup>.

As mães geralmente assumem o cuidado e aprendem com os demais membros da família e da comunidade<sup>(2)</sup>. Além de alimentar, prestam atenção para atender às necessidades

---

<sup>1</sup> O artigo foi aprovado pelo Online Brazilian Journal of Nursing, Qualis B1 para área de Enfermagem.

biológicas de seus filhos, como dar banho, trocar a fralda e a roupa, cuidar do coto umbilical, acalmar o choro e compreender os motivos que o levam a chorar<sup>(3)</sup>.

Em alguns casos a mãe se sente insegura em prestar os cuidados. Um estudo sobre lesões de pele em recém-nascidos e lactentes evidenciou que 25,7% das mães referiram insegurança e/ou medo com relação aos cuidados com o bebê<sup>(4)</sup>.

Um momento oportuno para mães/pais ou responsável diminuir suas dúvidas é na consulta de puericultura, que consiste no acompanhamento da criança saudável com foco na prevenção e promoção da saúde, de forma a estimular a troca de experiências e superação de dificuldades<sup>(5)</sup>.

Nessa consulta são investigadas, entre outras, as práticas acerca da higiene da criança, os hábitos adotados para o cuidado e as dificuldades encontradas<sup>(6)</sup>. Deve envolver orientações com embasamento científico, visando contribuir efetivamente para a inclusão de ações de promoção da saúde por cuidadores, reforçando suas competências pessoais<sup>(7)</sup>.

As orientações não devem se limitar à transmissão de informações, mas ocorrer de forma compartilhada por meio da troca de saberes, a partir das necessidades, crenças, representações e histórias de vida<sup>(8)</sup>. Nesse sentido, é importante considerar o conhecimento popular no cuidado da criança no Brasil e associá-lo às evidências científicas para a promoção da saúde da criança.

A promoção do cuidado para o desenvolvimento infantil satisfatório envolve os aspectos de bem-estar, moradia, trabalho, alimentação, higiene, lazer, educação, saúde, participação social e segurança - que constituem o fundamento da atenção primária à saúde da criança<sup>(9)</sup>. A educação em saúde pode possibilitar a reconstrução do conhecimento no sentido de promover autonomia da mãe/do pai na realização das práticas de cuidado à criança no domicílio<sup>(7)</sup>.

A maior parte da literatura produzida não aborda a integralidade dos cuidados com a criança<sup>(6,9)</sup>. Investigar essas publicações e reunir os resultados, considerando a prática dos cuidados das mães e a identificação do conhecimento popular usado pelas famílias<sup>(2)</sup>,

pode subsidiar o enfermeiro no planejamento das estratégias de promoção à saúde infantil.

Portanto, o estudo que ora se apresenta tem o objetivo de identificar os cuidados realizados no domicílio, voltados à promoção da saúde da criança no Brasil.

## **MÉTODO**

Revisão integrativa da literatura, que consiste em sintetizar múltiplos estudos publicados sobre determinado assunto e identificar lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos<sup>(10)</sup>.

Para operacionalizar a revisão foi adotada a sequência das seguintes etapas: 1- identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2- estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem; 3- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização; 4- avaliação dos estudos incluídos; 5- interpretação dos resultados e 6- apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>(10)</sup>.

A pesquisa foi realizada a fim de responder a seguinte questão: Quais os cuidados realizados no domicílio voltados à promoção da saúde da criança no Brasil?

A busca online foi realizada na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e no portal US National Library of Medicine (MEDLINE). Utilizaram-se os descritores em ciências da saúde (DeCS): *Lactente, Cuidado do lactente, Promoção da saúde, Família, Saúde da criança e Bem-estar da criança*, com suas respectivas traduções padronizadas no Medical Subject Heading (MESH): *Infant, Infant care, Health Promocion, Family, Child health e Child welfare* e em espanhol: *Lactante, Cuidado del lactante, Promoción de la salud, Família, Salud del niño, Bienestar del niño*.

A busca foi realizada no período de 1 a 31 de outubro de 2013, não sendo estabelecidos limites quanto ao ano de publicação, tendo em vista a questão de pesquisa formulada, a possível influência de crenças e tabus nos cuidados à criança repassados entre gerações, e no intuito de garantir uma busca ampla de evidências.

Os estudos foram selecionados mediante os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados nos idiomas inglês, português ou espanhol que abordassem os cuidados realizados no domicílio, voltados à promoção da saúde da criança menor de três anos, realizados no Brasil e disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas, ou mediante o contato com os autores por meio do endereço eletrônico ou compra virtual. Consideraram-se apenas estudos com crianças menores de três anos devido à imaturidade para cuidar de si mesmas, demandando cuidados das pessoas que a acompanham<sup>(11)</sup>.

Os relatos de casos informais, capítulos de livros, artigos de reflexão, dissertações, teses, reportagens, editoriais de jornais sem caráter científico, revisões sistemáticas e integrativas e artigos que não apresentaram qualidade metodológica satisfatória foram excluídos. Também foram desconsiderados os artigos direcionados aos cuidados com o prematuro por terem características anatômicas e fisiológicas que os diferenciam dos recém-nascidos a termo, havendo a necessidade de cuidados especiais<sup>(12)</sup>.

Iniciou-se pelo portal MEDLINE, utilizando o formulário avançado com as combinações dos descritores. Seguiu-se a consulta nas bases CINAHL e LILACS. A busca foi realizada pelos descritores individualmente; em seguida, fizeram-se os cruzamentos utilizando o operador booleano *and* entre os descritores. Após os cruzamentos, foram encontradas 1.803 publicações. (Tabela 1)

Tabela 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados. Recife, 2013.

DESCRITORES	MEDLINE	CINAHL	LILACS	TOTAL
("lactente" OR "infant" OR "lactante") AND ("família" OR "family" OR "familia") AND ("promoção da saúde" OR "health promotion" OR "promoción de la salud")	769	191	36	996
("lactente" OR "infant" OR "lactante") AND ("saúde da criança" OR "child health" OR "salud del niño") AND ("Promoção da saúde" OR "health promotion" OR "promoción de la salud")	0	226	30	256

("lactente" OR "infant" OR "lactante") AND ("bem-estar da criança" OR "childwelfare" OR "bienestardelniño") AND ("Promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	297	55	20	372
("cuidado do lactente" OR "infantcare" OR " cuidado del lactante") AND ("família" OR "family" OR "familia") AND ("promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	140	20	0	160
("cuidado do lactente" OR "infantcare" OR " cuidado del lactante") AND ("saúde da criança" OR "childhealth" OR "saluddel nino") AND ("promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	0	11	2	13
("cuidado do lactente" OR "infantcare" OR " cuidado del lactante") AND ("bem-estar da criança" OR "childwelfare" OR "bienestardelniño") AND ("promoção da saúde" OR "healthpromotion" OR "promoción de lasalud")	4	2	0	6
<b>TOTAL</b>	<b>1210</b>	<b>505</b>	<b>88</b>	<b>1803</b>

Fonte: elaboração dos autores, 2013

As publicações duplicadas foram consideradas apenas uma vez, de acordo com a seguinte ordem hierárquica: MEDLINE, CINAHL e LILACS. Para a seleção dos estudos primeiramente foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos, excluindo-se aqueles que não contemplaram os critérios de inclusão. Em seguida, foi feita a leitura na íntegra das publicações selecionadas, a coleta dos dados e avaliação do rigor metodológico.

Realizou-se a coleta de dados por meio de um instrumento validado e adaptado para este estudo, de modo a contemplar os seguintes itens: identificação do artigo (título, periódico, base de dados, autores, país, idioma, ano de publicação, instituição sede do estudo e tipo de revista científica) avaliação da introdução e objetivos, características metodológicas (delineamento do estudo, amostra, coleta e análise dos dados), descrição e análise dos resultados e conclusões<sup>(13)</sup>.

Na avaliação do rigor metodológico dos estudos usou-se o instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP), o qual se constitui de dez itens pontuáveis (máximo 10 pontos) que abrangem as seguintes questões: objetivos do estudo,

adequação do desenho metodológico ao tipo de estudo, coerência do desenho metodológico e a definição dos participantes, detalhamento da coleta de dados, relação entre pesquisador e pesquisados, cumprimento das considerações éticas, rigor na análise dos dados, clareza na apresentação dos resultados e importância da pesquisa<sup>(14)</sup>.

Vale ressaltar que esse instrumento classifica os artigos em dois níveis (A e B) conforme a pontuação recebida, sendo de nível A os artigos que obtêm entre 6 e 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) e de nível B os artigos que obtêm até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado)<sup>(14)</sup>. Os onze artigos selecionados nessa revisão foram classificados na categoria A. Excluiu-se um artigo por não apresentar boa qualidade metodológica, obtendo a classificação B.

Para a avaliação do nível de evidência científica foi utilizada a classificação de sete níveis: nível 1- revisão sistemática ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2- derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3- ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4- estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5- revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6- estudo descritivo ou qualitativo; e nível 7- opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas<sup>(15)</sup>.

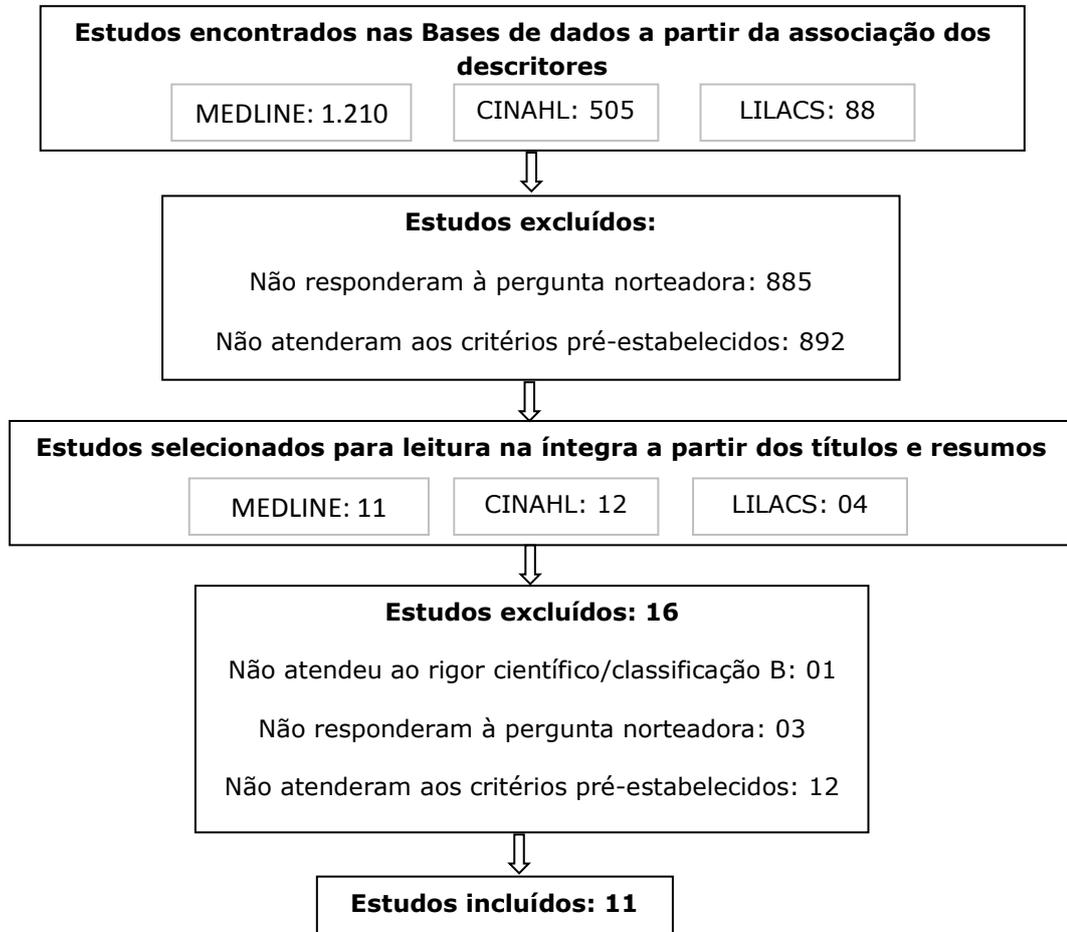
Ao final foram incluídos 11 artigos originais de pesquisa.

Os resultados categorizaram-se de acordo com a Self-efficacy in Infant Care Scale – SICS<sup>(16)</sup>, que avalia a autoeficácia no cuidado da criança, segundo os domínios *promoção do desenvolvimento*, que envolve os estímulos, interação afetiva e a compreensão das necessidades da criança; *cuidados gerais de saúde*, no sentido de prevenir agravos e condutas em caso de adoecimento; *segurança*, que envolve medidas para prevenir acidentes domésticos e agravos à saúde e os cuidados com a *dieta* da criança, desde a higiene dos utensílios até a alimentação adequada para idade.

## RESULTADOS

A amostra compreendeu 11 estudos. O processo de seleção dos artigos encontra-se esquematizado na figura 1.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos. Recife, 2013.



Fonte: elaboração dos autores, 2013

### Perfil da produção científica

Dos estudos incluídos nessa revisão, observou-se o predomínio de publicações em revistas da área de enfermagem, contabilizando seis estudos em três periódicos nacionais<sup>(5,17-21)</sup>, dois estudos em periódicos da área médica<sup>(22,23)</sup>, um da saúde coletiva<sup>(24)</sup> e um da nutrição<sup>(25)</sup> sendo três destes em revistas internacionais<sup>(23,24,25)</sup>. Apenas uma publicação procedia da área da psicologia<sup>(26)</sup> em periódico internacional. Em sua maioria, os autores foram da área de enfermagem, contabilizando-se oito estudos realizados por enfermeiros<sup>(5,17-21,23,25)</sup>, sendo um deles com médicos<sup>(23)</sup> e outro

com odontólogo<sup>(25)</sup>; dois estudos foram de autores da área médica<sup>(22,24)</sup> e um da psicologia<sup>(26)</sup>. Os artigos foram classificados segundo os sete níveis de evidência<sup>(15)</sup>, sendo apenas um enquadrado no nível de evidência 4<sup>(26)</sup> e os demais<sup>(5,17-25)</sup>, no nível 6.

### Síntese dos artigos selecionados

O Quadro 1 apresenta os dados das 11 publicações selecionadas para o estudo.

Quadro 1: Descrição das publicações selecionadas de acordo com autor, ano de publicação, tipo de estudo, idioma, população, amostra, objetivos e resultados com ênfase nos cuidados à criança. Recife, 2013.

Autor/ano	Tipo de estudo/ idioma	População e amostra	Objetivos	Resultados/cuidados
Vasconcelos MV, Frota MC, Martins MC, Machado MMT (2012) <sup>5</sup> .	Qualitativo/ Português	11 mães primíparas de 16 a 21 anos, Croatá-CE.	Descrever a vivência das mães sobre cuidados prestados aos seus filhos, bem como a percepção destas em relação à consulta de puericultura.	Alimentação, higiene e medicação. Fitoterapia, rezadeiras, parteiros, curandeiros e automedicação para tratar doenças nas crianças.
Souza MHN, Gomes TNC, Paz EPA, Trindade CS, Veras RCC (2011) <sup>17</sup> .	Quantitativo, descritivo exploratório/ Português	421 prontuários de crianças, Centro Municipal de Saúde, Rio de Janeiro-RJ.	Identificar as características sócio-demográficas e de saúde de mães e as condições de saúde de crianças atendidas pelos enfermeiros na Estratégia de Acolhimento Mãe e Bebê.	Aleitamento materno e consulta de puericultura.
Pedroso MLR, Rosa NG (2009) <sup>18</sup> .	Qualitativo/ Português	15 pais das crianças, Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre-RS.	Descrever de que forma os pais das crianças do Programa Pré-Nenê de uma Unidade Básica de Saúde percebem as atividades de educação em saúde realizadas na consulta de enfermagem.	Seleção da alimentação, aleitamento materno, consulta de puericultura, imunizações, promoção do desenvolvimento.
Souza MA, Melo MB, Júnior RSS, Barbosa MA, Siqueira KM, Martins CA, et al (2006) <sup>19</sup> .	Qualitativo/ Português	20 pais e/ou responsáveis de crianças de 0 a 1 ano UBS, Firminópolis-GO.	Identificar os principais recursos populares que mães/pais ou responsáveis utilizam nos cuidados em saúde de seus respectivos filhos ou tutelados, bem como investigar a credibilidade depositada nestes recursos diante dos oferecidos pelo	Práticas populares: benzedadeiras, uso de chás caseiros de ervas. Alopátia, consulta aos profissionais da saúde, cuidados com o coto umbilical.

			sistema biomédico.	
Duro CLM (2006) <sup>20</sup> .	Qualitativo/Português	16 mães e 3 profissionais de enfermagem, Programa Pra-Nenê. Porto Alegre-RS.	Analisar as concepções de maternidade e de cuidado infantil presentes em um grupo de mulheres, mães de crianças cadastradas no Programa Pra-Nenê, da vila cruzeiro do Sul, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, durante o ano de 2002.	Promoção do desenvolvimento, proteger a criança de possíveis situações de violência, aleitamento materno.
Zanatta EA, Motta MGC (2007) <sup>21</sup> .	Qualitativo/Português	10 mães de crianças de zero a seis meses, Unidade de Saúde da Família no interior do RS.	Conhecer os saberes e práticas das mães de cuidado à criança de zero a seis meses de vida.	Aleitamento materno, alimentação complementar, cuidados afetivos, cuidado com a higiene e com o coto umbilical.
Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA (2004) <sup>22</sup> .	Quantitativo,transversal/Inglês	2.319 crianças menores de 1 ano de idade, 2.323 mães, Feira de Santana-BA.	Descrever os hábitos alimentares de crianças amamentadas e não-amamentadas segundo a introdução dos alimentos líquidos e semisólidos/sólidos no primeiro ano de vida.	Aleitamento materno, alimentos associados ou não ao aleitamento materno, alimentação complementar, consumo de alimentos semi-sólidos/sólidos pelas crianças amamentadas no primeiro mês de vida, papas de frutas, papas de legumes.
Issler H, Sá MBSR, Senna DM (2001) <sup>23</sup> .	Quantitativo,transversal/Inglês	65 mulheres grávidas, Centro de saúde Prof Samuel Barnsley, São Paulo-SP.	Estudar o conhecimento das mulheres grávidas sobre a saúde geral de RN, incluindo aspectos da amamentação.	Cuidados gerais à saúde do recém-nascido, aleitamento materno.
Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA (1999) <sup>24</sup> .	Quantitativo, transversal/Português	2.208 crianças menores de 3 anos, acompanhadas pela Pastoral da Criança, Criciúma - SC.	Avaliar se crianças e mães acompanhadas pela Pastoral da Criança apresentam melhores indicadores de saúde e conhecimento sobre as ações básicas de sobrevivência infantil do que as crianças e mães não acompanhadas.	Aleitamento materno, monitorização do crescimento, terapia de reidratação oral em episódios de diarreia, manejo da diarreia, imunizações no primeiro ano de vida, imunizações, padrão alimentar e monitorização do crescimento.
Lindsay AC, Machado MT, Sussner KM, Hardwick	Qualitativo/Inglês	41 mães de crianças com idade de 12 a 36 meses, Programa de Agentes	Descrever práticas de alimentação infantil e crenças sobre a alimentação complementar	Aleitamento materno, alimentos associados ou não ao aleitamento materno, alimentação complementar, consumo de alimentos

CK, Peterson KE (2008) <sup>25</sup> .		Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família PACS/PSF, Caucaia - CE.	entre as mães brasileiras de baixa renda.	semi-sólidos/sólidos.
Wendland-Carro J, Piccinini A, Millar WS (1999) <sup>26</sup> .	Quantitativo, Caso-controle/ Inglês.	38 mães primíparas e seus recém-nascidos, Porto Alegre - RS.	Analisar uma intervenção destinada a influenciar a resposta sensível das mães para seus bebês, apresentando informações sobre a competência do recém-nascido para interagir e promover manuseio afetuoso e interação com o bebê.	Promoção do desenvolvimento.

Fonte: elaboração dos autores, 2013

Entre os artigos evidenciaram-se os cuidados voltados à promoção da saúde da criança inseridos nos quatro domínios que compõem a SICS, estando os mais estudados incluídos nos domínios *cuidados gerais de saúde* e *dieta*. Quantitativamente, quatro<sup>(18,20,21,26)</sup> artigos apresentaram cuidados relacionados ao domínio da *promoção do desenvolvimento*, sete<sup>(5,17-19,21,23,24)</sup> *cuidados gerais de saúde*, um<sup>(20)</sup> no domínio da *segurança* e nove<sup>(5,17,18,20-25)</sup> relacionados à *dieta*. (Tabela 2)

Tabela 2 – Síntese dos cuidados voltados à promoção da saúde da criança segundo os domínios da Self- Efficacy in Infant Care Scale - SICS. Recife, 2013.

Domínios	Cuidados	Referências
<b>Promoção do desenvolvimento</b>	Cuidados afetivos, interação afetuosa entre a mãe e o bebê, colocar a criança para brincar no chão, dar brinquedos e brincar no banho.	18,20,21,26
<b>Cuidados Gerais de saúde</b>	Cuidado com a higiene; banho; cuidados com o coto umbilical (uso de álcool a 70%, pó de fumo, azeite, pomada, azeite com erva santa-maria, açafraão e folha de fumo); uso da fitoterapia como alternativa para tratar doenças; recursos populares como benzedeiros; uso de chás caseiros de ervas como: poejo, camomila, erva cidreira, mentrasto, noz-moscada, funcho, hortelã, macela, folha de arnica, canela, erva-doce, levante, folha santa, palmerinha, chá e banho de eucalipto; coexistência de recursos populares e terapia alopática; uso de medicamentos como dipirona, terapia de reidratação oral em episódios de diarreia, imunizações no primeiro ano de vida, acompanhamento na consulta de puericultura e levar ao hospital.	5,17,18,19,21,23,24

<b>Segurança</b>	Proteger a criança de possíveis situações de violência.	20
<b>Dieta</b>	Alimentação adequada para idade; aleitamento materno; aleitamento materno exclusivo; alimentos associados ou não ao aleitamento materno; alimentação complementar; consumo de alimentos semi-sólidos/sólidos pelas crianças amamentadas no primeiro mês de vida; papas de frutas e papas de legumes.	5,17,18,20,21,22,23,24,25

Fonte: elaboração dos autores, 2013

Alguns hábitos recomendados pelo Ministério da Saúde e observados na cultura brasileira não se encontram detalhados na SICS. Todavia, entende-se que esses cuidados se inserem nos domínios adotados na escala. No domínio *cuidados gerais de saúde*, foram evidenciados o uso da fitoterapia, a crença em benzedeadas e as práticas de cuidados com o coto umbilical. Já no domínio *segurança* evidenciou-se a proteção da criança de situações de violência não especificado na SICS que, em relação à segurança, aborda cuidados voltados apenas à prevenção de acidentes domésticos e de agravos à saúde.

## DISCUSSÃO

Após análise, evidenciou-se que o conhecimento para cuidar do filho é construído no convívio com pessoas próximas que ensinam principalmente cuidados técnicos<sup>(21)</sup>, tais como os que emergiram no domínio cuidados gerais de saúde<sup>(5,17-19,21-24)</sup>: higiene, banho, cuidados com o coto umbilical e a fitoterapia. Os cuidados gerais de saúde apresentados nos estudos indicam a coexistência do uso de recursos populares e terapia alopática, em algumas famílias, para promoção da saúde da criança<sup>(19)</sup>.

Os recursos populares, tais como benzedeadas e os chás caseiros de ervas (poejo, camomila, erva cidreira, mentrasto, noz-moscada, funcho, hortelã, macela, folha de arnica, canela, erva-doce, levante, folha santa), assim como a terapia alopática recomendada pelos profissionais da saúde são utilizados isoladamente ou em conjunto no intuito de resolver ou amenizar problemas de saúde<sup>(19)</sup>. A fitoterapia é um dos recursos populares que na Estratégia de Saúde da Família se constitui em ferramenta de promoção da saúde, uma vez que fortalece o vínculo da comunidade com as equipes de

saúde, a participação popular, a autonomia dos usuários e o cuidado integral em saúde<sup>(27)</sup>.

O estudo ainda revelou que os fatores culturais influenciam no processo de cuidar da criança. Identificaram-se nas publicações cuidados adequados no que se refere à promoção da saúde, como banho, uso de álcool a 70% no coto umbilical e higiene da criança<sup>(5,17-18)</sup>. Mas também foram observadas práticas não recomendadas que podem trazer danos à saúde, tais como uso do pó de fumo, azeite e outras substâncias no coto umbilical<sup>(21)</sup>.

A adoção de práticas inadequadas de higiene pode resultar em agravos à saúde da criança. Um estudo em recém-nascidos e lactentes atendidos no ambulatório de puericultura de um hospital universitário em Recife identificou a utilização do xampu por 22 mães (21%) e o condicionador por 6 (5,7%) delas. Constatou-se que 19 crianças (86,4%) que utilizavam xampu e todas que faziam uso do condicionador apresentaram lesão em couro cabeludo<sup>(4)</sup>.

O conhecimento básico das práticas de cuidado que promovem a saúde da criança ainda é insuficiente. Assim, orientações sobre os cuidados adequados, como higiene do coto umbilical, a natureza da icterícia, vacinas, alimentação, como tratar a candidíase oral, são necessárias nas ações educativas em saúde<sup>(23)</sup>.

O segundo domínio mais citado nos estudos foi a *dieta da criança*<sup>(5,18,19,20,22,24,25)</sup>. O esquema recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida. Após esse período, introduz-se outros alimentos, mantendo a amamentação até os dois anos ou mais<sup>(28)</sup>. Entretanto, observa-se baixa prevalência do aleitamento materno exclusivo, sendo frequentes os casos de introdução precoce dos alimentos sólidos<sup>(22)</sup>.

As mães declaram que trabalho materno (25%), hipogalactia (21,2%) e insaciedade da criança (10,6%) são os principais motivos para iniciação dos alimentos sólidos antes dos seis meses. A introdução de água e chá é justificada devido à sede da criança (23,4%) e à cólica (17,6%)<sup>(29)</sup>.

A insegurança e o desconhecimento dos cuidadores em relação à necessidade de ingestão de alimentos pela criança não amamentada leva-os a suplementar a dieta com preparados multivitamínicos para compensar uma recusa alimentar ou pela crença de que tais produtos aumentam o apetite ou engordam. Cabe ao profissional da saúde esclarecer e corrigir possíveis erros alimentares evitando adversidades relacionadas à carência ou ao excesso de vitaminas<sup>(3)</sup>.

As mães primíparas apresentam limitações no que diz respeito à alimentação adequada para a criança<sup>(5)</sup>. Um dos principais desafios do enfermeiro é o incentivo ao aleitamento materno. É comum a mudança no tipo de alimentação e problemas como erros alimentares que geram risco de desnutrição no primeiro ano de vida<sup>(18)</sup>. Sabe-se que a cultura, os níveis educacional e socioeconômico e a rede de apoio social, especialmente as avós, têm importante influência nas práticas de alimentação infantil<sup>(25)</sup>. Diante disso, identifica-se a necessidade de estimular ações de educação em saúde para orientar as gestantes e mães sobre a alimentação da criança<sup>(22)</sup>.

Três dos estudos selecionados abordavam o domínio da *promoção do desenvolvimento*, representado pelos cuidados afetivos entre a mãe e o bebê, brincar com a criança e oferecer brinquedos<sup>(18,20,26)</sup>. Nesse sentido, a interação da criança com os membros da família e com a sua rede social de proteção contribui para o seu desenvolvimento psicossocial. Na relação com os adultos, ela assimila habilidades (tais como sentar, andar, falar e controlar os esfíncteres) que são construídas pela história social ao longo do tempo. Durante os dois primeiros anos, o desenvolvimento afetivo caracterizado pelo apego é o vínculo afetivo básico. Logo, o desenvolvimento envolve um processo complexo que inclui a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais<sup>(3)</sup>.

O domínio referente à *segurança* não foi contemplado nos estudos no sentido de proporcionar proteção à criança de acidentes no ambiente domiciliar. Embora não tenha sido evidenciado, não deixa de ser um domínio relevante na promoção da saúde da criança, pois é no contexto da vida social e familiar que aumentam as chances de exposição das crianças aos acidentes e à violência<sup>(30)</sup>.

Em apenas um estudo identificou-se o cuidado da mãe em proteger a criança de possíveis situações de violência em virtude da realidade onde morava<sup>(20)</sup>. No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes constitui um grave problema social e de saúde pública. Há forte associação entre o uso de drogas e a ocorrência de agressões contra as crianças, no entanto estes são fenômenos complexos que envolvem aspectos sociais, psicológicos e biológicos<sup>(31)</sup>.

Em relação aos acidentes domésticos, estes geralmente estão associados aos aspectos socioculturais da família, rede social e situações facilitadoras de risco<sup>(30)</sup>. O profissional pode orientar o cuidador sobre formas seguras de explorar o ambiente, tendo em vista a importância em brincar com a criança, estimular a curiosidade e a criatividade. Acrescenta-se que a investigação do contexto domiciliar das crianças e sua dinâmica familiar permite que a enfermagem planeje estratégias de educação em saúde a fim de minimizar ocorrências de acidentes domésticos que repercutem em taxas significativas de morbimortalidade infantil<sup>(3)</sup>.

É fato que o cuidado à criança deve perpassar o âmbito biológico, envolvendo-se na tríade biopsicossocial. Nessa perspectiva, é imprescindível que a consulta de enfermagem em puericultura associe o saber científico e popular na avaliação dos cuidados, contribuindo no aprimoramento da competência de ser mãe no processo de crescimento e desenvolvimento da criança<sup>(5)</sup>. Portanto, conhecer as vivências das mães sobre os cuidados prestados aos seus filhos é essencial para que o profissional da saúde direcione o diálogo partindo da realidade da família<sup>(19)</sup>.

Enfim, a consulta de enfermagem em puericultura permite o acompanhamento da criança e sua família no sentido de aprimorar os conhecimentos sobre alimentação e cuidados gerais. Por meio da educação em saúde é possível orientar e apoiar a família nas práticas de cuidado infantil<sup>(5)</sup>. Essa orientação representa um dos principais elementos para a promoção da saúde que leva ao desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva e emancipação dos sujeitos, uma vez que as pessoas conscientes de suas necessidades de saúde cuidam melhor de si e de seus familiares<sup>(8)</sup>.

## CONCLUSÃO

Nos estudos selecionados os cuidados realizados no domicílio se concentram, sobretudo, em atender às necessidades gerais de saúde e dieta da criança, com destaque nos cuidados técnicos, como higiene e alimentação. A estimulação do desenvolvimento e promoção da segurança foram aspectos abordados em menor proporção nas publicações. A adoção de práticas populares, por vezes inadequadas, nos cuidados à criança sinaliza a necessidade de fortalecer as práticas de educação em saúde, a fim de minimizar possíveis agravos.

Constata-se que as publicações científicas sobre os cuidados voltados à promoção da saúde da criança no Brasil realizados no domicílio ainda se mostram incipientes, conforme evidenciado nos estudos incluídos nesta revisão integrativa. Logo, há necessidade de novas pesquisas nessa área explorando os cuidados a criança em toda sua dimensão para redirecionar as orientações na consulta de puericultura de acordo com a necessidade da família, assim como potencializar a efetividade das ações de educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Kalinowski LC, Favero L, Carraro TE, Wall ML, Lacerda MR. Postpartum primipara at home and associated nursing care: a data-based theory. Online Braz J Nurs (Online) [internet]. 2012 Dec [Cited 2013 nov 12] 11 (3):701-19. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3852>.
2. Costa ACPJ, Bandeira LPL, Araújo MFM, Gubert FA, Rebouças CBA, Vieira NFC. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online (Online) [internet]. 2013. abr/jun [Cited 2013 oct 10] 5(2):3626-35. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2271>.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. 1. Ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. Ferreira AS, Guerra ALCI, Javorski M, Bonfim SFSF, Silva TA, Leal LP. Lesões de pele em recém-nascidos e lactentes. Rev. enferm. UERJ. (Oline) [internet] 2013 [Cited 2013 dec 20] Rio de Janeiro, 2013 abr/jun; 21(2):208-15. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a12.pdf>
5. Vasconcelos MV, Frota MC, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: Percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery (impr.) (Online) [internet]. 2012 abr-jun [Cited 2013 oct 30] 16 (2) 326-331. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452012000200017&script=sci_arttext) [incluída na revisão].
6. Andrade LCO, Santos MS, Aires JS, Joventino ES, Dodt RCM, Ximenes LB. Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene

- do neonato. *Cogitare Enferm.* (Online) [internet]. 2012 [Cited 2013 oct 10] 17(1):99-105. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26381/17574>
7. Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Child care consultations held by nurses within the family health strategy. *Rev Rene* (Online) [internet]. 2013 [Cited 2013 oct 02] 14(4):694-703. Available from: [http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/7947/1/2013\\_art\\_lholima1.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/7947/1/2013_art_lholima1.pdf)
  8. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm.* (Online) [internet]. 2009 Oct/Dec [Cited 2013 oct 10] 18(4): 652-60. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000400006&script=sci_arttext).
  9. Frota MA, Bezerra JA, Férrer MLS, Martins MC, Silveira VG. Maternal perception regarding child care and development. *Brazilian Journal in Health Promotion* (Online) [internet]. 2011 jul/set [Cited 2013 oct 12] 24(3): 245-250. Available from: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2078>.
  10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* (Online) [internet]. 2008 [Cited 2013 oct 09] 17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
  11. Secretaria Municipal da Saúde, 2012. Diretriz da Atenção à Saúde da Criança Curitibana. Coordenação e organização: Cristiane Maria Leal Vardana Marangon; autoria: Andréa Bonilha Bordin et al, Curitiba, PR. Pag. 72. Available from: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/DiretrizAtencaoSau deCrianca.pdf>.
  12. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. 3ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)
  13. Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós operatório imediato: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
  14. Toledo, MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
  15. Galvão CM. Níveis de evidência. [editorial]. *Acta Paul Enferm.* (Online) [internet]. 2006 [Cited 2013 oct 30] 19 (2):5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.
  16. Prasopkittikun T. Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing. *Nursing and Health Sciences.* 2010 [Cited 2013 oct 30] 12, 450-455.
  17. Souza MHN, Gomes TNC, Paz EPA, Trindade CS, Veras RCC. Estratégia acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do Município do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery* (impr.) (Online) [internet]. 2011 out-dez; [Cited 2013 oct 20] 15(4) 671-677. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000400003&script=sci_arttext) [incluída na revisão].
  18. Pedroso MLR, Rosa NG. Consulta de enfermagem em um programa de vigilância à saúde: Vivências do pré-nenê. *Rev Gaúcha Enferm.* (Online) [internet]. Porto Alegre (RS) 2009 jun [Cited 2013 oct 20] 30(2):221-7. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7077> [incluída na revisão].
  19. Souza MA, Melo MB, Júnior RSS, Barbosa MA, Siqueira KM, Martins CA, et al. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. *Rev Enferm UERJ.* (Online) [internet]. 2006 out/dez [Cited 2013 oct 10] 14(4): 512-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a04.pdf> [incluída na revisão].

20. Duro CLM. Concepções de maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) (Online) [internet]. 2006 set [Cited 2013 nov 01] 27(3):398-407. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4654> [incluída na revisão].
21. Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) (Online) [internet]. 2007 dez [Cited 2013 nov 02] 28(4):556-63. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3152> [incluída na revisão].
22. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO, Almeida JAG, Cabral VA. Feeding habits of breastfed and non-breastfed children up to 1 year old. *Jornal de Pediatria* (Online) [internet]. 2004 [Cited 2013 nov 04] Vol. 80 Nº5. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5/en\\_v80n5a13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n5/en_v80n5a13.pdf) [included in the review].
23. Issler H, Sá MBSR, Senna DM. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: basis for promotion and educational programs on breastfeeding. *São Paulo Med J/Rev Paul Med* (Online) [internet]. 2001 [Cited 2013 nov 06] 119(1):7-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v119n1/3778.pdf> [included in the review].
24. Neumann NA, Victora CG, Halpern R, Guimarães PRV, Cesar JA. Desempenho da pastoral da criança na promoção da saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* (Online) [internet]. 5(6), 1999 [Cited 2013 nov 03] Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n6/v5n6a4.pdf> [incluída na revisão].
25. Lindsay AC, Machado MT, Sussner KM, Hardwick CK, Peterson KE. Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. *Food and Nutrition Bulletin*. (Online) [internet]. 2008 [Cited 2013 dec 22] 29(1):15-23 [included in the review].
26. Wendland-Carro J, Piccinini A, Millar WS. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction. *Child Dev*. (Online) [internet]. 1999 May-Jun [Cited 2013 nov 01] 70(3):713-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/MEDLINE/10368917> [included in the review].
27. Fontenele RP, Sousa DMP, Carvalho ALM, Oliveira FAO. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. (Online) [internet] 2013 [Cited 2013 dec 17]; 18(8):2385-2394 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800023&script=sci_arttext)
28. World Health Organization. *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. Geneva: WHO; 2009.
29. Souza NKT, Medeiros MP, Silva MA, Cavalcanti SB, Dias RS, Valente FA. Aspectos envolvidos na interrupção do aleitamento materno exclusivo. *Com. Ciências Saúde*. (Online) [internet] 2011 [Cited 2013 dec 20] 22(4):231-238 Available from: [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011VOL22\\_3\\_5\\_%20Aspectos.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011VOL22_3_5_%20Aspectos.pdf)
30. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
31. Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Recurrence of violence against children in the municipality of Curitiba: a look at gender. *Acta Paul Enferm*. (Online) [internet] 2012 [Cited 2013 dec 22] 25(6):895-901 Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000600011&lng=pt&nrm=iso&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600011&lng=pt&nrm=iso&lng=en)

## 5.2 Artigo original

### **ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DA *SELF-EFFICACY IN INFANT CARE SCALE* PARA O BRASIL**

#### **RESUMO**

Objetivo: adaptar a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) para a realidade cultural do Brasil. Método: Pesquisa metodológica desenvolvida em duas fases: tradução e adaptação transcultural; e validação de conteúdo, mediante análise de oito especialistas e validação de aparência realizada por 30 mães de crianças de 0 a 12 meses, acompanhadas na puericultura no Distrito Sanitário V do município de Recife, PE. Resultados: Os itens foram avaliados quanto à clareza e compreensão, associação com a autoeficácia, relevância e grau de relevância, utilizando os índices de concordância (IC) e de validade de conteúdo (CVI). O CVI global final foi 0,959 e o IC, relacionado à compreensão após validação de aparência foi 0,983. Conclusões: A Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança constitui-se de 43 itens distribuídos nos domínios: promoção do desenvolvimento; cuidados gerais de saúde; segurança e dieta. É válida do ponto de vista de conteúdo para uso no Brasil, mas, recomenda-se a verificação das propriedades psicométricas antes da sua aplicação.

**Keywords:** Enfermagem, Cuidado da Criança, Autoeficácia, Estudos de Validação, Educação em Saúde, Tradução.

#### **INTRODUÇÃO**

Nos primeiros anos de vida a criança é totalmente dependente do adulto, devido à imaturidade para cuidar de si. Necessita de proteção que contribua com sua integridade física e fisiológica; alimentação, higiene, abrigo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, proteção contra acidentes e infecções, além da detecção e tratamento precoce de agravos (SILVA, et al., 2013; MELLO et al., 2014). As medidas de proteção e de supervisão das atividades devem ser direcionadas às características de cada fase da infância (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil preconiza a realização de sete consultas à criança durante o primeiro ano de vida para avaliação do crescimento e desenvolvimento, vacinação, acompanhamento do estado nutricional, e orientações à família sobre os cuidados que contribuem para a promoção da saúde (BRASIL, 2012). A consulta de puericultura

objetiva acompanhar a criança saudável considerando o contexto socioeconômico, cultural e familiar no planejamento das ações de prevenção de agravos e promoção à saúde (CAMPOS et al., 2011; FALBO et al., 2012). É desenvolvida principalmente na Atenção Básica e tem contribuído com a redução da mortalidade infantil (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA e SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E INVESTIMENTOS ESTRATÉGICOS, 2014).

O enfermeiro na consulta em puericultura presta assistência sistematizada à criança e sua família utilizando a educação em saúde para orientar e apoiar as práticas de cuidado (VASCONCELOS et al., 2012). Entretanto, a quantidade de informações fornecidas pode dificultar a compreensão, e levar a não realização dos cuidados de forma integral. Além disso, o despreparo em realizar os cuidados que promovam a saúde das crianças influencia a confiança das mães/pais em realizar procedimentos básicos (FROTA et al., 2011; PRASOPKITTIKUN, 2006).

A confiança das mães/pais em desempenhar com sucesso o cuidado da criança é definida como autoeficácia no cuidado. O conceito de autoeficácia está relacionado às crenças das pessoas em transformar as ações e a influência no tempo e esforço que irão desprender para superar obstáculos e experiências adversas (SMITH et al., 2006). A mensuração da autoeficácia materna no cuidado da criança por meio de instrumentos é capaz de identificar as dificuldades e proporcionar ao profissional da saúde subsídios para planejar estratégias educativas específicas e individualizadas.

A *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) criada e validada por Prasopkittikun Tassanee et al. (PRASOPKITTIKUN et al., 2006), constituída por 44 itens, mensura a autoeficácia materna no cuidado da criança, no intervalo de 0 (nenhuma confiança) a 100 (definitivamente confiante). É avaliada pela soma das classificações numéricas para cada tarefa dividindo-se pelo número de tarefas. O escore total da escala é de 4.400 pontos, sendo 100 o valor máximo para cada item (PRASOPKITTIKUN, 2010).

A SICS é uma escala autoadministrada estruturada em quatro domínios: promoção do desenvolvimento, cujo conteúdo está relacionado aos estímulos e interação afetiva; cuidados gerais de saúde, voltados à prevenção de agravos e condutas em caso de adoecimento; segurança, com ênfase nas medidas de prevenção de acidentes domésticos e agravos à saúde, e dieta da criança (PRASOPKITTIKUN, 2010). Esta escala tem potencial para fins de pesquisa e propriedades clínicas, o alfa de Cronbach estimado para a consistência interna foi de 0,96 e variou de 0,86-0,96, o coeficiente de confiabilidade teste-reteste para o total da escala foi de 0,93 ( $P < 0,001$ ) (PRASOPKITTIKUN, 2010).

No atendimento à criança, a falta de uma ferramenta que investigue a confiança das mães em relação aos cuidados resulta em orientações dissociadas das reais necessidades. A utilização da SICS no Brasil irá contribuir com o profissional da saúde em conhecer previamente o nível da autoeficácia materna e, selecionar as informações que ela necessita. Além de otimizar o tempo do atendimento, irá nortear o diálogo com a mãe, valorizar o conhecimento que ela tem a respeito dos cuidados com seu filho, e estimular sua autonomia em realizar outros cuidados para promoção da saúde. Portanto, este estudo objetivou adaptar a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) para a realidade cultural do Brasil.

## MÉTODOS

Estudo metodológico realizado em duas fases, tradução e adaptação transcultural da SICS à realidade brasileira e validação de conteúdo. A primeira fase seguiu o protocolo de Beaton et al. (2007), por meio de cinco etapas: tradução inicial, síntese das traduções, *back-translation*, comitê de juízes e pré-teste da versão final. Iniciou com a realização de duas traduções independentes, do idioma inglês para o português. Participaram dois tradutores bilíngues, brasileiros, sendo o primeiro tradutor (T1) graduado em Engenharia Agrônoma e Direito e o segundo tradutor (T2) Bacharel em Enfermagem. A síntese das traduções iniciais foi realizada por uma enfermeira especialista em saúde da criança com experiência de 24 anos em puericultura que, por meio da análise das traduções iniciais T1 e T2 e instrumento original, produziu uma única versão (T12).

A versão obtida na etapa da síntese (T12) foi enviada para duas tradutoras nativas do idioma inglês com domínio no português, uma com formação em Psicologia e outra com Bacharelado em Artes, Jornalismo e Antropologia, para proceder as *back-translation*. Essas tradutoras não foram informadas dos conceitos explorados no instrumento, realizaram o trabalho de forma independente e às cegas, no que diz respeito à escala original (BEATON et al., 2007). A síntese da *back-translation* (BT12) foi realizada por uma tradutora com experiência em estudos de adaptação transcultural, para verificar se a T12 manteve o conteúdo da versão original.

Todas as versões produzidas nas etapas anteriores foram consolidadas por um comitê de juízes, composto pela especialista em saúde da criança que participou da etapa da síntese das traduções, todos os tradutores das etapas de tradução inicial e *back-translation* e um professor de língua inglesa.

Os juízes receberam um kit, onze dias antes da reunião via skype, contendo a síntese do protocolo de tradução, a versão original da SICS, as traduções produzidas nas fases anteriores (traduções iniciais e *back-translation*), a síntese das traduções, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as orientações para a avaliação da escala em relação à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual (BEATON et al., 2007). Os juízes discutiram os itens em desacordo ou concordância parcial. A escala resultante foi utilizada no pré-teste com as mães, nos meses de junho a julho de 2014 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) sorteada no Distrito Sanitário V, município de Recife, estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil.

A amostra foi constituída por 30 mulheres com pelo menos um filho de 0 - 12 meses, acompanhado na puericultura (BEATON et al., 2007). O critério de exclusão foi possuir alguma limitação auditiva que impossibilitasse a compreensão do instrumento. Inicialmente o estudo foi apresentado às equipes de saúde da família e solicitada a lista das mulheres com crianças cadastradas. Posteriormente, as participantes foram selecionadas por amostragem aleatória simples.

Entre as mães selecionadas, 18 tinham filhos com agendamento para a consulta de puericultura e 12 foram visitadas no domicílio. A aplicação dos instrumentos ocorreu individualmente em apenas um encontro, no qual a entrevistadora, mestranda de um Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Estado de Pernambuco, apresentava o objetivo do estudo e convidava a mãe para participação voluntária.

Das 30 mães que participaram do pré-teste, uma era analfabeta, por isso os itens foram lidos pela entrevistadora. Das 29 capazes de ler; 12 solicitaram ajuda para preencher os instrumentos porque estavam segurando a criança e para 17 os instrumentos foram autoadministrados (ORÍÁ et al., 2009; VICTOR, 2008).

As mães indicaram a compreensão de cada item do instrumento por meio de uma escala numérica adaptada do tipo Likert: 1 (não compreendi nada), 2 (compreendi pouco), 3 (compreendi bastante) a 4 (compreendi totalmente e não tenho dúvidas) (CONTI, 2009). Em caso de não ter compreendido totalmente, sugeriram mudanças em espaço específico no instrumento. A análise descritiva das características socioeconômicas e condições do domicílio foi realizada utilizando frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão.

Em relação à escala, os resultados da análise semântica da compreensão das mães sobre os itens (PASQUALI, 2011), foram apresentados em frequência absoluta, relativa e o índice de concordância (IC) calculado a partir da fórmula  $IC = NC / (NC + ND)$  sendo NC, número de concordâncias em relação à alternativa da escala Likert “compreendi totalmente e não

tenho dúvidas” e ND, número de discordâncias. O item foi considerado compreensível quando o IC atingiu no mínimo 0,80 (GARCIA et al., 2002). Para avaliar a pertinência dessas sugestões, e garantir a compreensão dos itens, a versão pré-testada retornou à especialista em saúde da criança, que participou da etapa da síntese das traduções e comitê dos juízes. A versão da SICS traduzida e adaptada para o Brasil foi submetida à validação de conteúdo.

Na segunda fase do estudo foi realizada a validação de conteúdo, processo em que se verifica se o instrumento de medição e as questões que contém são representativos do domínio de conteúdo que se pretende medir (PASQUALI, 2011). Essa fase consiste na análise dos especialistas e validação de aparência pela população-alvo.

Para identificação dos especialistas, primeiro consultou-se docentes da área da saúde da criança do curso de graduação em enfermagem de uma instituição federal de ensino superior. Esses docentes por meio da amostragem “Bola de neve” indicaram especialistas no tema. A Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) foi utilizada para verificar o atendimento dos especialistas aos critérios estabelecidos a partir do sistema de classificação proposto por Joventino (2010), adaptado de Fehring (1987). Foram convidados 19 enfermeiros, dentre estes, oito participaram do estudo, número adequado segundo a recomendação de seis a dez especialistas para este tipo de validação (PASQUALI, 2011).

O material encaminhado aos especialistas era composto por uma carta explicativa, formulário referente ao perfil profissional e instrumento para validação do conteúdo quanto à clareza e compreensão, a associação com a autoeficácia materna no cuidado da criança, a relevância e o grau de relevância. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro/2014.

A linguagem utilizada e a adequação para a população alvo foram avaliadas para atender ao critério clareza e compreensão. Na associação do item com a autoeficácia materna no cuidado da criança, foi avaliado se mensurava este conceito na população alvo. Os especialistas em ambos os critérios assinalavam “sim” ou “não” de acordo com o seu julgamento. O item era claro e compreensível e relacionado à autoeficácia, quando obteve concordância mínima de 70% dos especialistas (GRANT e DAVIS, 1997). A relevância foi avaliada de acordo com o julgamento do especialista em considerar o item relevante ou não, sendo relevante o item que obteve concordância mínima de 80% (PASQUALI, 2011).

Na avaliação do grau de relevância, cada item que compõe a SICS versão brasileira, foi classificado em (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante e (4) muito relevante (JOVENTINO et al., 2013). Para analisar foi utilizado o Índice de Validade de

Conteúdo (IVC) avaliado por meio de três equações: I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais), S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo I-CVIs para todos os itens da escala) e SCVI/UA (proporção de itens classificados como realmente relevante ou muito relevante por todos os especialistas). Os itens que alcançaram no mínimo 0,80 de concordância entre os especialistas foram considerados relevantes, e os que não alcançaram foram reformulados (PASQUALI, 2011).

Posteriormente, procedeu-se a validação de aparência com a população alvo a fim de verificar se os itens da escala revisada pelos especialistas eram compreensíveis. O método de amostragem e coleta de dados desta etapa foi semelhante ao utilizado no pré-teste da adaptação transcultural, com aplicação da escala revisada e um questionário socioeconômico. A amostra foi constituída de 30 mulheres, mães de crianças com idade entre 0 a 12 meses, acompanhadas na puericultura de uma USF, vinculada ao DS V selecionada por meio de sorteio, diferente da USF onde foi realizado o pré-teste (PASQUALI, 2011).

A Análise descritiva das características socioeconômicas e condições do domicílio foi realizada. A validação de aparência (PASQUALI, 2011) da compreensão das mães sobre os itens foi avaliada utilizando o IC. Nesta etapa as mães sugeriram novas mudanças que foram julgadas, com relação à sua pertinência, pela especialista em saúde da criança que fez parte do processo de tradução e adaptação transcultural. Todos os dados foram processados e analisados utilizando o IBM SPSS Statistics versão 18.0 for Windows.

O estudo obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob CAAE Nº 26920314.1.0000.5208. A autorização para a tradução, adaptação e validação da escala foi obtida por meio de contato eletrônico com a autora, Enfermeira Dr<sup>a</sup> Tassanee Prasopkittikun.

## **RESULTADOS**

### **Traduções iniciais, Síntese das traduções e Comitê dos juízes**

As versões obtidas nas traduções iniciais não apresentaram divergências no sentido de cada item, entretanto, no comitê dos juízes foram modificadas as instruções da escala, e 18 itens. A ortografia e coesão textual foram revisadas em quatro itens (4, 7, 16, 24), enquanto nove itens (9, 11, 27, 28, 30, 33, 34, 42 e 43) foram modificados quanto à tradução. As

demais modificações (21, 25, 26, 37 e 40) se relacionaram às equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Na versão original da SICS (PRASOPKITTIKUN, 2010), no item 21 relacionado ao domínio cuidados gerais de saúde, a palavra ‘*tepid*’ significa morno. O comitê de juízes retirou a palavra ‘morno’ que neste item refere-se ao banho quando o bebê estiver com febre, por entender que poderia haver dúvida na sua definição. No item 25 foi sugerido não classificar o tipo de diarreia, pois, a tradução de ‘*mild diarrhea*’ suscita a expressão diarreia moderada. Essa classificação é utilizada pelos profissionais da saúde, porém, nem todos os cuidadores sabem diferenciar os tipos de diarreia.

A palavra ‘médico’ (*doctor*) no item 26 foi substituída por ‘profissional da saúde’ porque nos serviços de saúde no Brasil a criança com diarreia pode ser atendida por outro profissional além do médico. Quanto ao item 37 discutiu-se o termo ‘*fórmula*’, tendo em vista que seu significado pode limitar a compreensão direcionando-a ao leite artificial. Segundo os tradutores, a tradução deste termo não deveria se limitar a bebidas lácteas, sendo substituído por ‘alimentação adequada’.

No item 40, relacionado à dieta, foi acrescentada a expressão ‘alimentos da família’ que é usada na puericultura para explicar ao cuidador a introdução da alimentação complementar. A versão aprovada pelo comitê de juízes foi encaminhada para realização do pré-teste com as mães.

### **Pré-teste da versão final**

A idade média das mães foi de 27,7 anos (Desvio Padrão, DP=6,1), estando 66,7% na faixa etária acima de 25 anos, 96,6% moravam com o companheiro, 66,7% possuíam ensino médio completo ou incompleto, 73,3% não trabalhava fora do lar e 43,3% tinha apenas um filho. Quanto às características do domicílio, 53,4% residiam em casa própria, todas de alvenaria, com água encanada e a água utilizada para consumo era mineral. A renda familiar de 30% das mães variava de um (R\$724,00) a dois salários-mínimos (R\$1.448,00).

O índice de concordância total nesta etapa foi 0,979, sendo o item 17 com menor índice 0,467. Do total de 44 itens da escala, 43 foram considerados totalmente compreensíveis pelas mães, mas, seis receberam sugestões de mudanças (1, 8, 13, 15, 17 e 28). Em relação ao item 1, no domínio promoção do desenvolvimento, uma mãe referiu que faltou informar o que o bebê pode fazer com até um ano de idade. Entretanto, na avaliação da especialista o item não deveria ser alterado para não induzir a resposta.

No item 8 após sugestão de uma mãe, acrescentou-se a palavra ‘sozinho’ a fim de proporcionar clareza: ‘Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer sozinho antes de oferecer ajuda’. A modificação solicitada no item 13: ‘Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos’, substituir o verbo ‘identificar’ por ‘observar’, não foi aceita porque se entendeu que limitava o sentido da frase.

Quanto ao item 15, inserido no domínio promoção do desenvolvimento, três mães declararam necessidade de mudança no que diz respeito à palavra ‘distrair’. O item foi reavaliado, e de acordo com as sugestões das mães, modificado para: ‘Desviar a atenção do meu bebê quando ele estiver fazendo alguma coisa perigosa.’ Para garantir a coerência do item foi consultada a autora da escala original, e o item foi modificado para: ‘Desviar a atenção do meu bebê quando ele estiver fazendo alguma coisa para realizar outra atividade’.

O item 17, no domínio cuidados gerais de saúde que se refere ao uso da “pera” para aspirar ao nariz, obteve o IC abaixo de 0,7, pois, apenas 46,7% das mães compreenderam totalmente. Gerou dúvidas em 19 mães que sugeriram substituir a palavra *pera* por algo mais próximo da sua realidade cultural. Portanto, o item foi modificado para ‘Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico e a *perinha* de borracha quando tiver catarro’. O item 28 foi modificado gramaticalmente, uma vez que a conjunção ‘se’ foi acrescentada, pois, a sua ausência no item parecia confirmar que a criança teria uma convulsão.

O tempo registrado para preencher a escala variou de 10 a 35 minutos (média=16,83 DP=5,47). Em relação ao escore de autoeficácia nos cuidados da criança, o item que obteve menor confiança, média de 49,66 (DP=43,9) foi o 28 ‘Ajudar o meu bebê corretamente quando ele/ela tiver uma convulsão’. O item 43 ‘Segurar meu bebê sempre que ele estiver amamentando ou tomando mamadeira’ obteve confiança total (100%).

### **Análise dos especialistas**

Participaram desta etapa oito enfermeiras, com média de idade de 39,5 anos (DP=11,4), variando de 29 a 62 anos, todas com experiência profissional na área da criança sendo a média de tempo de serviço na assistência 11,4 anos (DP=8,19), na pesquisa 6,1 anos (DP=6,6), e na docência 8,4 anos (DP=6,6). Quanto à titulação duas eram doutoras e seis mestres.

No que diz respeito à clareza e compreensão, nove itens (15, 16, 17, 27, 28, 39, 40, 42, 43) foram reformulados porque apresentaram concordância abaixo de 70%. O item 15, obteve a menor proporção de concordância (37,5%) neste critério. Na associação de cada item

com a autoeficácia materna no cuidado da criança, o item 15 alcançou apenas 50% de concordância, os demais alcançaram concordância acima de 70%. Quanto à relevância, todos os itens apresentaram concordância acima de 80%.

A validade de conteúdo da escala global, considerando o grau de relevância, resultou em S-CVI/Ave de 0,955 e S-CVI/UA de 0,920, significando que os itens são representativos do conteúdo. Entretanto, dois itens (15 e 40) obtiveram I-CVI inferiores a 0,8 e por isso, foram reformulados. Apesar da escala apresentar S-CVI adequado e I-CVI adequado para 42 itens, as sugestões das especialistas foram analisadas e utilizadas para reformular os itens 5, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 33, 36, 39, 40, 42, 43 e 44 (Tabela 1).

**Tabela 1** Itens da escala aplicada aos especialistas que foram modificados na validação de conteúdo. Recife-PE, 2014 (continua).

<b>Itens da Escala Original</b>	<b>Itens da versão aplicada aos especialistas</b>	<b>Itens modificados após análise dos especialistas</b>
5. allow my baby to feed herself/himself thought this causes a mess.	5.Deixar meu bebê comer sozinho, mesmo que isso cause bagunça.	5.Estimular meu bebê a comer com as próprias mãos, enquanto eu o alimento, mesmo que isso cause bagunça.
15. get my baby distracted from what s/he occupied	15.Desviar a atenção do meu bebê quando ele estiver fazendo alguma coisa para realizar outra atividade.	15.Desviar a atenção do meu bebê para outra atividade quando ele estiver fazendo alguma coisa.
16. give mouth care to my baby every day.	16.Fazer a higiene bucal do meu bebê diariamente.	16.Limpar a boca do meu bebê diariamente.
17. use suction bulb correctly when my baby has phlegm.	17.Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico e a 'perinha' de borracha quando tiver catarro.	17.Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico.
23. tell the differences between vomiting and milk spiting.	23.Diferenciar vômito de regurgitação (golfo).	23.Diferenciar quando meu bebê vomitou ou regurgitou (golfou).
27. give help when my baby is constipated.	27.Ajudar meu bebê quando ele estiver com prisão de ventre.	27.Usar medidas para aliviar a prisão de ventre do meu bebê
28. give a proper care when my baby has a seizure.	28.Ajudar o meu bebê corretamente se ele/ela tiver uma convulsão.	28.Ajudar o meu bebê corretamente caso ele tenha uma convulsão.
33. gently refuse my baby when s/he insists to play a harmful toy or stay in a dangerous place.	33.De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.	33.De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos/objetos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.

**Tabela 1** Itens da escala aplicada aos especialistas que foram modificados na validação de conteúdo. Recife-PE, 2014 (conclusão).

<b>Itens da Escala Original</b>	<b>Itens da versão aplicada aos especialistas</b>	<b>Itens modificados após análise dos especialistas</b>
36. provide safe toys for my baby.	36.Dar ao meu bebê brinquedos seguros.	36.Dar ao meu bebê brinquedos seguros adequados para a idade.
39. manage a regular meal for my baby when s/he is 6 months old.	39.Preparar uma refeição adequada quando meu bebê estiver com 6 meses.	39.Preparar uma refeição adequada (de consistência pastosa e com alimentos saudáveis) quando meu bebê estiver com 6 meses.
40. manage three regular meals for my baby when s/he is 12 months old.	40.Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) quando ele(a) estiver com 12 meses.	40.Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) e dois lanches quando ele estiver com 12 meses.
42. let my baby have breast milk on schedule even I am not at home or at a place of work.	42.Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto mesmo quando eu não esteja em casa ou em local de trabalho.	42.Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto quando eu não estiver em casa.
43. hold my baby every time s/he is breast or bottle fed.	43.Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado ou tomando mamadeira.	43.Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado/ alimentado.
44. always burp my baby after breast or bottle feeding.	44.Fazer meu bebê arrotar sempre após mamar no peito ou tomar mamadeira.	44.Fazer meu bebê arrotar sempre após ser amamentado/alimentado com outro leite.

Os resultados da avaliação da clareza e compreensão, associação do item com a autoeficácia materna no cuidado da criança, relevância e as três equações I-CVI, S-CVI/Ave e S-CVI/UA estão apresentados na tabela 2.

**Tabela 2** Clareza e compreensão, Autoeficácia, Relevância e Índice de Validação de Conteúdo para cada item da SICS. Recife-PE, 2014 (continua).

<b>Item</b>	<b>Clareza e compreensão</b>	<b>Autoeficácia</b>	<b>Relevância</b>	<b>I-CVI</b>
1	6 (75,0%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
2	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
3	7 (87,5%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	1,000
4	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
5	6 (75%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	0,875
6	7 (87,5%)	7 (87,5%)	7 (87,5%)	0,875
7	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
8	6 (75%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	1,000
9	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000

**Tabela 2** Clareza e compreensão, Autoeficácia, Relevância e Índice de Validação de Conteúdo para cada item da SICS. Recife-PE, 2014 (conclusão).

<b>Item</b>	<b>Clareza e compreensão</b>	<b>Autoeficácia</b>	<b>Relevância</b>	<b>I-CVI</b>
10	7 (87,5%)	7 (87,5%)	7 (87,5%)	0,875
11	7 (87,5%)	7 (87,5%)	7 (87,5%)	1,000
12	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
13	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
14	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
15	3 (37,5%)	4 (50%)	7 (87,5%)	0,750
16	5 (62,5)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	1,000
17	5 (62,5)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	1,000
18	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	0,875
19	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
20	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
21	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	0,875
22	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	0,875
23	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
24	6 (75%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	1,000
25	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
26	6 (75%)	8 (100,0%)	7 (87,5%)	0,875
27	5 (62,5%)	8 (100,0%)	7 (87,5%)	0,875
28	4 (50%)	8 (100,0%)	7 (87,5%)	0,875
29	7 (87,5%)	8 (100,0%)	7 (87,5%)	0,875
30	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
31	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
32	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
33	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
34	7 (87,5%)	8 (100,0%)	7 (87,5%)	1,000
35	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
36	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
37	7 (87,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
38	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
39	5 (62,5%)	8 (100,0%)	7 (87,5%)	0,875
40	5 (62,5%)	7 (87,5%)	7 (87,5%)	0,750
41	7 (87,5%)	7 (87,5%)	7 (87,5%)	0,875
42	5 (62,5%)	7 (87,5%)	8 (100,0%)	1,000
43	5 (62,5%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
44	6 (75%)	8 (100,0%)	8 (100,0%)	1,000
S-CVI/Ave				0,955
S-CVI/UA				0,920

## Validação de aparência

A idade média das mães foi de 27,9 anos (DP=7,0), estando 60% na faixa etária acima de 25 anos. A maioria morava com o companheiro (96,7%), possuía ensino médio completo ou incompleto (80%), não trabalhava fora do lar (56,7%) e 66,7% tinham apenas um filho. Todas moravam em domicílios de alvenaria, sendo 60% em casa própria, com água encanada. Quanto à água utilizada para consumo, 80% era mineral e 16,7% filtrada. A renda mensal de 40% das famílias era de um salário mínimo (R\$724,00).

A compreensão total da SICS após validação de aparência foi 0,980. Nesta etapa, o item que obteve menor índice de concordância (0,833) foi o 15. Apesar do IC acima de 0,80 as mães sugeriram mudanças, como solicitar a inclusão de exemplos, o que refletiu a falta de clareza e compreensão do item. Além desse, outros cinco itens (4, 6,17,43,44) receberam sugestões e foram alterados (Tabela 3). Para definir a adequação pertinente, as sugestões foram analisadas e optou-se pela retirada do item 15, cujo I-CVI foi 0,750.

Nesta etapa o tempo para preencher a escala variou de 10 a 34 minutos (média=16 DP=6). Em relação ao escore de autoeficácia nos cuidados da criança, o item que obteve menor confiança, média de 47,67 (DP=42,6) foi o 28 'Ajudar o meu bebê corretamente caso ele tenha uma convulsão'. O item 12 'Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias' obteve confiança total (100%).

Após a validação de conteúdo e aparência, com a retirada do item 15, foram recalculados o S-CVI/Ave e a compreensão total da escala adaptada para o Brasil com 43 itens distribuídos nos quatro domínios: promoção do desenvolvimento (14 itens); cuidados gerais de saúde (15 itens); segurança (6 itens) e dieta (8 itens). O S-CVI/Ave foi de 0,959 e o IC de 0,983.

**Tabela 3** Itens da escala aplicada às mães que foram modificados na validação de aparência. Recife-PE, 2014 (continua).

<b>Itens da Escala Original</b>	<b>Itens da versão aplicada às mães</b>	<b>Itens modificados após validação de aparência</b>
4. teach my baby name of person, animals, and objects.	4. Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.	4. Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos/coisas.
6. play with my baby every Day though I am very busy.	6. Brincar com meu bebê todos os dias, mesmo que esteja muito ocupado(a).	6. Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que eu esteja muito ocupada/cansada.

**Tabela 3** Itens da escala aplicada às mães que foram modificados na validação de aparência. Recife-PE, 2014 (conclusão).

<b>Itens da Escala Original</b>	<b>Itens da versão aplicada às mães</b>	<b>Itens modificados após validação de aparência</b>
17. use suction bulb correctly when my baby has phlegm.	17.Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico.	17.Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico quando tiver catarro.
43. hold my baby every time s/he is breast or bottle fed.	43.Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado/ alimentado.	43.Segurar de forma correta o meu bebê durante a amamentação/alimentação.
44. always burp my baby after breast or bottle feeding.	44.Fazer meu bebê arrotar sempre após ser amamentado/alimentado com outro leite.	44.Fazer meu bebê arrotar logo após a amamentação ou alimentação com outro leite.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados após o processo de tradução e adaptação transcultural evidenciaram que a Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança é válida do ponto de vista de conteúdo para uso no Brasil. Todas as modificações mantiveram a equivalência entre a SICS original e a versão traduzida para o português.

O processo de tradução e adaptação de instrumentos deve garantir o rigor e a fidedignidade. Neste estudo, utilizou-se o protocolo de Beaton et al. (2007) por conter etapas que visam manter a equivalência entre a fonte original e a versão traduzida. A composição de tradutores e a representação do público alvo foi criteriosa para obter uma versão próxima da original e compatível com a realidade cultural brasileira (BEATON et al., 2007; ORIÁ e XIMENES, 2010).

No comitê dos juízes, algumas expressões foram alteradas ou acrescentadas para evitar dúvidas que poderiam interferir na compreensão da mãe. No item 9 acrescentou-se a palavra ‘diferentes’ para evidenciar a importância da mãe identificar o significado dos diferentes choros da criança, que pode ser por fome, desconforto, frio/calor, dor, necessidade de aconchego (BRASIL, 2012). No item 21 retirou-se a palavra ‘morno’ relacionada ao banho. Um ensaio clínico randomizado em crianças com idade entre 6 a 60 meses, identificou que a dipirona utilizada isoladamente proporcionava melhor controle da temperatura. O banho morno pode provocar moderado desconforto, choro e irritabilidade na maioria das crianças (ALVES, 2008). Em caso de febre é recomendado manter a criança em repouso, em ambiente ventilado, oferecer líquidos e antitérmico (BRASIL, 2012).

No item 33 a expressão ‘dizer não ao meu bebê’ foi substituída por ‘de forma gentil não deixar’ referindo-se ao contato da criança com brinquedos que podem machucá-la ou ficar em lugares perigosos. Nesse sentido, a forma afetiva de orientar a criança pode gerar melhor resultado, pois, nos dois primeiros anos, o desenvolvimento afetivo, caracterizado no apego, é o vínculo afetivo básico (BRASIL, 2012).

No item 37 foi acrescentada a expressão ‘alimentação adequada’, de forma a não limitar a escolha da alimentação láctea. A recomendação do MS do Brasil é a amamentação exclusiva até seis meses de vida, complementada até dois anos ou mais, e a introdução de novos alimentos aos seis meses, de forma gradual (BRASIL, 2013). Em relação às situações em que há limitações ao aleitamento materno, recomenda-se o uso de fórmulas infantis, pois, embora não tenham os mesmos benefícios, suas propriedades atendem as necessidades nutricionais da criança no primeiro ano de vida. Entretanto, no Brasil por questões socioeconômicas, estas não podem ser adquiridas pela maioria da população (ROCHA e SOARES, 2010; BARBOSA et al., 2007). A adequação realizada concedeu um sentido regional e próximo da linguagem utilizada pelas mães e profissionais da saúde.

No pré-teste, a sugestão das mães em inserir exemplos no item 1 ‘Dizer o que meu bebê pode fazer nesta idade’ não foi aceita por se considerar que poderia induzir a resposta. Esse detalhamento está descrito na caderneta de saúde da criança, documento que contém informações relacionadas ao cuidado da saúde, crescimento e desenvolvimento; além das orientações necessárias para estimular o desenvolvimento (BRASIL, 2012).

Também foram sugeridas, pela população alvo, outras modificações na escala a fim de melhorar a clareza e compreensão (PASQUALI, 2011). Por exemplo, acrescentou-se a palavra ‘sozinho’ ao item 8 que trata de uma das formas de estimular o desenvolvimento. No primeiro ano de vida cada habilidade adquirida pela criança, por meio das atividades motoras reflexas, evolui gradativamente para movimentos voluntários (FROTA et al., 2011; BRASIL, 2012). Nesse sentido, é fundamental que a criança seja estimulada pela mãe para realizar atividades motoras sob sua supervisão.

O conteúdo da escala traduzida e adaptada foi considerado relevante, uma vez que, atingiu S-CVI/Ave de 0,955, sendo o valor mínimo esperado 0,8 (PASQUALI, 2011; POLIT, 2006), este resultado demonstra que os itens são válidos para a temática autoeficácia materna no cuidado da criança. Quanto ao I-CVI apenas dois itens não alcançaram o valor mínimo. Os itens 15 ‘*Desviar a atenção do meu bebê quando ele estiver fazendo alguma coisa para realizar outra atividade*’ e 40 ‘*Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) quando ele estiver com 12 meses*’ obtiveram I-CVI de 0,750. Apesar de não terem

alcançado o IVC esperado, nessa etapa, estes itens permaneceram na escala, mas, foram reformulados, a partir da opinião dos especialistas (POLIT, 2006).

Um dos especialistas sugeriu retirar o pronome pessoal ‘meu’ de todos os itens da escala, sugestão não acatada. A autoeficácia materna no cuidado da criança se refere à confiança que a mãe tem em desempenhar com sucesso o cuidado em relação ao seu filho. Consiste na “crença pessoal quanto à capacidade para realizar uma ação específica necessária à obtenção de um determinado resultado” (BANDURA et al., 1977). Há evidências empíricas de que as crenças de autoeficácia influenciam todos os aspectos da vida das pessoas, especialmente na motivação para realizar tarefas (BANDURA, 1994).

Na etapa da validação de aparência com as mães o item 15 obteve IC adequado. Todavia, apesar das adequações realizadas no processo de tradução e adaptação transcultural, as mães ainda solicitaram a inclusão de exemplos. Embora não seja comum a retirada de itens antes da avaliação das propriedades psicométricas (REICHENHEIM e MORAES, 2007), optou-se pela exclusão deste item, tendo em vista a evidente falta de clareza ao término das análises realizadas (VICTOR et al., 2008). Ressalta-se que na caderneta de saúde da criança do MS do Brasil, no que diz respeito à vigilância do desenvolvimento, não existe aspecto semelhante ao recomendado no item 15 da SICS original, o que não compromete a avaliação desse domínio na escala (BRASIL, 2012).

No item 40, acrescentou-se a expressão ‘dois lanches’: *‘Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) e dois lanches quando ele estiver com 12 meses’* a fim de considerar a recomendação do MS (BRASIL, 2013).

Após a tradução, adaptação transcultural e validação de conteúdo a SICS, ficou constituída por 43 itens que avaliam a confiança da mãe em realizar os cuidados. O conhecimento das práticas de cuidado que contribuem para a saúde da criança ainda é insuficiente, pois, a insegurança em realizar adequadamente procedimentos básicos mostra a necessidade de identificar a autoeficácia materna e ter subsídios para as ações educativas em saúde (NETO et al., 2013; PRASOPKITTIKUN, 2010).

Todos os cuidados descritos na escala adaptada corroboram com as orientações recomendadas pelo MS para a consulta da criança em puericultura. Nesta consulta, as ações de educação em saúde são fundamentais para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção de agravos (BOEHS et al., 2011). Sabe-se que a quantidade de informações relacionadas a estes cuidados pode dificultar a compreensão da mãe. Por isso, a Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança será útil para identificar o escore de autoeficácia materna no cuidado da criança e selecionar as informações necessárias à

promoção da saúde da criança. Além de otimizar o tempo do atendimento, pode resgatar o conhecimento prévio da mãe sobre os cuidados e facilitar a compreensão de outros cuidados associando o saber científico ao popular.

## **CONCLUSÃO**

Após tradução, adaptação e validação de conteúdo, a SICS mostrou-se adequada à realidade cultural brasileira. A aplicação da escala às mães no pré-teste e validação de aparência permitiu aproximar o conteúdo dos itens às expressões regionais e torná-los mais compreensíveis. Na avaliação global, pelos especialistas, a escala obteve IVC de 0,959 superior ao considerado aceitável e as sugestões dos especialistas proporcionaram clareza aos itens.

A partir da adaptação transcultural e validação de conteúdo obteve-se a versão em português para o Brasil, no entanto, é necessária a verificação das propriedades psicométricas antes da sua aplicação para mensurar a autoeficácia materna no cuidado da criança até um ano de idade. Para tanto, recomenda-se a realização da análise da confiabilidade por meio do alfa de Cronbach e o teste-reteste, além da validação de constructo e de critério.

Após avaliar as propriedades psicométricas será possível a aplicação da escala na consulta de Enfermagem em puericultura a fim de identificar as orientações necessárias, e, por conseguinte, direcionar as informações relativas aos cuidados voltados à promoção da saúde da criança. Nesse sentido, a seleção de informações a serem transmitidas na consulta, além de facilitar a compreensão das mães irá otimizar o tempo do atendimento e contribuir na sistematização da consulta.

## **REFERÊNCIAS**

Alves, J.G.B., Almeida, N.D.M., Almeida, C.D.C.M., 2008. Tepid sponging plus dipyrone versus dipyrone alone for reducing body temperature in febrile children. *São Paulo Medical Journal*. 126(2),107-11.

Bandura, A., Adams, N.E., Beyer, J., 1977. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of personality and social psychology*. 35(3), 125-139.

Bandura, A., 1994. Self-Efficacy. In: Ramachaudran, VS, editor. *Encyclopedia of Human Behavior*. Academic Press, New York.

Barbosa, M.B., Palma, D., Bataglin, T., Taddel, J.A.A.C., 2007. Custo da alimentação no primeiro ano de vida. *Revista de Nutrição*. 20(1), 55-62

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B., 2007. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures; 2007.

Boehs, A.E., Ribeiro, E.M., Grisotti, M., Saccol, A.P., Rumor, P.C.F., 2011. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. *Physis* 21(3), 1005-1021.

Brasil, Ministério da Saúde, 2013. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2 ed. Editora MS, Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde, 2012. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. 1 ed. Ministério da Saúde, Brasília.

Campos, R.M.C., Ribeiro, C.A., Silva, C.V., Saporoli E.C.L., 2011. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 45(3), 565-73.

Conselho Nacional de Saúde, 2012. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013. Portal da Legislação.

Conti, M.A., Latorre, M.R.D.O., Hearst, N., Segurado, A., 2009. Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Areas Scale for Brazilian adolescents. *Caderno Saúde Pública* 25(10), 2179-86.

Falbo, B.C.P., Andrade, R.D., Furtado, M.C.C., Mello, D.F., 2012. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 65(1),148-54.

Fehring, R.J., 1987. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung* 16(6), 625-9.

Frota, M.A., Bezerra, J.A., Férrer, M.L.S., Martins, M.C., Silveira, V.G.,2011. Maternal perception regarding child care and development. *Brazilian journal in health promotion*. 24(3): 245-50.

Garcia, T.R., Nóbrega, M.M.L., Sousa, M.C.M., 2002. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC® para o eixo foco da prática em enfermagem da CIPE. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 55(1), 52-63.

Grant, J.S.; Davis, L.L., 1997. Focus on qualitative methods: selection and use of content experts for instrument development. *Research in nursing and health*. 20(3), 269-274.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos, 2014. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Ipea: MP, SPI, Brasília.

Joventino, E.S., Ximenes, L.B., Almeida, P.C., Oriá, M.O.B., 2013. The Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. *Public health nursing*. 30(2),150-8.

Mello, D.F., Henrique, N.C.P., Pancieri, L., Veríssimo, M.L.R.V., Tonete V.L.P., Malone, M.,2014 Child safety from the perspective of essential needs. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 22(4): 604-10.

Neto, M., Nassar, P.R., Freitas, T.M., Porto, F., 2013. Newborn care: hygiene and clothing, in the nineteenth century. *Revista Enfermagem UERJ*. 21(2),192-6.

Oriá, M.O.B., Ximenes, L.B., Almeida, P.C., Glick, D.F., Dennis, C.L., 2009. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public health nursing*. 26(6), 574–583.

Oriá, M.O.B., Ximenes, L.B., 2010. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(2), 230-8.

Pasquali, L., 2011. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 4 ed. Vozes, Petrópolis.

Prasopkittikun, T., Tilokskulchai, F., Sinsuksai, N., Sitthimongkol, Y., 2006. Self-efficacy in infant care scale: development and psychometric testing. *Nursing & health sciences*. 8(1), 44–50.

Prasopkittikun, T., 2010. Self-efficacy in infant care scale: revision and further psychometric testing. *Nursing & health sciences*. 12(4), 450-455.

Polit, D., Beck, C.T., 2006. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 29(5), 489-97.

Reichenheim, M.E., Moraes, C.L., 2007. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. *Revista de Saúde Pública*; 41, 665-73.

Rocha, R., Soares, R.R., 2010. Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health economics*. 19 (supl 1), 126-158.

Silva, D. I., Chiesa, A. M., Veríssimo, M. L. O. R., Mazza, V. A., 2013. Vulnerability of children in adverse situations to their development: proposed analytical matrix. *Revista Escola de Enfermagem USP*;47(6):1397-402.

Smith, B.J., Tang, K.C., Nutbean, D., 2006. Health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*. 21(4), 340-345.

Vasconcelos, M.V., Frota, M.C., Martins, M.C., Machado, M.M.T., 2012. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 16(2), 326-331.

Victor, J.F., Ximenes L. B., Almeida, P.C., 2008. Adaptação transcultural para o Brasil da Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) para aplicação em idosos: uma validação semântica. Cadernos de Saúde Pública. 24(12), 2852-60.

## 6 CONCLUSÕES

A versão brasileira da Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança, após as etapas de tradução, adaptação e validação de conteúdo, consta de 43 itens distribuídos em quatro domínios: promoção do desenvolvimento; cuidados gerais de saúde; segurança e dieta. A escala é válida do ponto de vista de conteúdo, uma vez que o SCVI/Ave foi de 0,959 e o Índice de Concordância (IC) em relação à compreensão das mães após validação de aparência foi de 0,983.

O uso desta escala será útil para selecionar as informações a serem dialogadas na consulta de puericultura, além de otimizar a compreensão da mãe, e estimular sua autonomia em realizar os cuidados que promovam à saúde. Nesse sentido, a versão da *Self-efficacy in Infant Care Scale* adaptada à realidade cultural do Brasil obtida nessa dissertação, contribui para suprir parte da lacuna do conhecimento identificada na revisão integrativa da literatura que indica a realização de novas pesquisas voltadas às orientações na consulta de puericultura coerentes com as necessidades das famílias.

O artigo de revisão integrativa evidenciou que os cuidados realizados no domicílio, são voltados principalmente às necessidades gerais de saúde e dieta da criança, sendo a promoção do desenvolvimento e segurança pouco enfatizados. Dentre os 11 artigos selecionados, nove estavam relacionados à dieta e sete no domínio cuidados gerais de saúde. Os cuidados gerais identificados nos estudos, em algumas famílias, foram subsidiados pelas práticas populares e terapia alopática.

As ações de educação em saúde guiadas pela avaliação da autoeficácia materna nos cuidados à criança podem minimizar os agravos provenientes de práticas, por vezes inadequadas, nos cuidados à criança e otimizar o tempo do atendimento contribuindo para a sistematização da assistência à criança.

Destaca-se a importância de continuidade no estudo de validação para verificação das propriedades psicométricas antes da aplicação da *SICS*, versão brasileira, para mensurar a autoeficácia materna no cuidado da criança com até um ano de idade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado em 2013 Set 10]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)
2. Martins PH. Uma nova compreensão da família no processo de descentralização da política de saúde. In: Augusto LGS, Beltrão A. Atenção à saúde: o ensino da saúde na comunidade. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2008. p. 120-130.
3. Bernardes BC. Parentalidade e dinâmica transferencial no atendimento conjunto pais-crianças [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-graduação em Psicologia; 2008. [citado em 2013 Ago 15]. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/handle/123456789/1580>
4. Jager ME, Bottoli C. Paternidade: vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicol Teor Prat.* [Internet] 2011; 13(1) 141-153 [citado em 2015 Jan 19]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872011000100011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872011000100011&script=sci_arttext)
5. Santos AMR, Amorim NMA, Braga CH, Lima FDM, Macedo EMA, Lima CF. Vivências de familiares de crianças internadas em um serviço de pronto-socorro. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011; 45(2): 473-9. [citado em 2013 Ago 22]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a23.pdf>
6. Boehs AE, Ribeiro EM, Grisotti M, Saccol AP, Rumor PCF. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da estratégia de saúde da família. *Physis (Rio J.)* [Internet]. 2011; 21(3): 1005-21. [acesso em 01 set. 2013]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312011000300013&script=sci_arttext)
7. Fujimori E, Ohara, CVS. A Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri (SP): Manole; 2009.
8. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Diretriz de atenção à saúde da criança curitibana [Internet]. 22 ed. Curitiba (PR): Secretaria Municipal da Saúde; 2012. [citado em 2013 abr 17]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/programas/arquivos/DiretrizAtencaoSaudeCrianca.pdf>

9. Brasil; Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 80 p.
10. Osís MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Públ [Internet]. 1998 [citado em 2014 Nov 21]; 14(Supl. 1): 25-32. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>
11. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. The Lancet [internet]. 2011; 377(9780): 1863-76 [citado em 2014 Dez 19]. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960138-4/abstract>
12. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities. The Lancet 2013; 382 (9886): 57-64.
13. Heitor Tognoli[et al.]. Curso de especialização em saúde da família: saúde da criança - medicina [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2013 [citado em 2014 Set 10]
14. Rocha R, Soares RR. Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. Health econ. 2010; 19 (supl 1):126-158.
15. Macinko J, Guanais F, Souza MFM. Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006; 60 (1): 13-19.
16. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea: MP, SPI; 2014.
17. Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. J Pers Soc Psychol. 1977; 35(3): 125-39.
18. Brites R, Nunes O. Uma nova escala de auto-eficácia parental: estudos sobre validação. VII Simpósio de Investigação em Psicologia do Minho; 2010; Centro de

- Investigação em Psicologia – Universidade Autónoma de Lisboa. Minho, Portugal; 2010.
19. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewoods Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
  20. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
  21. Bandura A. Self-Efficacy. In: Ramachaudran, V.S. Encyclopedia of human behavior. New York: Academic Press; 1994. p. 71-81.
  22. Van DB, Shortridge-baggett LM. The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Sch Inq Nurs Pract.* 2001; 15(3): 189-207.
  23. Froman RD, Owen SV. Infant care self-efficacy. *Sch Inq Nurs Pract.* 1989; (3)3: 199-211.
  24. Reece SM. The parente expectations survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clin Nurs Res.* 1992; 1(4): 336-346.
  25. Teti DM, Gelfand DM. Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal self-efficacy. *Child Dev.* 1991; 62 (5): 918-929.
  26. Prasopkittikun T, Tilokskulchai F, Sinsuksai N, Sitthimongkol Y. Self-efficacy in infant care scale: development and psychometric testing. *Nurs. health sci.* 2006; 8(1): 44-50.
  27. Prasopkittikun T. Self-efficacy in infant care scale: revision and further psychometric testing. *Nurs. health sci.* 2010; 12(4): 450-5.
  28. Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2012; 16(2): 326-31.
  29. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado em 2013 Set. 10]; 16(1): 319-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_arttext)

30. LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
31. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? An Sist Sanit Navar [Internet]. 2011 [citado em 2013 Set16]; 34(1): 63-72. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272011000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113766272011000100007&script=sci_arttext)
32. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
33. Behling O, Law KS. Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions. Thousand Oaks: Sage; 2000.
34. Maneesriwongul W, Dixon JK. Instrument translation process: a method review. J Adv Nurs; 2004; 48(2): 175-86.
35. Maneesri Wongul W, Dixon JK. Instrument Translation process: a methods review. J Adv Nurs. 2004; 48 (2): 175-86.
36. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures; 2007. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>
37. Oriá, MOB. Tradução e validação da Breastfeeding Self-efficacy Scale: aplicação em gestantes [tese] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2008.
38. Iwamizu JS. Tradução, adaptação transcultural, validade e fidedignidade de um instrumento para identificação do perfil motor de crianças entre 3 e 5 anos de idade [dissertação]. São Paulo: USP, Escola de Educação Física e Esporte; 2013. . [citado em 2013 Set 20]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/39/39133/tde-09052013-095623/pt-br.php>
39. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(7): 3061-8.

40. Organização das Nações Unidas, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de desenvolvimento do milênio; 2013. [citado em 2014 Nov 21]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/index.php>
41. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado em 2014 Set 10]. Disponível em: <file:///C:/Users/talita%20helena/Desktop/parto.pdf>
42. Souza AIJ, Döhms M, et al. Saúde em família: modalidade à distância [Internet]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010 [citado em 2014 Set 10]. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Documents/Downloads/Mod\\_5\\_Enfermagem.pdf](file:///C:/Users/usuario/Documents/Downloads/Mod_5_Enfermagem.pdf)
43. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado em 2010 Jan 13]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
44. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2004 [citado em 2014 Dez 20]. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto\\_Aprovado\\_na\\_tripartite.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf)
45. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 164 p.
46. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 128 p.
47. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Plano Brasil sem Miséria [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 2014 Set 10]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/brasilsemmiseria/brasil-carinhoso>
48. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Portaria consolidada da Rede Cegonha. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [citado em 2013 Set 10 2013]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_consolidada\\_cegonha.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf)

49. Brasil, Ministério da saúde. Política Nacional de Atenção Integral À Saúde da Criança [Internet]. Brasília: MS; 2014 [atualizado 2014 Dez 12, citado 2014 Dez 12]. Disponível em: <http://www.avante.org.br/aprovada-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca/>.
50. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporolli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3): 566-74.
51. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1): 148-54.
52. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
53. Veríssimo MLOR, Sigaud CHS, Rezende MA, Ribeiro MO. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara, CVS. *A Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri (SP): Manole; 2009. p. 91-120.
54. Brasil, Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança: passaporte da cidadania. 6. ed. Brasília: Editora MS; 2009.
55. Braga DAP. A enfermeira e o cuidado para o desenvolvimento infantil na unidade de terapia intensiva pediátrica. São Paulo: [editor desconhecido]; 2013. 143 p.
56. Assis WD, Collet Neusa, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev Bras de Enferm*. 2011; 64 (1): 38-46.
57. Lima DB, Silva MMS, Paula HAA, Ribeiro RCL, Alfenas RCG. Alimentação na primeira infância no Brasil. *Rev APS*. 2012; 15(3): 336-44.
58. Costa ACPJ, Bandeira LPL, Araújo MFM, Gubert FA, Rebouças CBA, Vieira NFC. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [internet]. 2013; 5(2): 3626-35. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2271>
59. Montrone AVG, Rani R, Takaesu RK, Arantes CIS, Fabbro MRC. Percepções e práticas de cuidadoras comunitárias no cuidado de crianças menores de três anos. *Trab Educ Saúde*. 2013; 11(3): p. 659-78.

60. Brasil, Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília (DF): Editora MS; 2013.
61. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. 1 ed. Brasília (DF): Editora MS; 2009.
62. Silvestre PK, Carvalhaes MABL, Venâncio SI, Tonete VLP, Parada CMGL. Conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre aleitamento materno em serviços públicos de saúde. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2009; 17 (6): 953-960.
63. Lindsay AC, Machado MT, Sussner KM, Hardwick CK, Peterson KE. Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. *Food and Nutrition Bulletin*. (Online) [internet]. 2008 [Cited 2013 dec 22] 29(1):15-23 [included in the review].
64. Andrade LCO, Santos MS, Aires JS, Joventino ES, Dodt RCM, Ximenes LB. Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(1): 99-105.
65. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Prevenção e cuidados da pele da criança e do recém nascido. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(1): 102-10.
66. Ferreira AS, Guerra ALCI, Javorski M, Bonfim SFSF, Silva TA, Leal LP. Lesões de pele em recém-nascidos e lactentes. *Rev. Enferm* [Internet]. 2013 [citado em 20 dez. 2013]; 21(2): 208-15. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a12.pdf>
67. Remor CB, Pedro VL, Ojeda BS, Gerhardt LM. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2009 [citado em 2014 Abr 14]; 13(4): 786-92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400014)
68. Amaral JF, Paixão ACD. Estratégias de Prevenção de Acidentes na Criança e adolescente. *J. pediatri*. [Internet]. 2007 [citado em 2014 Mar 26]; 8(2):66-72. Disponível em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/8.2%20Art%20Rev%20-%20Estrat%20E9gias%20de%20preven%20E7%E3o%20de%20acindetes%20na%20crian%20E7a%20e%20adolescente.pdf>

69. Martins, CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2013 [citado em 2014 Mar 30]; 66(4): 578-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a17.pdf>
70. Ricco RG, Del Ciampo LA, Muccillo G. *Puericultura princípios e práticas: avaliação integral à saúde da criança e do adolescente*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
71. Brasil; Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Editora MS; 2010.
72. Oliveira JR, Costa MCO, Amaral MTR, Santos CA, Assis SG, Nascimento OC. Violência sexual e coocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao logo de uma década. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19(3): 759-71.
73. Frota MA, Bezerra JA, Férrer MLS, Martins MC, Silveira VG. Maternal perception regarding child care and development. *Brazilian journal in health promotion*. [Internet]. 2011 [citado em 2013 Out 12]; 24(3): 245-50. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2078>.
74. Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. *Teoria Social Cognitiva. Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed. 2008.
75. Pajares F, Olaz F. Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral. In: Bandura, A, Azzi, AR, Polydoro, SAJ. *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 97-114
76. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977a; 84(2):191-215
77. Smith BJ, Tang KC, Nutbean D. Health promotion glossary: new terms. *Health Promot Int*. 2006; 21(4): 340-345.
78. Dennis CL. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact*. 1999; 15(3): 195-200.
79. Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, Glick DF, Dennis CL. Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public health nurs*. 2009; 26(6): 574–583.

80. Joventino ES, Ximenes LB, Almeida PC, Oriá MOB. The Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. *Public health nurs.* 2013; 30(2): 150-8.
81. Bland AD, Keger MC, Escoffery C, Malcoe LH. Understanding childhood lead poisoning preventive behaviors: the roles of self-efficacy, subjective norms, and perceived benefits. *Prev Med.* 2005; 41(1): 70-78.
82. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res.* 1998; 7(4): 323-35.
83. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, [citada em 2015 jan 24] 41(4):665-673. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400024&lng=en&nrm=iso)>.
84. Gubert FA, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Oriá MOB, Ferreira AGN, Arcanjo GV. Tradução e validação da escala *Partner Communication Scale* - versão brasileira com adolescentes do sexo feminino. [Internet]. 2013 [citado em 2015 Jan 24]; 47(4): 822-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en\\_0080-6234-reeusp-47-4-0822.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0822.pdf)
85. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. 4 ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
86. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. *Metodologia de Pesquisa*. 5 ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
87. Fayers PM, Machin D. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. 2ed. Chichester: Wiley; 2007.
88. Ribeiro MAS, Vedovato TG, Lopes MHBM, Monteiro MI, Guirardello EB. Estudos de validação na Enfermagem: revisão integrativa. *Rev Rene.* 2013; 14(1):218-28.
89. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cien Saúde Colet.* 2011; 16 (Supl1):1547-54.

90. Pinheiro AKB. Editorial: enfermagem e práticas de educação em saúde. *Rev Rene*. 2011; 12(2): 225.
91. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendências das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(2): 273-7.
92. Prado EV, Falleiro LM, Mano MA. Cuidado, promoção de saúde e educação popular: porque um não pode viver sem os outros. *Rev APS*. 2011; 14(4): 464-471.
93. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.
94. Freire P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1999.
95. Monteiro, EMLM. Educação Popular em Saúde. Recife: [editor desconhecido]; 2014. 51p.
96. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18(1): 55-60.
97. Buboltz FL, Neves ET, Arrué AM, Silveira A, Jantsch LB. Educação em saúde como competência gerencial do enfermeiro nos serviços de saúde da criança: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014; 8(4):1038-47.
98. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19 (3): 847-852.
99. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 1990 Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
100. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. [Internet]. 2008 [citado em 2013 Out 09]; 17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

101. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. 3 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)
102. Pompeo DA. Diagnóstico de enfermagem náusea em pacientes no período pós operatório imediato: revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2007.
103. Galvão CM. Níveis de evidência. Editorial. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2006 [citado em 2013 Out 30 2013]; 19(2): 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a01v19n2.pdf>.
104. Toledo, MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
105. Prefeitura do Recife. Distrito Sanitário V 2013 [Internet]. Recife: Prefeitura do Recife; [atualizado em 20015 Jan 23; citado em 2015 Jan 23]. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/telefones-uteis/distrito-sanitario-V-2/>
106. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC. Adaptação transcultural para o Brasil da Exercise Benefits/Barriers Scale (EBBS) para aplicação em idosos: uma validação semântica. Cad Saúde Pública. 2008; 24(12): 2852-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/14.pdf>
107. Conti MA, Latorre MRDO, Hearst N, Segurado A. Cross-cultural adaptation, validation and reliability of the Body Areas Scale for Brazilian adolescents. Cad Saúde Pública. 2009; 25(10): 2179-86.
108. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Portal da Legislação: Leis Ordinárias; 1996 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>
109. Garcia TR, Nóbrega MML, Sousa MCM. Validação das definições de termos identificados no projeto CIPESC para o eixo foco da prática em enfermagem da CIPE. Rev Bras Enferm. 2002; 55(1): 52-63.

110. Joventino, ES. Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. [dissertação] Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem; 2010.
111. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987; 16(6): 625-9.
112. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998; 25(5): 206-23.
113. Polit D, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006; 29(5):489-97.
114. Pupulim, JSL. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2009.
115. Grant, JS; Davis LL. Focus on qualitative methods: selection and use of content experts for instrument development. *Res. Nurs. Health*. 1997; 20(3): 269-274.

## **APÊNDICES**



12. show affection to my baby every day	
13. read my baby's gesture of what s/he wants or needs.	
14. speak to and make eye-to-eye contact with my baby during breast or bottle feeding.	
15. get my baby distracted from what s/he occupied	
16. give mouth care to my baby every day.	
17. use suction bulb correctly when my baby has phlegm.	
18. give my baby medication without choking her/him	
19. use a thermometer correctly when taking my baby's temperature.	
20. prevent my baby from diaper rash.	
21. decide when I should give my baby a tepid sponge when s/he has a fever.	
22. relieve gas pain to my baby.	
23. tell the differences between vomiting and milk spitting.	
24. tell whether my baby's bowel movements are normal.	
25. give a proper care when my baby gets mild diarrhea.	
26. decide whether my baby with diarrhea should see a doctor.	
27. give help when my baby is constipated.	
28. give a proper care when my baby has a seizure.	
29. give first aid to my baby when there is an object blocking her/his throat or nostrils.	
30. give a proper care to prevent suffocation when my baby is vomiting.	
31. protect my baby from cigarette smoke.	
32. protect my baby from getting close to person having a cold.	
33. gently refuse my baby when s/he insists to play a harmful toy or stay in a dangerous place.	
34. make home environment safe for my baby.	

35. hold my baby firmly while bathing or feeding her/him.	
36. provide safe toys for my baby.	
37. select formula that is appropriate for my baby's age.	
38. clean utensils (e.g., bottle, pacifier) correctly.	
39. manage a regular meal for my baby when s/he is 6 months old.	
40. manage three regular meals for my baby when s/he is 12 months old.	
41. provide solid food that is appropriate for my baby's age.	
42. let my baby have breast milk on schedule even I am not at home or at a place of work.	
43. hold my baby every time s/he is breast or bottle fed.	
44. always burp my baby after breast or bottle feeding.	

#### **THANK YOU**

Further reproduction is prohibited without permission from Tassanee Prasopkittikun, PhD, RN, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand. E-mail: tassanee.pra@mahidol.ac.th

## APÊNDICE B - Versões produzidas nas traduções iniciais e síntese das traduções (T12)

<b>SÍNTESE DAS TRADUÇÕES</b>			
<b>Escala original</b>	<b>Tradutor 1 (T1)</b>	<b>Tradutor 2 (T2)</b>	<b>Síntese das traduções (T12)</b>
Self-efficacy in Infant Care Scale	Auto-eficácia em Escala de Cuidados Infantis	Escala de Auto Eficácia no Cuidado Infantil	Escala de autoeficácia nos cuidados com a criança
<p><b>Instruction:</b> The following items asking about the confidence or belief you have in your ability to effectively manage a variety of tasks or situations in taking care of your infant aged from birth to one year old. On the items below, please rate your degree of confidence in performing the designated tasks/situations by recording in each of the blank boxes a number from 0 to 100 using the scale given below.</p>	<p><b>Instrução:</b> Os itens seguintes questionando sobre a confiança que você tem em sua habilidade para gerenciar uma variedade de tarefas ou situações no cuidado com seu filho do nascimento até um ano de idade. Nos itens abaixo, por favor avalie seu grau de confiança no desempenho das tarefas/situações designadas em cada um dos espaços em branco, por meio de um valor entre 0 e 100, utilizando a escala dada abaixo.</p>	<p><b>Instruções:</b> Os seguintes itens perguntam sobre a confiança ou convicção que você tem em sua capacidade de manejar (OU conduzir) efetivamente uma variedade de tarefas ou situações relacionadas ao cuidado do seu bebê desde o nascimento até um ano de vida. Nos itens abaixo, por favor, classifique o seu grau de confiança na realização das tarefas/situações marcando em cada um dos quadrados um número de 0 a 100 usando a escala dada abaixo.</p>	<p><b>Instrução:</b> Os itens descritos perguntam sobre a confiança na sua capacidade de organizar e/ou realizar com sucesso uma variedade de tarefas sobre os cuidados com seu filho desde o nascimento até o último ano de vida. Em cada item abaixo, avalie e classifique o seu grau de confiança para realizar cada tarefa ou cuidado, marque em cada quadrado em branco o número de 0 a 100 que corresponde à sua confiança.</p>
Not confident at all to do it	Nenhuma confiança para fazer isso	Nada confiante para fazê-lo	Nenhuma confiança para fazer isso.
Moderately confident I can do it	Moderadamente confiante que posso fazer isso	Moderadamente confiante de que posso fazê-lo	Moderadamente confiante de que sou capaz de fazer isso.
Definitely confident I can do it	Completamente Confiante que posso fazer isso	Definitivamente confiante de que posso fazê-lo	Completamente confiante de que sou capaz de fazer isso.

<b>SÍNTESE DAS TRADUÇÕES</b>					
<b>Escala original</b>		<b>Tradutor 1 (T1)</b>	<b>Tradutor 2 (T2)</b>	<b>Síntese das traduções (T12)</b>	
	I am confident that I am able to... Confidence (0-100)	Eu tenho confiança que posso fazer... Confiança (0-100)	Estou confiante de que eu sou capaz de... Confiança (0-100)	Estou confiante que sou capaz de... Confiança (0-100)	
<b>1</b>	tell what my baby at this age can do.	Dizer o que meu bebê nesta idade pode fazer	Dizer o que meu bebê pode fazer nessa idade	Dizer o que meu bebê pode fazer nesta idade.	
<b>2</b>	provide music toys or sing a song to my baby.	Fornecer brinquedos musicais ou cantar uma canção para meu bebê.	Fornecer brinquedos musicais ou cantar uma canção para o meu bebê.	Dar brinquedos musicais ou cantar uma canção para o meu bebê.	
<b>3</b>	provide a specific space for my baby to practice crawling, creeping, or pulling her/himself to stand.	Criar um espaço específico para meu bebê engatinhar, rastejar ou tentar ficar em pé	Fornecer um espaço específico para o meu bebê treinar a se rastejar, engatinhar, ou levantar-se.	criar um espaço para o meu bebê engatinhar , se arrastar ou tentar ficar em pé.	
<b>4</b>	teach my baby name of person, animals, and objects.	Ensinar a meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.	Ensinar o meu bebê nome de pessoas, animais e objetos.	Ensinar ao meu bebê nome de pessoas animais e objetos.	
<b>5</b>	allow my baby to feed herself/himself thought this causes a mess.	Deixar meu bebê se alimentar ele mesmo, mesmo que isso cause uma bagunça.	Permitir que o meu bebê alimente-se sozinho embora isso cause uma bagunça.	Deixar meu bebê comer sozinho, mesmo que isso cause bagunça.	
<b>6</b>	play with my baby every Day though I am very busy.	Brincar com meu bebê todos os dias, mesmo que esteja muita ocupado(a).	Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que eu esteja muito ocupado(a).	Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).	
<b>7</b>	teach my baby how to play by playing with her/him	Ensinar meu bebê a brincar, brincando com ele.	Ensinar o meu bebê a como brincar brincando com ele/ela	Ensinar o meu bebê brincar, brincando com ele.	

<b>8</b>	allow my baby to do what s/he is trying to do before offering a help.	Deixar meu bebê fazer o que ele(a) está tentando antes de oferecer ajuda.	permitir que o meu bebê faça o que ele/ela está tentando fazer antes de oferecer ajuda.	Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer antes de oferecer ajuda.
<b>9</b>	tell what my baby's different cries mean.	Identificar o quê os diferentes choros de meu bebê significam.	dizer o que os diferentes choros do meu bebê significam.	Identificar o significado do choro do meu bebê.
<b>10</b>	get my baby to smile or laugh.	Fazer meu bebê sorrir ou rir.	fazer o meu bebê rir ou sorrir.	Fazer o meu bebê rir.
<b>11</b>	tell what my baby likes or dislikes.	Dizer o quê meu bebê gosta e não gosta.	dizer o que meu bebê gosta ou não gosta.	Identificar o que meu bebê gosta e que não gosta.
<b>12</b>	show affection to my baby every day	Demonstrar afeto por meu bebê todos os dias.	demonstrar afeto para o meu bebê todos os dias.	Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias
<b>13</b>	read my baby's gesture of what s/he wants or needs.	Identificar (ler) nos/os gestos de meu bebê o quê ele precisa ou quer.	entender o que meu bebê quer ou precisa por meio da leitura dos seus gestos.	Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.
<b>14</b>	speak to and make eye-to-eye contact with my baby during breast or bottle feeding.	Falar e fazer contato olho-no-olho com meu bebê enquanto estiver amamentando ou dando mamadeira	falar com o meu bebê e fazer contato olho no olho durante a amamentação ou durante alimentação com mamadeira.	Conversar com meu bebê e fazer contato "olho no olho" quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.
<b>15</b>	get my baby distracted from what s/he occupied.	Distrair meu bebê daquilo que ele(a) está concentrado.	distrair o meu bebê do que ele/ela está ocupado fazendo	Distrair o meu bebê daquilo em que ele está fazendo.
<b>16</b>	give mouth care to my baby every day.	Fornecer cuidados bucais ao meu bebê diariamente.	realizar a higienização bucal do meu bebê todos os dias.	Fazer a higiene da boca do meu bebê diariamente.
<b>17</b>	use suction bulb correctly when my baby has	Utilizar bomba de sucção adequadamente quando meu bebê	usar os aspiradores nasais corretamente quando o meu	Usar corretamente a "pera" para aspirar o nariz quando meu bebê

	phlegm.	tiver secreção	bebê tem catarro.	tiver catarro.
18	give my baby medication without choking her/him	Dar remédio a meu bebê sem sufocá-lo.	dar medicação para o meu bebê sem engasgá-lo.	Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.
19	use a thermometer correctly when taking my baby's temperature.	Usar o termômetro corretamente ao medir a temperatura de meu bebê.	usar o termômetro corretamente ao verificar a temperatura do meu bebê	Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.
20	prevent my baby from diaper rash.	Prevenir assaduras causadas por fraldas em meu bebê.	evitar que o meu bebê tenha assaduras.	Prevenir assaduras no meu bebê.
21	decide when I should give my baby a tepid sponge when s/he has a fever.	Decidir quando devo dar um banho morno em meu bebê quando ele(a) estiver com febre.	decidir quando devo usar uma esponja morna em situações que ele esteja com febre.	Decidir quando deve dar um banho se meu bebê estiver com febre.
22	relieve gas pain to my baby.	Aliviar dores causadas por gases em meu bebê.	aliviar cólicas decorrentes de gases que o meu bebê possa ter.	Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.
23	tell the differences between vomiting and milk spitting.	Diferenciar vômito de regurgitação (golfada).	distinguir as diferenças entre vômito e regurgitamento de leite.	Diferenciar vômito de regurgitação (golfo).
24	tell whether my baby's bowel movements are normal.	Identificar quando o peristaltismo intestinal de meu bebê está normal.	dizer se o funcionamento intestinal do meu bebê está normal.	Identificar se funcionamento do intestino do meu bebê está normal.
25	give a proper care when my baby gets mild diarrhea.	Ter os cuidados adequados para com meu bebê quando ele(a) estiver com diarreia fraca.	cuidar do meu bebê corretamente quando está com diarreia moderada.	Cuidar corretamente o meu bebê se ele(a) tiver diarreia.
26	decide whether my baby with diarrhea should see a doctor.	Decidir se meu bebê com diarreia deve ser visto por um médico	decidir se o meu bebê quando tem diarreia deve consultar um médico.	Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.

27	give help when my baby is constipated.	Ajudar quando meu bebê estiver constipado.	ajudar quando o meu bebê está com prisão de ventre.	Cuidar corretamente do meu bebê quando ele estiver com prisão de ventre.
28	give a proper care when my baby has a seizure.	Fornecer os cuidados adequados quando convulsão.	cuidar do meu bebê corretamente se ele/ela tiver uma convulsão OU cuidar do meu bebê corretamente quando ele/ela tem uma convulsão.	Cuidar do meu bebê corretamente quando ele/ela tem uma convulsão.
29	give first aid to my baby when there is an object blocking her/his throat or nostrils.	Fornecer os primeiros socorros a meu bebê quando houver um objeto bloqueando sua garganta ou narinas.	Prestar os primeiros socorros ao meu bebê quando há um objeto bloqueando seu/ sua garganta ou narinas. OU prestar os primeiros socorros ao meu bebê se houver um objeto bloqueando seu/ sua garganta ou narinas	Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.
30	give a proper care to prevent suffocation when my baby is vomiting.	Ter os cuidados adequados para evitar que meu bebê fique sufocado quando estiver vomitando.	cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento (OU asfixia) quando ele/ela está vomitando.	Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento caso ele (a) vomite.
31	protect my baby from cigarette smoke.	Proteger meu bebê de fumaça de cigarro.	proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.	Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.
32	protect my baby from getting close to person having a cold.	Proteger meu bebê de aproximação com pessoas resfriadas.	proteger o meu bebê para que não fique perto de uma pessoa que esteja resfriada	Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.
33	gently refuse my baby when s/he insists to play a	De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos que	dizer não para (OU repelir) o meu bebê quando ele/ ela	Dizer não ao meu bebê quando ele(a) insiste em brincar ou ficar em

	harmful toy or stay in a dangerous place.	possam machucar ou ficar em locais perigosos.	insiste em brincar com um brinquedo perigoso ou ficar em um lugar perigoso.	lugares perigosos.
34	make home environment safe for my baby.	Fazer com que o ambiente doméstico seja seguro para meu bebê.	tornar o ambiente de casa seguro para o meu bebê.	Adequar o ambiente da casa seguro para o meu bebê.
35	hold my baby firmly while bathing or feeding her/him.	Segurar meu bebê com firmeza quando estiver banhando-o(a) ou alimentando-o(a)	segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.	Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.
36	provide safe toys for my baby.	Dar brinquedos seguros a meu bebê.	fornecer brinquedos seguros para o meu bebê.	Dar ao meu bebê brinquedos seguros.
37	select formula that is appropriate for my baby's age.	Selecionar alimentação adequada à idade do meu bebê.	escolher o leite em pó que é apropriado para a idade do meu bebê.	Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.
38	clean utensils (e.g., bottle, pacifier) correctly.	Limpar os utensílios (isto é, mamadeira, chupeta) adequadamente.	limpar os utensílios (por exemplo, mamadeira, chupeta) corretamente.	Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.
39	manage a regular meal for my baby when s/he is 6 months old.	Alimentar meu bebê com uma refeição adequada quando ele(a) tiver 6 meses de idade.	manejar uma refeição regular para o meu bebê quando ele/ ela estiver com 6 meses de idade.	Preparar uma refeição adequada quando meu bebê estiver com 6 meses.
40	manage three regular meals for my baby when s/he is 12 months old.	Alimentar meu bebê com três refeições adequadas quando ele(a) tiver 12 meses de idade.	manejar três refeições regulares para o meu bebê quando ele/ ela estiver com 12 meses de idade	Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) quando ele(a) estiver com 12 meses.
41	provide solid food that is appropriate for my baby's age.	Fornecer alimento sólido apropriado à idade do meu bebê.	fornecer comida sólida que é apropriada para a idade do meu bebê.	Oferecer alimento sólido apropriado à idade do bebê.

42	let my baby have breast milk on schedule even I am not at home or at a place of work.	Deixar meu bebê amamentar nos horários certos mesmo quando eu não estiver em casa ou no local de trabalho.	providenciar leite materno para o meu bebê nos horários programados mesmo que eu não esteja em casa ou esteja em meu local de trabalho.	Deixar leite materno para o meu bebê mesmo que eu não esteja em casa.
43	hold my baby every time s/he is breast or bottle fed.	Segurar meu bebê toda vez que ele(a) estiver sendo amamentado ou tomando mamadeira.	segurar meu bebê toda vez que ele/ ela mamar no peito ou na mamadeira.	Segurar em posição adequada o meu bebê quando ele estiver mamando no peito ou recebendo mamadeira.
44	always burp my baby after breast or bottle feeding.	Sempre deixar o bebê arrotar depois da amamentação ou mamadeira.	fazer meu bebê arrotar sempre depois que mamar no peito ou na mamadeira.	Fazer meu bebê arrotar sempre após mamar no peito ou tomar mamadeira.

APÊNDICE C - Versões produzidas nas *back-translation* e síntese das *back-translation* (BT12)

<b>SÍNTESE DA BACK-TRANSLATION</b>			
<b>Escala original</b>	<b>Tradutor 1 (BT1)</b>	<b>Tradutor 2 (BT2)</b>	<b>Síntese da <i>back-translation</i> (BT12)</b>
Self-efficacy in Infant Care Scale	Scale of self-sufficiency in child care	Parental Self-Efficacy Scale	Scale of self-sufficiency in child care
<p><b>Instruction:</b> The following items asking about the confidence or belief you have in your ability to effectively manage a variety of tasks or situations in taking care of your infant aged from birth to one year old. On the items below, please rate your degree of confidence in performing the designated tasks/situations by recording in each of the blank boxes a number from 0 to 100 using the scale given below.</p>	<p><b>Instructions:</b> The items described ask about confidence in your ability to successfully organize and/or perform a variety of tasks for care of your child, from birth to the last year of life. For each item below, evaluate and classify your level of confidence to perform each task or care, mark the box in white the number from 0 to 100 that corresponds to your level of confidence.</p>	<p><b>Instructions:</b> The items described examine how confident you are in your ability to successfully organize and/or carry out a variety of tasks regarding your child's care since he/she was born up to now. For every item below, indicate your level of confidence for providing care and performing each task by writing a number from 0 to 100 in each blank square.</p>	<p><b>Instructions:</b> The items below examine how confident you are in your ability to successfully organize and/or perform a variety of tasks regarding the care of your child, from birth to the the present. For each item below, evaluate and classify your level of confidence to perform each care task by marking the box in white with a number from 0 to 100, where 0 corresponds to having no confidence at all, and 100 corresponds to being completely confident.</p>
Not confident at all to do it  Moderately confident I can do it  Definitely confident I can do it	No confidence to do this  Moderately confident that I am capable of doing this.  Completely confident that I am capable of doing this.	I have no confidence that I can do this  I am moderately confident that I can do this.  I am completely confident that I can do this.	I have no confidence that I am able to do this  I am moderately confident that I am able to do this  I am completely confident that I am able to do this.

<b>SÍNTESE DA BACK-TRANSLATION</b>					
<b>Escala original</b>		<b>Tradutor 1 (BT1)</b>	<b>Tradutor 2 (BT2)</b>	<b>Síntese da <i>back-translation</i> (BT12)</b>	
	I am confident that I am able to...	I am confident that I am capable of...(0-100)	I am confident that I am able to...	I am confident that I am able to...	
<b>1</b>	tell what my baby at this age can do.	Saying what my baby can do at this age	Say what my baby is capable of doing at his/her age	Say what my baby is capable of doing at his/her age	
<b>2</b>	provide music toys or sing a song to my baby.	Giving musical toys or singing a song to my baby.	Give my baby musical instruments or sing him/her a song.	Give my baby musical instruments or sing him/her a song.	
<b>3</b>	provide a specific space for my baby to practice crawling, creeping, or pulling her/himself to stand.	Creating a space for my baby to crawl, drag him/herself or try to stand up.	Create open space for my baby to crawl, drag him/herself or practice standing up.	Create a space for my baby to crawl, drag him/herself or try standing up.	
<b>4</b>	teach my baby name of person, animals, and objects.	Teach my baby the names of people, animals and objects.	Teach my baby the names of people, animals and objects.	Teach my baby the names of people, animals and objects.	
<b>5</b>	allow my baby to feed herself/himself though this causes a mess.	Let my baby eat by him/herself, even if this makes a mess.	Let my baby eat on his/her own, even if this makes a mess.	Let my baby eat on his/her own, even if this makes a mess.	
<b>6</b>	play with my baby every Day though I am very busy.	Play with my baby every day, even if I'm very busy.	Play with my baby every day even if I am too busy.	Play with my baby every day, even if I'm very busy.	
<b>7</b>	teach my baby how to play by playing with her/him	Teach my baby how to play, playing with him.	Teach my baby to play by playing together with him/her.	Teach my baby to play by playing together with him/her.	

<b>8</b>	allow my baby to do what s/he is trying to do before offering a help.	Let my baby do what s/he is trying to do before offering help.	Let my baby attempt to do something before offering help.	Let my baby do what s/he is trying to do before offering help.
<b>9</b>	tell what my baby's different cries mean.	Identify the meaning of my baby's cry.	Understand the meaning of my baby's cries	Identify the meaning of my baby's cries
<b>10</b>	get my baby to smile or laugh.	Make my baby laugh.	Make my baby laugh.	Make my baby laugh. Make my baby laugh.
<b>11</b>	tell what my baby likes or dislikes.	Identify what my baby likes and does not like.	Identify my baby's likes and dislikes	Identify what my baby likes and does not like.
<b>12</b>	show affection to my baby every day	Show care for my baby every day.	Show my baby affection every day.	Show my baby affection every day.
<b>13</b>	read my baby's gesture of what s/he wants or needs.	Identify what my baby wants or needs through his/her gestures.	Identify what my baby wants or needs through his/her gestures.	Identify what my baby wants or needs through his/her gestures.
<b>14</b>	speak to and make eye-to-eye contact with my baby during breast or bottle feeding.	Speak with my baby and make eye contact when s/he is breast or bottle feeding.	Talk to my baby and make eye-to-eye contact when I'm breastfeeding or bottle feeding.	Talk to my baby and make eye contact when s/he is breast or bottle feeding.
<b>15</b>	get my baby distracted from what s/he occupied	Distract my baby from what s/he is doing.	Distract my baby from what he/she is doing.	Distract my baby from what he/she is doing.
<b>16</b>	give mouth care to my baby every day.	Clean my baby's mouth every day.	Carry out oral hygiene on my baby ever day.	Clean my baby's mouth every day.
<b>17</b>	use suction bulb correctly when my baby has phlegm.	Correctly use the bulb syringe to aspirate my baby's nose when s/he has mucous.	Use the nasal aspirator correctly when there is mucus in my baby's nose.	Correctly use the bulb syringe to clean my baby's nose when s/he has mucus
<b>18</b>	give my baby medication without choking her/him	Correctly give medicine to my baby without him/her choking.	Give my baby medicine without him/her choking	Give my baby medicine without him/her choking

19	use a thermometer correctly when taking my baby's temperature.	Correctly use the thermometer to take my baby's temperature.	Use the thermometer correctly to take my baby's temperature.	Correctly use the thermometer to take my baby's.
20	prevent my baby from diaper rash.	Prevent rashes on my baby.	Prevent diaper rashes	Prevent rashes on my baby.
21	decide when I should give my baby a tepid sponge when s/he has a fever.	Decide when to give my baby a bath if s/he has a fever.	Decide when to give my baby a bath if he/she has a fever	Decide when to give my baby a bath if he/she has a fever
22	relieve gas pain to my baby.	Alleviate my baby's colic from gas.	Relieve my baby of colic caused by gas	Relieve my baby of colic caused by gas
23	tell the differences between vomiting and milk spitting.	Differentiate between vomit and regurgitation (golfo).	Tell the difference between vomit and regurgitation (spit up).	Tell the difference between vomit and regurgitation (spit up).
24	tell whether my baby's bowel movements are normal.	Identify if my baby's intestine is functioning normally.	Identify if my baby's intestines are functioning normally.	Identify if my baby's intestines are functioning normally.
25	give a proper care when my baby gets mild diarrhea.	Correctly care for my baby if s/he has diarrhea.	Give my baby appropriate care if he/she has diarrhea	Give my baby appropriate care if s/he has diarrhea
26	decide whether my baby with diarrhea should see a doctor.	Decide if my baby should be examined by a health care professional when s/he has diarrhea.	Decide if my baby should be evaluated by a health professional when he/she has diarrhea	Decide if my baby should be examined by a health care professional when s/he has diarrhea.
27	give help when my baby is constipated.	Correctly care for my baby when s/he is constipated.	Give my baby appropriate care when he/she is constipated	Give my baby appropriate care when s/he is constipated
28	give a proper care when my baby has a seizure.	Correctly care for my baby when s/he has a seizure.	Give my baby appropriate care when he/she has a convulsion	Give my baby appropriate care when s/he has a seizure.

29	give first aid to my baby when there is an object blocking her/his throat or nostrils.	Administer first aid to my baby if s/he is choking on an object.	Provide first-aid care to my baby if he/she is choking on an object.	Provide first aid to my baby if s/he is choking on an object
30	give a proper care to prevent suffocation when my baby is vomiting.	To correctly care for my baby to avoid suffocation if s/he vomits.	Give my baby appropriate care if he/she throws in order to prevent suffocation	Give my baby appropriate care if he/she throws up in order to prevent suffocation
31	protect my baby from cigarette smoke.	Protect my baby from cigarette smoke.	Protect my baby from cigarette smoke	Protect my baby from cigarette smoke
32	protect my baby from getting close to person having a cold.	Protect my baby so that s/he does not come close to people who have colds.	Protect my baby so that he/she is not around people with colds	Protect my baby from being around people who have colds.
33	gently refuse my baby when s/he insists to play a harmful toy or stay in a dangerous place.	Tell my baby "no" when s/he insists on playing or being in dangerous places.	Say "no" to my baby when he/she insists on playing or staying in dangerous places.	Tell my baby "no" when s/he insists on playing or being in dangerous places.
34	make home environment safe for my baby.	Adapt the safe home environment for my baby.	Babyproof my home	Babyproof my home
35	hold my baby firmly while bathing or feeding her/him.	Hold my baby firmly during his or her bath or when s/he is feeding.	Hold my baby firmly during his/her bath or when I'm feeding him/her.	Hold my baby firmly during his/her bath or when I'm feeding him/her.
36	provide safe toys for my baby.	Give my baby safe toys.	Give my baby toys that are safe.	Give my baby safe toys
37	select formula that is appropriate for my baby's age.	Choose food that is appropriate for my baby's age.	Chose age-appropriate food for my baby.	Chose age-appropriate food for my baby.
38	clean utensils (e.g., bottle, pacifier) correctly.	Properly clean utensils used by my baby.	Correctly clean the utensils used by my baby.	Properly clean utensils used by my baby
39	manage a regular meal for my baby when s/he is 6 months old.	Prepare a proper meal when my baby is six months old.	Prepare a meal appropriate for a 6-month-old baby.	Prepare a proper meal when my baby is six months old.

<b>40</b>	manage three regular meals for my baby when s/he is 12 months old.	Feed my baby with three proper meals (foods of the family) when s/he is 12 months old.	Feed my baby three meals (family foods) appropriate to a 12-month-old baby.	Feed my baby with three proper meals (foods of the family) when s/he is 12 months old.
<b>41</b>	provide solid food that is appropriate for my baby's age.	Offer solid foods that are appropriate to my baby's age.	Offer my baby age-appropriate solid foods.	Offer my baby age-appropriate solid foods.
<b>42</b>	let my baby have breast milk on schedule even I am not at home or at a place of work.	Leave breast milk for my baby even when I am not at home.	Make breast milk available for my baby even if I'm not home.	Leave breast milk for my baby even when I am not at home.
<b>43</b>	hold my baby every time s/he is breast or bottle fed.	Hold my baby in an appropriate position when s/he is breast or bottle feeding.	Hold my baby in the appropriate position when he/she is breastfeeding or bottle feeding.	Hold my baby in the appropriate position when he/she is breastfeeding or bottle feeding.
<b>44</b>	always burp my baby after breast or bottle feeding.	Make my baby burp after breast or bottle feeding.	Make my baby burp every time after breastfeeding or bottle feeding.	Always make my baby burp after breast or bottle feeding.

APÊNDICE D - Representação gráfica do Protocolo de Tradução e Adaptação  
Transcultural

**Figura 1** Representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural



Fonte: Beaton et al. (2007)

APÊNDICE E - Orientações para proceder a análise das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual

**Avaliação da Equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual** (Instrumento adaptado do projeto de tese de Ana Lúcia Araújo Gomes Universidade Federal do Ceará – UFC, Fortaleza-CE)

**Prezados juízes,**

Nesta etapa, os itens serão avaliados quanto às equivalências (semântica, idiomática, cultural e conceitual) por meio da comparação entre a escala original e a traduzida. Solicitamos que seja analisado e avaliado se a tradução mantém as equivalências em cada item da escala traduzida. Há perguntas para cada equivalência, para respondê-las solicitamos a marcação da sigla que representa sua avaliação para cada item traduzido. Avaliação/Siglas: Concordo (C), Concordo em Parte (CP) e Discordo (D). Quando houver concordância parcial ou desacordo, solicitamos que especifique o item a ser corrigido e descreva as sugestões no quadro em anexo.

- 1. EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:** Refere-se a equivalência do significado das palavras. É preciso verificar se o significado das palavras da escala original foi mantido na versão traduzida. Nessa equivalência deve ser realizada a avaliação gramatical e do vocabulário.

1.1-Os itens apresentam ortografia correta?	C	CP	D
1.2-O vocabulário tem significado equivalente à versão original da escala?	C	CP	D
1.3-Os itens estão gramaticalmente corretos?	C	CP	D

- 2. EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:** Refere-se a linguagem coloquial ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir. É preciso analisar se as expressões idiomáticas foram passíveis de tradução, se foram encontradas expressões equivalentes ou itens para substituí-las.

2.1- As expressões ou palavras da escala original que não possuem tradução para o português foram substituídas por palavras equivalentes.	C	CP	D
---	---	----	---

- 3. EQUIVALÊNCIA CULTURAL:** Refere-se à utilização de termos coerentes com a realidade cultural da população do estudo. É preciso analisar se a escala traduzida utiliza termos coerentes com a experiência de vida da população a que se destina.

3.1- Os itens apresentam termos utilizados no contexto da população brasileira.	C	CP	D
---	---	----	---

- 4. EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:** Trata-se de verificar se as palavras possuem o mesmo conceito e entendimento em diferentes culturas. É preciso verificar se na escala traduzida as palavras mantêm o significado conceitual semelhante à escala original, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

4.1- Os itens apresentam palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala.	C	CP	D
4.2- Os itens apresentam palavras com o mesmo significado para as duas culturas.	C	CP	D

<b>AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS</b>			
<b>Escala original</b>	<b>Escala traduzida (Síntese)</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Item a ser corrigido e sugestão</b>
Self-efficacy in Infant Care Scale	Escala de autoeficácia nos cuidados com a criança		
<p><b>Instruction:</b> The following items asking about the confidence or belief you have in your ability to effectively manage a variety of tasks or situations in taking care of your infant aged from birth to one year old. On the items below, please rate your degree of confidence in performing the designated tasks/situations by recording in each of the blank</p>	<p><b>Instrução:</b> Os itens descritos perguntam sobre a confiança na sua capacidade de organizar e/ou realizar com sucesso uma variedade de tarefas sobre os cuidados com seu filho desde o nascimento até o último ano de vida. Em cada item abaixo, avalie e classifique o seu grau de confiança para realizar cada tarefa ou cuidado, marque em cada</p>	<p><b>1.Equivalência semântica</b> 1.1 ( ) 1.2 ( ) 1.3 ( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )</p>	

boxes a number from 0 to 100 using the scale given below.	quadrado em branco o número de 0 a 100 que corresponde à sua confiança.		
Not confident at all to do it	Nenhuma confiança para fazer isso.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( )	
Moderately confident I can do it	Moderadamente confiante de que sou capaz de fazer isso.	<b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( )	
Definitely confident I can do it	Completamente confiante de que sou capaz de fazer isso.	<b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	

### AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS

Escala original		Escala traduzida (Síntese)	Avaliação	Item a ser corrigido e sugestão
I am confident that I am able to... Confidence (0-100)	Estou confiante que sou capaz de... Confiança (0-100)		<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	

1	tell what my baby at this age can do.	Dizer o que meu bebê pode fazer nesta idade.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
2	provide music toys or sing a song to my baby.	Dar brinquedos musicais ou cantar uma canção para o meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
3	provide a specific space for my baby to practice crawling, creeping, or pulling her/himself to stand.	criar um espaço para o meu bebê engatinhar , se arrastar ou tentar ficar em pé.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( )	

			4.2 ( )	
<b>4</b>	teach my baby name of person, animals, and objects.	Ensinar ao meu bebê nome de pessoas animais e objetos.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>5</b>	allow my baby to feed herself/himself though this causes a mess.	Deixar meu bebê comer sozinho , mesmo que isso cause bagunça.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>6</b>	play with my baby every Day though I am very busy.	Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b>	

			3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
7	teach my baby how to play by playing with her/him	Ensinar o meu bebê brincar, brincando com ele.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
8	allow my baby to do what s/he is trying to do before offering a help.	Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer antes de oferecer ajuda.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
9	tell what my baby's different cries mean.	Identificar o significado do choro do meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( )	

			<b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>10</b>	get my baby to smile or laugh.	Fazer o meu bebê rir.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>11</b>	tell what my baby likes or dislikes.	Identificar o que meu bebê gosta e que não gosta.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>12</b>	show affection to my baby every day	Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b>	

			2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>13</b>	read my baby's gesture of what s/he wants or needs.	Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>14</b>	speak to and make eye-to-eye contact with my baby during breast or bottle feeding.	Conversar com meu bebê e fazer contato "olho no olho" quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>15</b>	get my baby distracted from what s/he occupied	Distrair o meu bebê daquilo em que ele está fazendo.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( )	

			<b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
16	give mouth care to my baby every day.	Fazer a higiene da boca do meu bebê diariamente.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
17	use suction bulb correctly when my baby has phlegm.	Usar corretamente a “pera” para aspirar o nariz quando meu bebê tiver catarro.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
18	give my baby medication without choking her/him	Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( )	

			1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
19	use a thermometer correctly when taking my baby's temperature.	Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
20	prevent my baby from diaper rash.	Prevenir assaduras no meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
21	decide when I should give my baby a tepid sponge	Decidir quando deve dar um	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( )	

	when s/he has a fever.	banho se meu bebê estiver com febre.	1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>22</b>	relieve gas pain to my baby.	Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>23</b>	tell the differences between vomiting and milk spitting.	Diferenciar vômito de regurgitação (golfo).	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>24</b>	tell whether my baby's	Identificar se funcionamento do	<b>1.Equivalência semântica</b>	

	bowel movements are normal.	intestino do meu bebê está normal.	1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
25	give a proper care when my baby gets mild diarrhea.	Cuidar corretamente o meu bebê se ele(a) tiver diarreia.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
26	decide whether my baby with diarrhea should see a doctor.	Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	

27	give help when my baby is constipated.	Cuidar corretamente do meu bebê quando ele estiver com prisão de ventre.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
28	give a proper care when my baby has a seizure.	Cuidar do meu bebê corretamente quando ele/ela tem uma convulsão.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
29	give first aid to my baby when there is an object blocking her/his throat or nostrils.	Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( )	

			4.2 ( )	
30	give a proper care to prevent suffocation when my baby is vomiting.	Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento caso ele (a) vomite.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
31	protect my baby from cigarette smoke.	Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
32	protect my baby from getting close to person having a cold.	Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b>	

			4.1 ( ) 4.2 ( )	
33	gently refuse my baby when s/he insists to play a harmful toy or stay in a dangerous place.	Dizer não ao meu bebê quando ele(a) insiste em brincar ou ficar em lugares perigosos.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
34	make home environment safe for my baby.	Adequar o ambiente da casa seguro para o meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
35	hold my baby firmly while bathing or feeding her/him.	Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( )	

			<b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
36	provide safe toys for my baby.	Dar ao meu bebê brinquedos seguros.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
37	select formula that is appropriate for my baby's age.	Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
38	clean utensils (e.g., bottle, pacifier) correctly.	Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b>	

			3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>39</b>	manage a regular meal for my baby when s/he is 6 months old.	Preparar uma refeição adequada quando meu bebê estiver com 6 meses.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>40</b>	manage three regular meals for my baby when s/he is 12 months old.	Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) quando ele(a) estiver com 12 meses.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
<b>41</b>	provide solid food that is appropriate for my baby's age.	Oferecer alimento sólido apropriado à idade do bebê.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( )	

			<b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
42	let my baby have breast milk on schedule even I am not at home or at a place of work.	Deixar leite materno para o meu bebê mesmo que eu não esteja em casa.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
43	hold my baby every time s/he is breast or bottle fed.	Segurar em posição adequada o meu bebê quando ele estiver mamando no peito ou recebendo mamadeira.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b> 2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
44	always burp my baby after breast or bottle feeding.	Fazer meu bebê arrotar sempre após mamar no peito ou tomar mamadeira.	<b>1.Equivalência semântica</b> 1.1( ) 1.2( ) 1.3( ) <b>2.Equivalência idiomática</b>	

			2.1 ( ) <b>3.Equivalência cultural</b> 3.1 ( ) <b>4.Equivalência conceitual</b> 4.1 ( ) 4.2 ( )	
--	--	--	--	--

## APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Talita Helena Monteiro de Moura, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901- Telefone (81) 88580482 e e-mail: dr.talitamonteiro@yahoo.com e está sob a orientação de Luciana Pedrosa Leal, Telefone para contato: (81) 91829930, e-mail: lucianapleal@hotmail.com coordenação de Profª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Telefone para contato: (81) 92783940, e-mail: mariagoretevasconcelos@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter tópicos que o/a senhor/a não entenda. Se houver dúvidas pergunte a pesquisadora. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a). Também garantimos que o Sr. (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

**Informações sobre a pesquisa:**

- O objetivo deste estudo é traduzir e adaptar para o Brasil uma escala que avalia a autoeficácia no cuidado da criança, que foi elaborada na Tailândia. Por isso, precisa ser submetida a um rigoroso protocolo de tradução e adaptação transcultural. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do estudo na qualidade de Juiz.
- Como Juiz o (a) Sr. (a) receberá a versão traduzida da escala e as instruções de como proceder a validação mediante normas do protocolo adotado para este estudo.
- Não terá riscos para o (a) Sr. (a). Para as mães das crianças terá risco mínimo no sentido de causar algum constrangimento por abordar questões de ordem pessoal.
- A pesquisa trará como benefícios indiretos as informações fornecidas pelas mães poderão auxiliar nas orientações que o profissional de saúde precisa fazer quanto ao cuidado da criança. Como benefícios diretos, a mãe poderá dirimir suas dúvidas quanto aos cuidados com a criança menor de um ano.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (tradução da escala), ficarão armazenados em (pasta de arquivo), sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade

Federal de Pernambuco no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

**Consentimento da participação da pessoa como Juiz:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**”, como tradutor. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Juiz (a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:



3. Criar um espaço para o meu bebê engatinhar, se arrastar ou tentar ficar em pé.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
4. Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
5. Deixar meu bebê comer sozinho, mesmo que isso cause bagunça.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
6. Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
7. Ensinar o meu bebê a brincar, brincando com ele.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
8. Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer antes de oferecer ajuda.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
9. Identificar o significado dos diferentes choros do meu bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( )	

		3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
10. Fazer o meu bebê rir.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
11. Identificar o que meu bebê gosta ou não gosta.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
12. Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
13. Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
14. Conversar com meu bebê e fazer contato “olho no olho” quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
15. Distrair o meu bebê daquilo em que ele está fazendo.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( )	

		4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
16. Fazer a higiene bucal do meu bebê diariamente.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
17. Usar corretamente a “pera” para aspirar o nariz quando meu bebê tiver catarro.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
18. Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
19. Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
20. Prevenir assaduras no meu bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
21. Decidir quando devo dar um banho se meu bebê estiver com febre.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	

22. Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
23 Diferenciar vômito de regurgitação (golfo).		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
24. Identificar se o funcionamento do intestino do meu bebê está normal.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
25. Cuidar corretamente do meu bebê quando ele tiver diarreia.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
26. Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
27. Ajudar meu bebê quando ele estiver com prisão de ventre.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
28. Ajudar o meu bebê corretamente quando ele/ela tiver uma convulsão.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( )	

		3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
29. Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
30. Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento quando estiver vomitando.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
31. Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
32. Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
33. De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
34. Fazer do lar um ambiente seguro para meu bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( )	

		4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
35. Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
36. Dar ao meu bebê brinquedos seguros.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
37. Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
38. Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
39. Preparar uma refeição adequada quando meu bebê estiver com 6 meses.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
40. Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) quando ele(a) estiver com 12 meses.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	

41. Oferecer alimento sólido apropriado à idade do bebê.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
42. Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto mesmo quando eu não esteja em casa ou em local de trabalho.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
43. Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado ou tomando mamadeira.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
44. Fazer meu bebê arrotar sempre após mamar no peito ou tomar mamadeira.		0.Não compreendi nada( ) 1.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	

**Obrigado!** Proibida a reprodução sem autorização prévia da Dr<sup>a</sup> Tassanee Prasopkittikun, Enfermeira, Departamento de Enfermagem Pediátrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Mahidol, Bangkok 10700, Tailândia. E-mail: tassanee.pra@mahidol.ac.th

APÊNDICE H - Questionário Sócioeconômico para as Mães

Nº do Questionário (a ser preenchido pelo responsável pela pesquisa): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**1. INFORMAÇÕES DA MÃE**

1	Idade	
2	Estado civil: _____	1. Casada/união consensual 2. Solteira 3. Divorciada 4. Viúva
3	Anos de estudo	
4	Número total de filhos	
5	Religião	Qual a religião? _____ É praticante? 1.( ) Sim 2.( ) Não
6	Trabalha fora do lar? _____	1.( ) Sim 2.( ) Não
7	Tem ajuda para cuidar das crianças? _____	1.( ) Sim 2.( ) Não
8	Se sim em que cuidado?	
9	Se sim quem realiza?	

**2. INFORMAÇÕES DA FAMÍLIA**

1	Quantas pessoas moram na casa?	
2	Renda Familiar	
3	Moradia: _____	1. Própria 2. Alugada 3. Cedida 4. Outros _____
4	Tipo de Moradia: _____	1. Alvenaria 2. Madeira 3. Taipa 4. Outros _____
5	Possui água encanada? _____	1. Sim 2. Não
6	Qual o tipo de água para consumo?	1- Filtrada; 2- Fervida; 3- Mineral; 4- Outras.
7	Possui quais bens de consumo? _____	1. Geladeira 2. Fogão 3. Televisão 4. Telefone celular 5. Rádio 6. Máquina de lavar roupa 7. Telefone fixo 8. Automóvel 9. Microcomputador 10. Motocicleta

APÊNDICE I - Tempo de preenchimento da escala aplicada no pré-teste e na validação de aparência

**Tabela 1** Tempo do preenchimento da escala no pré-teste. Recife-PE, 2014.

<b>Tempo de preenchimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
Até 15 minutos	18	60,0	0,273
Acima de 15 minutos	12	40,0	
Mínimo	10		-
Máximo	35		-
Média	16,83±5,47		-

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

**Tabela 2** Tempo do preenchimento da escala na validação de aparência. Recife-PE, 2014.

<b>Tempo de preenchimento</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
Até 15 minutos	18	60,0	0,273
Acima de 15 minutos	12	40,0	
Mínimo	10		-
Máximo	34		-
Média	16 ±6		-

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

APÊNDICE J – Características socioeconômicas das mães, ajuda para o cuidado com a criança e características do domicílio

**Tabela 3** Características socioeconômicas das mães cadastradas numa USF DS V. Recife-PE, 2014.

Variáveis	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Idade</b>			
< 20 anos	3	10,0	<0,001
20-24 anos	7	23,3	
>= 25 anos	20	66,7	
Mínimo	18		
Máximo	41		
Média±Desvio padrão	27,7±6,1		
<b>Estado civil</b>			
Casada/união consensual	29	96,6	<0,001
Solteira	1	3,3	
<b>Trabalho fora do lar</b>			
Sim	8	26,7	0,011
Não	22	73,3	
<b>Escolaridade</b>			
Não alfabetizada	1	3,3	<0,001
Fundamental comp/incomp	8	26,7	
Médio comp/incomp	20	66,7	
Superior comp/incomp	1	3,3	
<b>Religião</b>			
Católica	12	40	0,070
Evangélica	9	30	
Outras	2	6,7	
Sem religião	7	23,3	
<b>Praticante da religião</b>			
Sim	17	56,7	0,465
Não	13	43,3	
<b>Número Total de filhos</b>			
Um	13	43,3	0,049
Dois	9	30	
Três	5	16,7	
Quatro	3	10,0	
<b>Renda Familiar*</b>			
Sem renda	3	9,9	0,406
< 1 SM	5	16,7	
1 SM	8	26,7	
> 1 - 2 SM	9	30,0	
> 2 SM	5	16,7	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção \*Salário mínimo de referência R\$ 724,00.

**Tabela 4** Ajuda para o cuidado com a criança segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Ajuda para cuidar da criança</b>			
Sim	25	83,3	<0,001
Não	5	16,7	
<b>Parentesco do cuidador*</b>			
Primeiro grau	16	53,3	0,001
Segundo grau	1	3,3	
Outros	8	26,7	
<b>Tipo de cuidado</b>			
Higiene corporal	15	35,7	0,001
Alimentação	11	26,2	
Vigilância	9	21,4	
Coloca para dormir	4	9,5	
Medicação	2	4,8	
Brinca	1	2,4	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção. \*Parentesco do cuidador: Primeiro grau (pai, mãe, sogro(a), filho); Segundo grau (avô, avó, irmão, irmã, cunhado(a)); Outros (vizinho(a), amigo(a)).

**Tabela 5** Características do domicílio segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Quantidade de moradores no domicílio</b>			
Até 3 pessoas	8	26,7	0,061
4 - 5 pessoas	16	53,3	
6 ou mais	6	20,0	
Mínimo	2		-
Máximo	11		-
Média±Desvio padrão	5±2		-
<b>Condição de Moradia</b>			
Própria	16	53,4	0,027
Alugada	10	33,3	
Cedida	4	13,3	
<b>Tipo de moradia</b>			
Alvenaria	30	100,0	-
<b>Água encanada</b>			
Sim	30	100,0	-
<b>Água para consumo</b>			
Mineral	30	100,0	-
<b>Bens de consumo</b>			
Geladeira	30	16,9	0,001
Fogão	30	16,9	
Televisão	27	15,2	
Telefone celular	27	15,2	
Rádio	21	11,8	
Máquina de lavar roupa	16	9,0	
Computador/laptop	14	7,9	
Telefone fixo	6	3,4	
Motocicleta	4	2,2	
Automóvel	3	1,7	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

## APÊNDICE K– Resultados Pré-teste/Adaptação transcultural

**Tabela 6** Compreensão das mães acerca dos itens da escala aplicada no pré-teste, Recife 2014 (continua).

Item avaliado	Nível de compreensão			IC	
	Não compreendi nada	Compreendi pouco	Compreendi bastante		
1		1(3,3%)		29(96,7%)	0,967
2			1(3,3%)	29(96,7%)	0,967
3				30(100,0%)	1,000
4				30(100,0%)	1,000
5				30(100,0%)	1,000
6				30(100,0%)	1,000
7				30(100,0%)	1,000
8		1(3,3%)		29(96,7%)	0,967
9				30(100,0%)	1,000
10				30(100,0%)	1,000
11				30(100,0%)	1,000
12				30(100,0%)	1,000
13	1(3,3%)			29(96,7%)	0,967
14				30(100,0%)	1,000
15		3(10,0%)		27(90,0%)	0,900
16				30(100,0%)	1,000
17	5(16,7%)	8(26,7%)	3(10,0%)	14(46,7%)	0,467
18	1(3,3%)			29(96,7%)	0,967
19				30(100,0%)	1,000
20	1(3,3%)			29(96,7%)	0,967
21				30(100,0%)	1,000
22				30(100,0%)	1,000
23				30(100,0%)	1,000
24				30(100,0%)	1,000
25				30(100,0%)	1,000
26				30(100,0%)	1,000
27				30(100,0%)	1,000
28	1(3,3%)			29(96,7%)	0,967
29	1(3,3%)			29(96,7%)	0,967
30	1(3,3%)			29(96,7%)	0,967
31				30(100,0%)	1,000
32				30(100,0%)	1,000
33				30(100,0%)	1,000
34				30(100,0%)	1,000
35				30(100,0%)	1,000
36				30(100,0%)	1,000
37				30(100,0%)	1,000

**Tabela 6** Compreensão das mães acerca dos itens da escala aplicada no pré-teste, Recife 2014 (conclusão).

Item avaliado	Nível de compreensão			IC
	Não compreendi nada	Compreendi pouco	Compreendi bastante	
38				30(100,0%) 1,000
39				30(100,0%) 1,000
40				30(100,0%) 1,000
41				30(100,0%) 1,000
42*				25(100,0%) 1,000
43				30(100,0%) 1,000
44				30(100,0%) 1,000
Total	11(0,8%)	13(1,0%)	3(0,2%)	1253(98,0%) 0,979

\*o número de observações foi menor, pois este item não se aplicava à mãe avaliada por não estar amamentando.

## APÊNDICE L - Carta aos Especialistas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Carta - Convite de participação em pesquisa**

Prezado(a) Enfermeiro(a), temos a honra de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil** que irá revisar a Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS), para a realidade cultural do Brasil.

Sua participação é muito importante e os resultados desta pesquisa permitirão obter um instrumento adequado à realidade cultural brasileira capaz de avaliar a autoeficácia materna no cuidado da criança.

Suas respostas estarão sob sigilo e sua identidade será preservada. Solicitamos que você avalie alguns aspectos da SICS versão brasileira, tais como a clareza, compreensão, associação com a autoeficácia materna no cuidado da criança, e relevância. Fique à vontade para escolher o local e data para coleta de dados, havendo apenas a necessidade de pactuar com a pesquisadora a data da entrega do instrumento da pesquisa.

Uma vez que você concorde em participar da pesquisa, receberá um instrumento contendo dois formulários, o primeiro referente ao seu perfil profissional e o segundo para registrar a avaliação contendo os itens da escala e questões a serem respondidas.

Pedimos a gentileza de que confirmem o interesse em participar da pesquisa através do e-mail [dr.talitamonteiro@yahoo.com](mailto:dr.talitamonteiro@yahoo.com), para que de acordo com a sua disponibilidade o processo seja operacionalizado. Agradecemos sua participação.

Atenciosamente,

Talita Helena Monteiro de Moura (Mestranda)

Prof. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Orientadora)

Prof. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (Coorientadora)

## APÊNDICE M - Características dos Especialistas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CARACTERÍSTICAS DOS ESPECIALISTAS**

**1- Número do questionário** \_\_\_\_\_

**2- Idade em anos:** \_\_\_\_\_

**3- Sexo:**

1. ( ) Feminino    2. ( ) Masculino

**4- Experiência profissional**

1. ( ) Assistência    2. ( ) Pesquisa:    3. ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**5- Maior titulação na área de Enfermagem ou áreas afins**

1. ( ) Pós-doutorado área: \_\_\_\_\_

2. ( ) Doutorado área: \_\_\_\_\_

Área de interesse da tese: \_\_\_\_\_

3. ( ) Mestrado área: \_\_\_\_\_

Área de interesse da dissertação: \_\_\_\_\_

4. ( ) Especialização área: \_\_\_\_\_

5. ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

**6-Tempo, em anos, de experiência na área de Enfermagem**

<b>Experiência</b>	<b>Tempo em anos</b>	<b>Área</b>
6.1 Assistência		
6.2 Pesquisa		
6.3 Docência		
6.4 Outros		

**7 Publicação sobre cuidados com a criança** 1. ( ) Sim 2. ( ) Não Quantas? \_\_\_\_

**8 Publicação em outros temas na área saúde da criança** 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  
Quantas? \_\_\_\_\_

**9 Publicação na área de validação de instrumento** 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  
Quantas? \_\_\_\_\_

**Capacitação em área clínica na saúde da criança** 1. ( ) Sim 2. ( ) Não  
Quantas? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE N - Validação do Conteúdo da Escala Traduzida

### **Prezado Especialista,**

A avaliação dos itens da escala terá o objetivo de verificar a clareza e a compreensão; a associação com a autoeficácia materna no cuidado da criança, classificar os itens em domínios, a relevância e o grau de relevância.

A autoeficácia materna no cuidado da criança consiste na confiança que a mãe tem em desempenhar com sucesso o cuidado da criança. Segundo Bandura (1977) autoeficácia consiste na “crença pessoal quanto à capacidade para realizar uma ação específica necessária a obtenção de um determinado resultado”. Portanto, o conceito de autoeficácia consiste na crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou comportamentos (Bandura, 1977). Logo, as crenças de autoeficácia são percepções dos indivíduos sobre suas próprias capacidades e por sua vez, proporcionam a base para a motivação humana. Há evidências empíricas de que as crenças de autoeficácia influenciam todos os aspectos da vida das pessoas, determinam como os indivíduos regulam o pensamento e o comportamento (Bandura, 1994).

Nesta validação de conteúdo os critérios: clareza da linguagem e compreensão serão analisados se estão presentes, sendo as alternativas 1.Sim e 2.Não. Para tanto, deve ser avaliado se a linguagem utilizada em cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para a população alvo. Também deve ser avaliado se o item faz associação com a autoeficácia materna no cuidado da criança, neste sentido, objetivamos identificar se cada item possui importância para o instrumento e se pode avaliar o conceito de interesse na população alvo. Também buscamos classificar os itens quanto aos domínios a que cada um está relacionado, podendo ser selecionado um dos seguintes domínios: 1. Promoção do desenvolvimento, 2. Cuidados Gerais de Saúde, 3. Segurança e 4. Dieta. Assinale apenas o que melhor representa cada item analisado. Para finalizar, deve ser identificado se o item é relevante e atribuído o grau de relevância a cada item, sendo; 1.Irrelevante, 2.Pouco relevante, 3.Realmente relevante, 4. Muito relevante. Para avaliar este critério, deverá ser considerado o grau de associação entre o item e a teoria, visando analisar se o conteúdo do item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão.

<b>Item</b>	<b>CrITÉRIOS de Avaliação</b>	<b>O item apresenta linguagem clara, compreensível e adequada para a população?</b>	<b>O item está associado à confiança materna no cuidado da criança?</b>	<b>Sua presença na escala é relevante?</b>	<b>Qual o grau de relevância?</b>
1. Dizer o que meu bebê pode fazer nesta idade.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
2. Dar brinquedos musicais ou cantar uma canção para o meu bebê.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
3. Criar um espaço para o meu bebê engatinhar, se arrastar ou tentar ficar em pé.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
4. Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
5. Deixar meu bebê comer sozinho, mesmo que isso cause bagunça.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
6. Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
7. Ensinar o meu bebê a brincar, brincando com ele.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

8. Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer sozinho antes de oferecer ajuda.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
9. Identificar o significado dos diferentes choros do meu bebê.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
10. Fazer o meu bebê rir.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
11. Identificar o que meu bebê gosta ou não gosta.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
12. Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
13. Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
14. Conversar com meu bebê e fazer contato “olho no olho” quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
15. Desviar a atenção do meu bebê quando ele estiver fazendo alguma coisa para realizar outra atividade.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
16. Fazer a higiene bucal do meu	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante

bebê diariamente.					3. Realmente relevante 4. Muito relevante
17. Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico e a ‘perinha’ de borracha quando tiver catarro.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
18. Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
19. Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
20. Prevenir assaduras no meu bebê.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
21. Decidir quando devo dar um banho se meu bebê estiver com febre.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
22. Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
23. Diferenciar vômito de regurgitação (golfo).	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
24. Identificar se o funcionamento do intestino do meu bebê está normal.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante			

					4. Muito relevante
25. Cuidar corretamente do meu bebê quando ele tiver diarreia.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
26. Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
27. Ajudar meu bebê quando ele estiver com prisão de ventre.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
28. Ajudar o meu bebê corretamente se ele/ela tiver uma convulsão.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
29. Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
30. Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento quando estiver vomitando.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
31. Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			
32. Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante			

33. De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
34. Fazer do lar um ambiente seguro para meu bebê.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
35. Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
36. Dar ao meu bebê brinquedos seguros.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
37. Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
38. Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
39. Preparar uma refeição adequada quando meu bebê estiver com 6 meses.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
40. Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) quando ele(a) estiver com 12 meses.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

41. Oferecer alimento sólido apropriado à idade do bebê.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
42. Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto mesmo quando eu não esteja em casa ou em local de trabalho.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
43. Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado ou tomando mamadeira.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
44. Fazer meu bebê arrotar sempre após mamar no peito ou tomar mamadeira.	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Sim    2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

## REFERÊNCIAS

Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1977;35(3):125-139.

Bandura A. Self-Efficacy. In Ramachaudran, V.S. (Ed). *Encyclopedia of Human Behavior*. New York: Academic Press; 1994. p. 71-81



3. Criar um espaço para o meu bebê engatinhar, se arrastar ou tentar ficar em pé.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
4. Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
5. Estimular meu bebê a comer com as próprias mãos, enquanto eu o alimento, mesmo que isso cause bagunça.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
6. Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
7. Ensinar o meu bebê a brincar, brincando com ele.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
8. Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer antes de oferecer ajuda.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
9. Identificar o significado dos diferentes choros do meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( )	

		3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
10. Fazer o meu bebê rir.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
11. Identificar o que meu bebê gosta ou não gosta.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
12. Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
13. Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
14. Conversar com meu bebê e fazer contato “olho no olho” quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
15. Desviar a atenção do meu bebê para outra atividade quando ele estiver fazendo alguma coisa.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho	

		dúvidas( )	
16. Limpar a boca do meu bebê diariamente.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
17. Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
18. Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
19. Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
20. Prevenir assaduras no meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
21. Decidir quando devo dar um banho se meu bebê estiver com febre.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	

22. Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
23 Diferenciar quando meu bebê vomitou ou regurgitou (golfou).		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
24. Identificar se o funcionamento do intestino do meu bebê está normal.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
25. Cuidar corretamente do meu bebê quando ele tiver diarreia.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
26. Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
27. Usar medidas para aliviar a prisão de ventre do meu bebê		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
28. Ajudar o meu bebê corretamente caso ele tenha uma convulsão.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( )	

		3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
29. Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
30. Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento quando estiver vomitando.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
31. Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
32. Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
33. De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos/objetos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
34. Fazer do lar um ambiente seguro para meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho	

		dúvidas( )	
35. Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
36. Dar ao meu bebê brinquedos seguros adequados para a idade.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
37. Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
38. Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
39. Preparar uma refeição adequada (de consistência pastosa e com alimentos saudáveis) quando meu bebê estiver com 6 meses.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
40. Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) e dois lanches quando ele estiver com 12 meses.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	

41. Oferecer alimento sólido apropriado à idade do meu bebê.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
42. Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto quando eu não estiver em casa.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
43. Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado/ alimentado.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	
44. Fazer meu bebê arrotar sempre após ser amamentado/alimentado com outro leite.		1.Não compreendi nada( ) 2.Compreendi pouco( ) 3.Compreendi bastante ( ) 4.Compreendi totalmente e não tenho dúvidas( )	

**Obrigado!**

Proibida a reprodução sem autorização prévia da Dr<sup>a</sup> Tassanee Prasopkittikun, Enfermeira, Departamento de Enfermagem Pediátrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Mahidol, Bangkok 10700, Tailândia. E-mail:tassanee.pra@mahidol.ac.th

**APÊNDICE P** – Características socioeconômicas das mães, ajuda para o cuidado com a criança e características do domicílio

**Tabela 7** Características socioeconômicas das mães cadastradas numa USF DS V. Recife-PE, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Idade</b>			
< 20 anos	4	13,3	
20-24 anos	8	26,7	0,006
>= 25 anos	18	60,0	
Mínimo		17	-
Máximo		43	-
Média±Desvio padrão		27,9±7,0	-
<b>Estado civil</b>			
Casada/união consensual	29	96,7	<0,001
Solteira	1	3,3	
<b>Trabalha fora do lar</b>			
Sim	13	43,3	0,465
Não	17	56,7	
<b>Escolaridade</b>			
Fundamental comp/incomp	2	6,7	
Médio comp/incomp	24	80,0	<0,001
Superior comp/incomp	4	13,3	
<b>Religião</b>			
Católica	10	33,3	
Evangélica	10	33,3	1,000
Sem religião	10	33,3	
<b>Praticante da religião</b>			
Sim	15	50,0	1,000
Não	15	50,0	
<b>Número Total de filhos</b>			
Um	20	66,7	
Dois	6	20,0	0,001
Três	4	13,3	
<b>Número de filhos/idade</b>			
Até um filho menor de um ano	25	45,5	
Até um filho menor de cinco anos	27	49,1	<0,001
Até dois filhos menores de cinco anos	3	5,5	
<b>Renda Familiar*</b>			
Sem renda	1	3,3	
Menos de 1 SM	1	3,3	0,004
1 SM	12	40,0	
Acima de 1 a 2 SM	8	26,7	
Acima de 2 SM	8	26,7	

<sup>1</sup>p-valor Qui-quadrado para teste de comparação de proporção

**Tabela 8** Ajuda para o cuidado com a criança segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>p-valor<sup>1</sup></b>
<b>Ajuda para cuidar da criança</b>			
Precisa de ajuda	21	70,0	0,028
Não precisa de ajuda	9	30,0	
<b>Parentesco do cuidador*</b>			
Primeiro grau	17	81,0	0,005
Segundo grau	4	19,0	
<b>Tipo de cuidado</b>			
Higiene corporal	16	34,8	<0,001
Alimentação	11	23,9	
Vigilância	11	23,9	
Coloca para dormir	5	10,9	
Medicação	2	4,3	
Brinca	1	2,2	

<sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

\*Parentesco do cuidador: Primeiro grau (pai, mãe, sogro(a), filho); Segundo grau (avô, avó, irmão, irmã, cunhado(a)).

**Tabela 9** Características do domicílio segundo as mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014.

<b>Fator avaliado</b>	n	%	p-valor <sup>1</sup>
<b>Quantidade de moradores no domicílio</b>			
Até 3 pessoas	13	43,3	
4 a 5 pessoas	13	43,3	0,067
6 ou mais	4	13,3	
Mínimo		2	-
Máximo		8	-
Média±Desvio padrão		4±1	-
<b>Tipo de Moradia</b>			
Própria	18	60,0	
Alugada	11	36,7	0,001
Cedida	1	3,3	
<b>Tipo de moradia</b>			
Alvenaria	30	100,0	-
<b>Água encanada</b>			
Sim	30	100,0	-
<b>Água para consumo</b>			
Filtrada	5	16,7	
Mineral	24	80,0	<0,001
Outras	1	3,3	
<b>Bens de consumo</b>			
Geladeira	30	16,0	
Fogão	30	16,0	
Televisão	29	15,5	
Telefone celular	28	15,0	
Rádio	20	10,7	
Máquina de lavar roupa	16	8,6	-
Computador/laptop	4	2,1	
Telefone fixo	6	3,2	
Motocicleta	15	8,0	
Automóvel	9	4,8	

\*Salário mínimo de referência R\$ 724,00. <sup>1</sup>p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

## APÊNDICE Q – Resultados da Validação de Aparência

**Tabela 10** Média do escore da confiança em realizar os cuidados com o filho, segundo mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 (continua).

<b>Item avaliado</b>	<b>Confiança (0-100)</b>
1. Dizer o que meu bebê pode fazer nesta idade.	69,00±28,2
2. Dar brinquedos musicais ou cantar uma canção para o meu bebê.	92,00±19,2
3. Criar um espaço para o meu bebê engatinhar, se arrastar ou tentar ficar em pé.	86,33±23,4
4. Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.	94,67±12,8
5. Estimular meu bebê a comer com as próprias mãos, enquanto eu o alimento, mesmo que isso cause bagunça.	87,67±26,9
6. Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).	87,67±20,5
7. Ensinar o meu bebê a brincar, brincando com ele.	96,67±10,3
8. Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer antes de oferecer ajuda.	81,00±28,6
9. Identificar o significado dos diferentes choros do meu bebê.	78,67±26,6
10. Fazer o meu bebê rir.	100,0±0,0
11. Identificar o que meu bebê gosta ou não gosta.	82,63±28,9
12. Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias	100,0±0,0
13. Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.	82,33±24,0
14. Conversar com meu bebê e fazer contato “olho no olho” quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.	95,67±13,0
15. Desviar a atenção do meu bebê para outra atividade quando ele estiver fazendo alguma coisa.	64,33±31,9
16. Limpar a boca do meu bebê diariamente.	94,00±16,9
17. Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico.	87,33±27,4
18. Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.	84,67±27,0
19. Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.	86,67±25,4
20. Prevenir assaduras no meu bebê.	98,33±9,1
21. Decidir quando devo dar um banho se meu bebê estiver com febre.	73,00±34,5
22. Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.	83,67±24,8
23 Diferenciar quando meu bebê vomitou ou regurgitou (golfou).	86,00±25,7
24. Identificar se o funcionamento do intestino do meu bebê está normal.	75,67±29,7
25. Cuidar corretamente do meu bebê quando ele tiver diarreia.	80,67±27,4
26. Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.	99,33±3,7
27. Usar medidas para aliviar a prisão de ventre do meu bebê.	78,33±32,9
28. Ajudar o meu bebê corretamente caso ele tenha uma convulsão.	47,67±42,6
29. Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.	65,00±36,1
30. Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento quando estiver vomitando.	66,33±37,6
31. Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.	87,00±27,7
32. Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.	89,33±22,9
33. De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos/objetos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.	93,00±24,2
34. Fazer do lar um ambiente seguro para meu bebê.	93,97±19,0
35. Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.	95,33±13,1

**Tabela 10** Média do escore da confiança em realizar os cuidados com o filho, segundo mães cadastradas numa USF DS V, Recife-PE, 2014 (conclusão).

Item avaliado	Confiança (0-100)
36. Dar ao meu bebê brinquedos seguros adequados para a idade.	96,00±13,0
37. Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.	90,3±24,6
38. Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.	94,7±15,7
39. Preparar uma refeição adequada (de consistência pastosa e com alimentos saudáveis) quando meu bebê estiver com 6 meses.	89,0±24,5
40. Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) e dois lanches quando ele estiver com 12 meses.	85,67±28,1
41. Oferecer alimento sólido apropriado à idade do meu bebê.	78,67±35,1
42. Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto quando eu não estiver em casa.	61,2±45,9
43. Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado/ alimentado.	96,00±13,0
44. Fazer meu bebê arrotar sempre após ser amamentado/alimentado com outro leite.	93,00±20,2
Total	85,26±10,9

**Tabela 11** Compreensão das mães acerca dos itens da escala aplicada na validação de aparência, Recife 2014 (continua).

Item avaliado	Nível de compreensão				Compreendi totalmente e não tenho dúvidas	IC
	Não compreendi nada	Compreendi pouco	Compreendi bastante	Compreendi totalmente		
1	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
2	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
3	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
4	0(0,0%)	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
5	0(0,0%)	2(6,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	28(93,3%)	0,933
6	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
7	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
8	0(0,0%)	2(6,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)	28(93,3%)	0,933
9	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
10	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
11	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
12	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
13	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
14	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
15	0(0,0%)	3(10,0%)	2(6,7%)	0(0,0%)	25(83,3%)	0,833
16	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
17	0(0,0%)	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
18	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
19	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
20	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
21	0(0,0%)	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967

**Tabela 11** Compreensão das mães acerca dos itens da escala aplicada na validação de aparência, Recife 2014 (conclusão).

Item avaliado	Nível de compreensão					IC
	Não compreendi nada	Compreendi pouco	Compreendi bastante	Compreendi totalmente	Compreendi totalmente e não tenho dúvidas	
22	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
23	0(0,0%)	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
24	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
25	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
26	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
27	1(3,3%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	28(93,3%)	0,933
28	0(0,0%)	2(6,7%)	1(3,3%)	0(0,0%)	27(90,0%)	0,900
29	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
30	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
31	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
32	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
33	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
34	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
35	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
36	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
37	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
38	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
39	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
40	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
41	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
42	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	30(100,0%)	1,000
43	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
44	0(0,0%)	1(3,3%)	0(0,0%)	0(0,0%)	29(96,7%)	0,967
Total	1(0,1%)	18(1,4%)	7(0,5%)	0(0,0%)	1294(%)	0,980

## APÊNDICE R - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para as mães

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa **Adaptação Tanscultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Talita Helena Monteiro de Moura, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901- Telefone (81) 88580482 e e-mail: dr.talitamonteiro@yahoo.com e está sob a orientação de Profª Luciana Pedrosa Leal, telefone para contato: (81) 91829930, e-mail: lucianapleal@hotmail.com e coorientação de Profª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, telefone para contato: (81) 92783940, e-mail: mariagoretevasconcelos@gmail.com.

Este documento se chama Termo de Consentimento e pode conter alguns tópicos que a senhora não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está solicitando, para que a senhora esteja bem esclarecida sobre tudo que será feito. Antes de concordar em participar, é importante ler e compreender a explicação do estudo. Após ser esclarecida, caso a senhora concorde em participar da pesquisa rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e a outra é da pesquisadora. Em caso de recusa a Srª não será penalizada de forma alguma. A Srª tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo desse estudo é traduzir e adaptar para o Brasil, uma escala que foi elaborada na Tailândia. Essa escala avalia a confiança que a mãe tem nas suas habilidades de cuidar do filho. Para tanto, será realizada uma entrevista na Unidade de Saúde da Família ou no seu domicílio, para aplicação de dois questionários (escala e sócioeconômico). O questionário sócioeconômico irá abordar algumas informações pessoais e familiares. A escala investigará a confiança em suas habilidades de cuidar do seu filho. Sua participação no estudo é livre. O risco do estudo é deixá-la tímida para abordar questões sobre como a senhora cuida do seu filho. Mas, será garantido que as informações obtidas serão unicamente para a realização do estudo, logo, não será identificada como participante da pesquisa. Ao final, a pesquisadora irá dialogar com a senhora sobre os cuidados com a criança menor de um ano e esclarecer suas dúvidas.

Caso a senhora não se sinta a vontade em participar poderá recusar ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que isso cause prejuízo para seu acompanhamento na Unidade de Saúde da Família. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você. Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (81) 88580482. Os dados coletados nesta pesquisa (dados socioeconômicos e escala) ficarão armazenados em pasta de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901, pelo período de 5 anos. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

---

Assinatura da Pesquisadora

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
 CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**”, como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

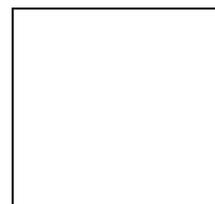
Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Nome do Participante

---

Assinatura



Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE S - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável legal pela menor de 18 anos**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para responsável legal pela menor de 18 anos

Solicitamos a sua autorização para convidar sua filha (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntária, da pesquisa “**Adaptação Tanscultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**”. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Talita Helena Monteiro de Moura, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901- Telefone (81) 88580482 e e-mail: dr.talitamonteiro@yahoo.com e está sob a orientação de Profª Luciana Pedrosa Leal, telefone para contato: (81) 91829930, e-mail: lucianapleal@hotmail.com e coorientação de Profª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, telefone para contato: (81) 92783940, e-mail: mariagoretevasconcelos@gmail.com.

Este documento se chama Termo de Consentimento e pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido(a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que a menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem a voluntária que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação da menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

O objetivo desse estudo é traduzir e adaptar para o Brasil, uma escala que foi elaborada na Tailândia. Essa escala avalia a confiança que a mãe tem em suas habilidades de cuidar do filho. Para tanto, será realizada uma entrevista na Unidade de Saúde da Família ou no seu domicílio, para aplicação de dois questionários (escala e sócioeconômico). O questionário sócioeconômico irá abordar algumas informações pessoais e familiares. A escala investigará a confiança que sua filha tem nas habilidades de cuidar do filho. A participação da menor no estudo é livre. O risco do estudo é deixá-la tímida para abordar questões sobre como ela cuida do filho. Mas, será garantido que as informações obtidas serão unicamente para a realização do estudo, logo, não será identificada como participante da pesquisa. Ao final, a pesquisadora irá dialogar com a sua filha sobre os cuidados com a criança menor de um ano e esclarecer as dúvidas.

Caso não aceite a participação da sua filha, ela poderá recusar ou desistir em qualquer momento sem que isso cause prejuízo no acompanhamento na Unidade de Saúde da Família. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você. Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (81) 88580482. Os dados coletados nesta pesquisa (dados socioeconômicos e escala) ficarão armazenados em pasta de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901, pelo período de 5 anos. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar,

sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

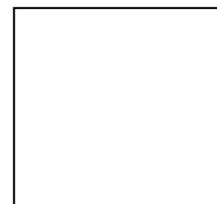
### CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo “**Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**”, como voluntária. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dela. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para a menor em questão.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura do (da) responsável: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.



Impressão digital

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE T – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos

### Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você, após autorização dos seus pais ou responsáveis legais para participar como voluntária da pesquisa: **Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**. Esta pesquisa é de responsabilidade da pesquisadora Talita Helena Monteiro de Moura, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901- Telefone (81) 88580482 e e-mail: dr.talitamonteiro@yahoo.com e está sob a orientação de Profª Luciana Pedrosa Leal, telefone para contato: (81) 91829930, e-mail: lucianapleal@hotmail.com e coordenação de Profª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, telefone para contato: (81) 92783940, e-mail: mariagoretevasconcelos@gmail.com.

Este documento se chama Termo de Assentimento e pode conter algumas palavras que você não entenda. Se tiver alguma dúvida, pode perguntar à pessoa que está entrevistando, para compreender tudo o que vai acontecer. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

### Informações sobre a pesquisa

Este estudo vai traduzir uma escala elaborada na Tailândia para ser usada no nosso país. Essa escala avalia a confiança que a mãe tem nos cuidados que realiza com o filho. Será realizada uma entrevista na Unidade de Saúde da Família ou no seu domicílio, para aplicação de dois questionários (escala e sócioeconômico). O questionário sócioeconômico tem perguntas sobre questões pessoais e familiares. Você pode escolher se quer participar ou não. Pode ser que fique tímida para falar sobre como cuida do seu filho.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos fornecer. Os resultados da pesquisa serão publicados apenas em eventos ou publicações científicas, mas seu nome não será identificado como participante da pesquisa. Ao final, a pesquisadora irá conversar com você sobre os cuidados com a criança menor de um ano e esclarecer alguma dúvida se você tiver. Se você não se sentir a vontade poderá recusar ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que isso cause prejuízo para seu acompanhamento na Unidade de Saúde da Família. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você, assim como nenhum tipo de remuneração. Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de assentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (81) 88580482. Os dados coletados nesta pesquisa (dados socioeconômicos e escala) ficarão armazenados em pasta de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901, pelo período de 5 anos. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

---

Assinatura da Pesquisadora

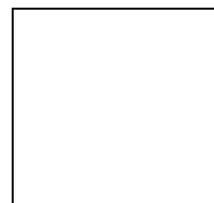
**ASSENTIMENTO DA MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO  
VOLUNTÁRIA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, **“Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil”** como voluntária. Fui informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura da menor: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite da voluntária em participar:



Impressão digital

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

## APÊNDICE U - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os especialistas

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **“Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Talita Helena Monteiro de Moura, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901- Telefone (81) 88580482 e e-mail: dr.talitamonteiro@yahoo.com e está sob a orientação de Luciana Pedrosa Leal, Telefone para contato: (81) 91829930, e-mail: lucianapleal@hotmail.com orientação de Profª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Telefone para contato: (81) 92783940, e-mail: mariagoretevasconcelos@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter tópicos que o/a senhor/a não entenda. Se houver dúvidas pergunte a pesquisadora. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e a outra da pesquisadora. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a). Também garantimos que o Sr. (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

**Informações sobre a pesquisa:**

- O objetivo deste estudo é adaptar para o Brasil uma escala que avalia a autoeficácia no cuidado da criança, que foi elaborada na Tailândia. Por isso, foi submetida a um rigoroso protocolo de tradução e adaptação transcultural. Venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do estudo na etapa de validação de conteúdo, na qualidade de Especialista.
- Como Especialista o (a) Sr. (a) receberá um instrumento contendo dois formulários, o primeiro referente ao seu perfil profissional e o segundo para registrar a avaliação contendo os itens da escala e questões a serem respondidas.
- Não terá riscos para o (a) Sr. (a). Para as mães das crianças terá risco mínimo no sentido de causar algum constrangimento por abordar questões de ordem pessoal.
- A pesquisa trará como benefícios indiretos as informações fornecidas pelas mães poderão auxiliar nas orientações que o profissional de saúde precisa fazer quanto ao cuidado da criança. Como benefícios diretos, a mãe poderá dirimir suas dúvidas quanto aos cuidados com a criança menor de um ano.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (tradução da escala), ficarão armazenados em (pasta de arquivo), sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Av. Prof. Moraes Rego, s/n, 2º piso do bloco A, anexo ao Hospital das Clínicas/UFPE, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP 50670901, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

**Consentimento da participação da pessoa como Especialista:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**Adaptação Transcultural e de conteúdo da Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS) para o Brasil**”, como Especialista. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Especialista (a)

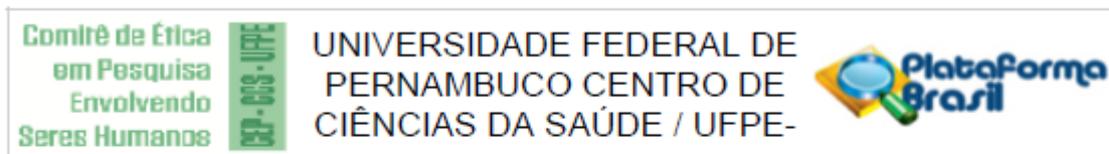
\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Adaptação Transcultural e de Conteúdo da Self-efficacy in Infant Care Scale para o Brasil.

**Pesquisador:** Talita Monteiro

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 26920314.1.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DA NOTIFICAÇÃO**

**Tipo de Notificação:** Envio de Relatório Final

**Detalhe:**

**Justificativa:**

**Data do Envio:** 02/12/2014

**Situação da Notificação:** Parecer Consubstanciado Emitido

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 900.848

**Data da Relatoria:** 09/12/2014

**Apresentação da Notificação:**

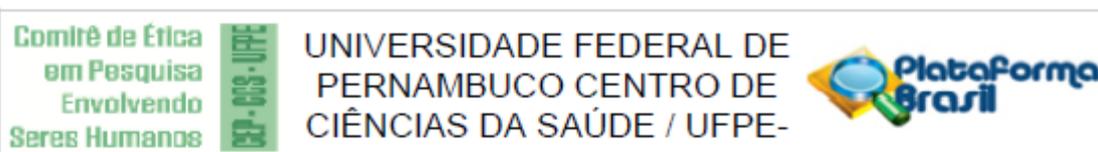
A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

**Objetivo da Notificação:**

O pesquisador Solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador apresentou no relatório os resultados e conclusões da pesquisa.



Continuação do Parecer: 900.848

**Comentários e Considerações sobre a Notificação:**

O pesquisador apresentou o relatório e o mesmo está adequado e indicou resultados e conclusão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram considerados adequados.

**Recomendações:**

s/recomendação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e aprovado de forma definitiva.

RECIFE, 05 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:  
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO  
(Coordenador)

ANEXO B - Autorização da Dr<sup>a</sup> Tassanee Prasopkittikun

Faculty of Nursing, Mahidol University  
2 Prannok Road, Bangkoknoi, Bangkok 10700, Thailand  
Tel: 66-24197466-80 Fax: 66-2-4128415

September 23, 2013

Talita Monteiro  
Federal University of Pernambuco (UFPE)  
Brazil

Dear Talita Monteiro,

Thank you for requesting for the use of the Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS). You have my permission to translate and modify this tool for use in your study. I would also appreciate if you share the psychometric results of the tool and the study findings upon the completion of the study.

I wish you success in your research.

Best wishes,

A handwritten signature in black ink, reading "Tassanee Prasopkittikun". The signature is written in a cursive style with a long horizontal line extending to the right.

Tassanee Prasopkittikun, RN, PhD  
Associate Professor  
Department of Pediatric Nursing,  
Faculty of Nursing, Mahidol University

## ANEXO C – Carta de Anuência

**PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Talita Helena Monteiro de Moura** pesquisadora da pós graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa nas Unidades de Saúde da Família Bongi, San Martin e Coqueiral do Distrito Sanitário V da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Adaptação Transcultural e de Conteúdo da *Self-efficacy in Infant Care Scale* para o Brasil.", sendo orientada por Luciana Pedrosa Leal.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 31 de janeiro de 2014.

Atenciosamente,

*Juliana Siqueira*  
**Juliana Siqueira**

Gerente Geral de Formação e Avaliação de Desempenho

**Juliana Siqueira Santos**  
Gerente Geral de Formação e Avaliação  
de Desempenho / SEGTES/SS/PCR  
Matricula nº 87.655-5