



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

VIVIANE MARIA PEREIRA DE CARVALHO MAGALHÃES

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA
MATERNA NA ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE**

**RECIFE
2018**

VIVIANE MARIA PEREIRA DE CARVALHO MAGALHÃES

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA
MATERNA NA ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE**

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.

Área de concentração: Saúde da família nos cenários dos cuidados da enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Luciana Pedrosa Leal.

RECIFE
2018

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M188c Magalhães, Viviane Maria Pereira de Carvalho.
 Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na
 alimentação do lactente / Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães. –
 2018.
 154 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

 Orientadora: Luciana Pedrosa Leal.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2018.

 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Autoeficácia. 2. Nutrição infantil. 3. Mães. 4. Enfermagem. 5.
 Puericultura. I. Leal, Luciana Pedrosa (Orientadora). II. Título.

610.736 2 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2019-155)

VIVIANE MARIA PEREIRA DE CARVALHO MAGALHÃES

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA MATERNA
NA ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Anna Karla de Oliveira Tito Borba (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Suzana Lins da Silva (Examinadora Externa)
Faculdade Pernambucana de Saúde

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus... toda honra e glória seja dada a Ele. Por me escolher e permitir trilhar nesse caminho da ciência. Muitos anos se passaram até a concretização desse sonho... mas me permiti viver tudo àquilo que você tinha reservado para mim. Dediquei-me... hoje colho frutos de todo meu trabalho. Percebo que o tempo determinado por ELE era hoje. Obrigada Senhor pela força renovada a cada manhã, as batalhas vencidas, pelo cuidado e amor incondicional dispensado a minha vida.

Aos meus pais Neide e Amaury por terem investido e acreditado em mim. Sempre me apoiando em tudo. Com certeza sempre estive presente nas orações de minha mãe que me fortalecem a cada dia. Amo vocês!

Aos meus avós (in memoriam) Maria Luiza e Lupércio Basílio que o Senhor os levou para si... e hoje nos deixam eternas saudades! Minha avó pelo exemplo de amor, paciência, generosidade.... Meu avô pela sua integridade, exemplo de um homem provedor! Amo vocês!

Ao meu esposo Uberlan... serei eternamente grata por ter me compreendido, apoiado, respeitado as minhas ausências e cuidado de nossos filhos de maneira tão especial. Lembro-me quando iniciei o mestrado e lhe disse que precisaria de um parceiro... não seria nada fácil a jornada. E aí você topou... e nesses dois anos a nossa relação está mais fortalecida do que nunca! Obrigada, amo você!

Aos meus lindos filhos Hadassa e Abner que mesmo pequenos souberam compreender a mamãe e continuaram me amando... mesmo ausente em alguns momentos. Todo esse árduo esforço foi por vocês. Amo vocês!

Ao meu irmão Walmor, companheiro de longos anos da minha vida. Meu amigo, parceiro, sonha os meus sonhos e sempre me apoia em tudo até mesmo com meus filhos. Amo você Wal!

A toda minha família e amigos que direta e indiretamente compartilharam comigo esses dois anos de batalha. Em especial Lena, que me ajudou com meus filhos nos momentos em que precisei!

A minha orientadora Profa. Luciana Leal. Ela foi mais do que isso... nunca esquecerei do seu grande incentivo para adentrar na área acadêmica, mesmo nesses anos que estive longe da universidade. Com seu jeito todo especial de ser, soube compreender minhas dificuldades, limitações, me apoiou e acreditou na realização desse lindo trabalho. Compromisso, ética e

responsabilidade é sua marca registrada e lhe fazem ser quem você exatamente é: um ser humano especial. Deus preparou você para mim. E só tenho que te agradecer por tudo. Nunca esquecerei do que você fez por mim Prof.!

Às Profas. Gabriela Sette e Marly Javorski pelo apoio e por acreditar na realização dessa conquista. Esse instrumento também é seu Prof.^a Marly!

À Prof.^a Lorena Ximenes que mesmo distante contribuiu de maneira singular na concretização dessa ideia da autoeficácia materna... pela experiência, competência e disponibilidade na construção do projeto.

À Prof.^a Cleide Pontes pelo olhar criterioso e valiosas contribuições na construção do projeto desde a qualificação até a defesa.

Às Profas. Ana Karla e Suzana Lins pela disponibilidade em participar da banca de defesa e puder contribuir para o aperfeiçoamento da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem por compartilhar saberes, experiências e incentivar à pesquisa com vistas ao desenvolvimento de novas tecnologias à saúde.

Aos meus colegas da turma M7 por tudo que vivemos juntos. Estava nos planos de Deus nos encontrar e compartilhar bons momentos de aprendizado. A nossa turma arrasa mesmo.

Aos funcionários da secretaria Glivson, Leo e Camila pela disponibilidade em ajudar sempre.

Aos participantes da pesquisa que tão gentilmente puderam concretizar o término dessa dissertação.

As enfermeiras Cinthia e Marília, que de forma solícita e carinhosa facilitaram a coleta de dados na UBS Vila União. Aos Agentes de Saúde pela disponibilidade de acompanhar-me nas visitas domiciliares.

As minhas queridas amigas de plantão Mariana, Rutheanne, Fabiane e Marília que tão de perto acompanharam toda essa trajetória... pela escuta atenta, compreensão e maravilhosos momentos juntas. Amo vocês amigas!

A minha supervisora de enfermagem Zilvanzita por ter me apoiado e atendido as minhas necessidades de troca de plantão. Meu muito obrigado!

A minha querida e especial amiga Adriana Muss a quem compartilho desde a graduação todas as etapas de minha vida. Obrigada pelo carinho! Amo você Adri!

Aos meus amigos do IMIP que comemoraram junto comigo as minhas vitórias: Juliana, Silas, Tenússia, Adriana, Aline, Jaciara... vocês estarão para sempre no meu coração!

As minhas técnicas Imipianas adoráveis... exemplo de profissionais, atuam com amor, ética, e dedicação aos nossos pequenos pacientes. Nunca esquecerei o aprendizado que pude compartilhar com vocês. As minhas estrelas: Zezé, Antônia, Alzaneide, Lu.

À direção da Faculdade de Ciências Humanas de Olinda (FACHO) instituição a qual tenho orgulho em fazer parte, somos uma grande família. Meu agradecimento especial à diretora Prof.^a Ana Cristina, pelo apoio incondicional aos docentes no processo de qualificação profissional.

A minha querida coordenadora Patrícia Bispo que sempre me incentivou, torceu por mim e me deu total assistência nos momentos que necessitei ficar ausente, antecipar aulas... você, Ceça e Joana foram minha inspiração para mergulhar nesse universo acadêmico.

A todos que participaram dessa conquista. Muito obrigada!

RESUMO

A falta de confiança materna em desempenhar ações necessárias à alimentação infantil saudável contribui para inadequado crescimento e desenvolvimento. A autoeficácia é um preditor de comportamentos em saúde, que possibilita ao enfermeiro identificar as dificuldades percebidas pelas mães nesse processo e direcionar as ações educativas. Nesse sentido, esta dissertação objetiva validar uma escala construída para avaliação da autoeficácia materna na alimentação do lactente. Estudo metodológico no qual foram adotados os princípios teóricos de Pasquali para elaboração da escala. A primeira etapa consistiu na identificação e definição do construto “promoção da alimentação do lactente”. Em seguida, foram estabelecidas as definições operacionais, delimitadas a partir de uma revisão integrativa – realizada em oito bases de dados para identificar as práticas maternas envolvidas na promoção da alimentação infantil e que serviu de âncora para a elaboração dos itens da escala. A análise de conteúdo foi efetivada por 22 juízes, profissionais com experiência na temática alimentação infantil e que preencheram dois dos cinco critérios de Jasper. O período de coleta foi de outubro de 2017 a janeiro de 2018, por meio de formulário eletrônico, contendo sinopse da teoria da autoeficácia, qualificação profissional, instruções para o preenchimento da escala e o instrumento a ser validado. Foi realizada análise semântica com 30 juízes, mães com filhos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, pertencente ao Distrito Sanitário IV, em janeiro de 2018, por meio de entrevista realizada em domicílio. O formulário aplicado continha informações relacionadas à caracterização da amostra e o instrumento a ser avaliado. Os dados foram digitados em dupla entrada e analisados pelo programa estatístico IBM® SPSS *Statistics* versão 21.0 e apresentados por meio de estatística descritiva. Para análise da validação de conteúdo, foram calculados o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) e teste binomial. Foi considerado $CVC \geq 0,80$ e proporção de concordância de 85% entre os juízes, respectivamente. Na validação semântica, o Índice de Concordância foi calculado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco com CAAE 74778617.8.0000.5208. A maioria dos itens foi considerada adequada pelos especialistas e mães, atingindo valores satisfatórios de IC (0,97) e CVC nos critérios de clareza (0,87), pertinência (0,92) e relevância (0,91). Dois itens foram excluídos e os que permaneceram foram modificados, atendendo sugestões dos juízes. A versão final da escala foi composta por 30 itens e dois domínios (prática alimentar e comportamento materno). O instrumento permitirá aos enfermeiros e profissionais da saúde

avaliar a confiança materna e identificar suas dificuldades no manejo da alimentação do lactente. Isto propiciará o direcionamento das ações educativas no serviço de puericultura. A escala válida em conteúdo e semântica deverá ser submetida a novas pesquisas a fim de que se complete a análise das propriedades psicométricas.

Palavras-chave: Autoeficácia. Nutrição infantil. Mães. Enfermagem. Puericultura.

ABSTRACT

Mother's lack of confidence in performing necessary actions for healthy breastfeeding contributes to inadequate growth and development of the infants. Self-efficacy is a predictor of health behaviors that enables the nurse to identify the difficulties perceived by mothers in this process and also to conduct educational actions in that regard. In this sense, this dissertation aims to validate a scale to evaluate maternal self-efficacy in breastfeeding – a methodological study in which the theoretical procedures for scale elaboration were executed by following Pasquali's theoretical framework. The first step consisted in identifying and defining the construct "infant breastfeeding promotion". Afterwards, operational definitions were established by being delimited by an integrative review conducted in eight databases in order to identify the maternal practices involved in the promotion of infant breastfeeding and served as a framework for the elaboration of the scale items. The content analysis was conducted by 22 judges, all of them with experience in the subject of infantile feeding and who met two of the five criteria of Jasper's theoretical framework. The collection period ranged from October 2017 to January 2018 and was accomplished by means of an electronic form containing a synopsis of the self-efficacy theory, professional qualification, instructions for completing the scale and the instrument to be validated. The semantic analysis was implemented by means of an interview conducted with 30 mothers registered at a Basic Health Unit that is under the administration of Recife's Sanitary District IV in January 2018. The interview took place in their residences. The applied form contained information related to the characterization of the sample and the instrument to be evaluated. The data were typed in double entry and analyzed by using the statistical software IBM® SPSS *Statistics* version 21.0 and presented through descriptive statistics. Content validity coefficient (CVC) and binomial test were calculated for the content validation analysis. $CVC \geq 0.80$ and concordance ratio of 85% were considered among the judges, respectively. As for the semantic validation, the Concordance Index was calculated. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco (Universidade Federal de Pernambuco) under the license CAAE 74778617.8.0000.5208. Most of the items were considered adequate by specialists and mothers involved in this studied, therefore, it was possible to achieve satisfactory values of HF (0.97) and CVC in the criteria of clarity (0.87), pertinence (0.92) and relevance (0.91). Two items were excluded and those that remained were modified according to suggestions from the judges. The final version of

the scale was composed of 30 items and two domains (feeding practice and maternal behavior). The instrument will allow nurses and health professionals to assess maternal confidence and identify their difficulties as far as infant breastfeeding is concerned. It will allow for educational actions in childcare services. The validated scale in content and semantic requires further research in order for the psychometric properties to be completed.

Keywords: Self efficacy. Infant nutrition. Mothers. Nursing. Childcare

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema representativo da reciprocidade triádica	40
Figura 2	Representação gráfica dos procedimentos teóricos adotados para a construção da escala de autoeficácia materna na promoção da alimentação do lactente.	46
Figura 3	Fluxograma das etapas da seleção dos artigos.	50
Quadro 1	Critérios para seleção dos juízes. Recife, 2018.	53
Quadro 2	Valores de referência para o kappa.	56
Quadro 3	Definições operacionais relacionadas às práticas maternas envolvidas na promoção da alimentação do lactente. Recife, 2018.	63
Quadro 4	Primeira versão da escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente. Recife, 2018.	72
Quadro 5	Caracterização dos juízes de acordo com os critérios de Jasper. Recife, 2018.	74
Quadro 6	Considerações/sugestões dos juízes acerca dos itens da primeira versão e redação dos itens para a segunda versão da escala. Recife, 2018.	79
Quadro 7	Segunda versão da escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente. Recife, 2018.	85
Quadro 8	Itens da escala aplicada às mães que foram modificados na validação semântica. Recife-PE, 2018.	92
Quadro 9	Terceira versão da escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente. Recife, 2018.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Associações dos descritores por base de dados.	49
Tabela 2	Avaliação dos juízes na validação dos itens do instrumento relativo à clareza, pertinência e relevância. Recife, 2018.	77
Tabela 3	Características socioeconômicas das mães atendidas na Unidade Básica de Saúde. Recife, 2018.	87
Tabela 4	Características das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde. Recife, 2018.	88
Tabela 5	Média do escore da confiança materna e Índice de Concordância dos itens da escala. Recife-PE, 2018.	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IC	Índice de Concordância
IMC	Índice de Massa Corporal
MESH	<i>Medical Subject Heading</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
QI	Quociente de inteligência
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSC	Teoria Social Cognitiva
TV	Televisão
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Objetivos.....	24
1.1.1	Objetivo Geral.....	24
1.1.2	Objetivos Específicos.....	24
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1	Alimentação do lactente.....	25
2.2	Enfermagem e a educação em saúde.....	33
2.3	Teoria da autoeficácia.....	38
3	MÉTODO.....	45
3.1	Tipo do estudo.....	45
3.2	Construção da escala.....	46
3.2.1	Identificação e aprofundamento do construto “promoção da alimentação do lactente”.....	46
3.2.2	Operacionalização do construto.....	51
3.2.2.1	<i>Elaboração dos itens da escala.....</i>	<i>51</i>
3.3	Validação da escala.....	51
3.3.1	Análise teórica dos itens.....	51
3.3.1.1	<i>Análise de conteúdo.....</i>	<i>52</i>
3.3.1.2	<i>Análise semântica.....</i>	<i>56</i>
3.4	Aspectos éticos.....	58
4	RESULTADOS.....	59
4.1	Definição constitutiva: Promoção da alimentação do lactente.....	59
4.2	Definição operacional	62
4.3	Itens da escala.....	71
4.4	Validação de conteúdo	73
4.5	Validação semântica.....	87
5	DISCUSSÃO.....	96
5.1	Definição operacional.....	96
5.2	Validação de conteúdo.....	99
5.3	Validação semântica.....	103
6	CONCLUSÃO.....	106

REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A - Carta convite aos juízes.....	124
APÊNDICE B - Formulário de qualificação profissional aos juízes	125
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos juízes	126
APÊNDICE D - Sinopse teoria da autoeficácia.....	128
APÊNDICE E - Instruções para os juízes referente à validação de conteúdo	131
APÊNDICE F- Formulário para validação de conteúdo.....	132
APÊNDICE G - Formulário de caracterização da amostra (mães)	138
APÊNDICE H - Instrumento de validação	140
APÊNDICE I - Procedimento operacional padrão.....	146
APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às mãe	148
ANEXO A - Instrumento de coleta de dados.....	150
ANEXO B - Instrumento de avaliação do rigor metodológico	152
ANEXO C - Carta de anuência.....	154

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados à criança nos primeiros anos de vida são essenciais para promoção do crescimento e desenvolvimento saudável. No ambiente familiar ocorrem as primeiras interações sociais da criança e forma-se uma rede de dedicação e afeto¹. Nessa dinâmica de cuidados destaca-se o papel da mulher na prática parental^{2, 3}.

Embora tenham ocorrido profundas transformações socioculturais no Brasil na última década, com maior nível de escolaridade das mulheres, sua consolidação no mercado de trabalho, a queda da natalidade e sua independência econômica ainda está distante a divisão equitativa de responsabilidades entre homens e mulheres⁴. Persiste até então, uma visão conservadora no tocante à divisão de tarefas, na qual compete a mulher a responsabilidade pelas atividades domésticas e cuidado com os filhos⁵.

Os cuidados maternos visam satisfazer as necessidades básicas da criança, dentre elas, destaca-se a alimentação. As mães devem se sentir capazes de alimentar seus filhos de maneira saudável a fim de promover o bem-estar com adequado crescimento e desenvolvimento da criança. A crença na sua capacidade em realizar com sucesso um comportamento capaz de produzir resultados pode ser definida como autoeficácia⁶. As crenças das pessoas em relação à autoeficácia podem ser construídas por quatro principais fontes de influência⁷.

A primeira fonte capaz de criar um forte senso de eficácia são as experiências anteriores. Se pessoas experimentam apenas sucessos fáceis, os resultados esperados serão rápidos, porém, no momento de dificuldades serão desencorajados pelo fracasso. Um senso resiliente de eficácia requer experiência em superar obstáculos por meio do esforço perseverante⁷.

Outra fonte que influencia a construção e fortalecimento da autoeficácia são as experiências aprendidas pela observação de modelos sociais. A observação de pessoas com características semelhantes, que se esforçam e persistem na realização de um comportamento, pode gerar a percepção de que somos capazes de nos comportar da mesma maneira⁷.

O estado emocional ou as reações fisiológicas para realizar determinadas tarefas também são fontes que afetam as crenças de autoeficácia. Reduzir as alterações negativas do estado emocional e do estresse auxilia no controle do raciocínio e na tomada de decisão⁷.

Por fim, a persuasão e o encorajamento verbal poderão ser fontes influenciadoras na construção da crença de autoeficácia. A verbalização de confiança feita por outrem na capacidade de alguém para atingir determinada meta serve como um fator que poderá estimular a motivação⁷.

Incentivar e encorajar as mães a desenvolverem comportamentos positivos na alimentação tem sido um desafio constante dos profissionais que atuam na promoção da saúde infantil. Intervenções adequadas devem ser implementadas para fortalecer sua confiança e melhorar suas competências parentais, uma vez que a autoeficácia é diferenciada entre os indivíduos⁸.

Preocupada com as dificuldades maternas na prática da alimentação infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou recomendações destinadas a capacitar os profissionais da saúde que atuam na atenção básica⁹. Baseado nessas recomendações o Ministério da Saúde instituiu dez passos para uma alimentação saudável das crianças menores de dois anos¹⁰.

Dentre as orientações, o leite materno é o primeiro alimento que deve ser oferecido à criança até os seis meses, sem oferta de água, chás ou qualquer outro alimento visto que proporciona inúmeros benefícios a curto e em longo prazo para mãe e criança¹¹. Após o sexto mês de vida, deve-se ressaltar a continuidade da amamentação e a introdução da alimentação complementar. Esta é definida como um processo que se inicia quando o leite materno já não é suficiente para satisfazer as necessidades nutritivas dos lactentes⁹.

Os alimentos complementares devem ser oferecidos gradualmente, de acordo com os horários da família e o aleitamento materno estimulado até os dois anos de idade ou mais. Inicialmente, devem ser ofertados alimentos espessos nunca liquidificados ou peneirados, para que posteriormente sua consistência chegue à alimentação da família. Assim, evita-se que haja diminuição da densidade energética dos alimentos e seja mantida ingesta adequada de calorias para atender as necessidades metabólicas da criança¹⁰.

Um cardápio colorido e diferente deve ser oferecido à criança, devendo sempre estimular o consumo diário de frutas, verduras, legumes, carnes e desaconselhar a ingesta de açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes e bebidas de baixo valor nutricional. A utilização do sal deve ser feita com moderação. Cuidados com a higienização, com a conservação e com o manuseio dos alimentos são essenciais na prevenção de infecções, especialmente a diarreia^{11, 12}.

Outro aspecto abordado na alimentação infantil é a responsividade materna. A interação e o comportamento que ocorrem durante a alimentação, entre mãe e filho ou cuidador e criança, são motivos que podem repercutir na nutrição, no crescimento e desenvolvimento da criança¹³. Esse contato parental é um dos pilares da alimentação responsiva.

Na alimentação responsiva a mãe está atenta à fome infantil e aos sinais de saciedade monitorando a qualidade da dieta da criança. Há uma reciprocidade mútua, pois ela emite indícios pelos movimentos, expressões faciais e vocalizações enquanto a mãe os reconhece e está pronta para correspondê-la¹⁴. O estilo responsivo está mais associado à formação de práticas alimentares saudáveis assim como o desenvolvimento de resposta adequada aos sinais de saciedade e fome da criança^{13, 15}.

Mesmo com inúmeras recomendações para uma alimentação saudável, situações de inadequação alimentar infantil são vivenciadas por diversos países no mundo¹⁶. Estima-se que menos de 37% das crianças menores de seis meses, são amamentadas exclusivamente em países de baixa e média renda e que os países ricos atingem índices ainda menores com cerca de 20%¹⁷. Consequentemente há introdução precoce de alimentos complementares^{18, 19}, dentre eles cereais, fórmula infantil e suco de frutas administrados por mamadeira. Na população de baixa renda, na maioria das vezes, a fórmula infantil é substituída pelo leite de vaca integral (líquido ou em pó) e amido^{20, 21, 22}. O cardápio alimentar é pouco diversificado e há um aumento no consumo de bebidas e alimentos industrializados e hipercalóricos^{23, 24, 25}, baixa ingestão de frutas, legumes e ingesta deficiente de micronutrientes²⁶.

Além disso, crianças que recebem alimentos complementares antes dos quatro meses de idade, desmamam precocemente, fazem uso de fórmula infantil e recebem alimentos sólidos, apresentam maior risco de sobrepeso ou obesidade na infância^{27, 28}. Há uma exposição a alimentos ultraprocessados, de alta densidade energética e pobre em nutrientes que são mais baratos e prontamente disponíveis²⁹. O consumo desses alimentos está diretamente associado à influência do comportamento familiar que são herdados pelos filhos que acabam reproduzindo normas, atitudes e hábitos culturais da família²⁹.

Quando a interação entre mãe e filho está prejudicada isso refletirá em práticas inadequadas como falta de limites na qualidade ou quantidade da dieta infantil, pouca interação com a criança durante a oferta do alimento, preocupação com o aumento da quantidade de alimentos consumidos e a utilização destes para acalmar ou recompensar à criança³⁰. Nesse contexto, as mães são pouco sensíveis, assumem o controle da alimentação,

não reconhecem nem valorizam os sinais emitidos pela criança em relação à fome e saciedade o que pode gerar falta de estímulo e interesse por parte da criança acerca da alimentação³¹.

Essas práticas inadequadas contribuem para o aumento da mortalidade, aparecimento de distúrbios gastrointestinais, respiratórios, alterações no desenvolvimento neurológico e motor, deficiência na absorção dos nutrientes, obesidade, alergias alimentares e maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas na idade adulta^{32, 33}. As consequências desses agravos na infância incluem a falta de capacidade em atingir seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento e na idade adulta, menor escolaridade, redução da produtividade econômica, distúrbio mental, risco para altas concentrações de glicose e hipertensão arterial³⁴.

O comportamento alimentar infantil sofre influência pela figura materna e práticas alimentares consolidadas durante os primeiros anos irão repercutir na idade adulta.³⁵ É pouco provável que mães que possuam hábitos alimentares inadequados, sejam capazes de estabelecer uma alimentação infantil apropriada^{35, 36}.

Alguns fatores maternos podem interferir na alimentação da criança. A baixa escolaridade influencia na introdução precoce³⁷⁻³⁹ e no consumo de alimentos não saudáveis (sucos industrializados, café, refrigerante, mel, açúcar, salgadinho)⁴⁰. Em contraste, mães com maior escolaridade tem uma percepção melhor de comportamentos relacionados à saúde e incrementam no cardápio alimentar de seus filhos a ingestão de frutas, verduras e carnes diariamente^{24, 41}.

A presença de sintomas depressivos¹⁸, viver sem o companheiro³⁸, ter baixa renda familiar e menor idade materna está associado a maior chance de inadequação alimentar infantil⁴¹. Outra condição que poderá contribuir ou não para a promoção de uma alimentação saudável é a rede social de apoio da mulher⁴²⁻⁴⁵.

Uma das dificuldades vivenciadas pelas mães é a falta de conhecimento acerca da introdução oportuna de alimentos complementares^{39, 40} no que diz respeito à idade apropriada, a aceitação de novos alimentos por parte da criança e no estabelecimento de limites⁴⁶. Percebem-se dúvidas acerca dos grupos alimentares que devem estar presentes no cardápio, da consistência dos alimentos e da forma correta de oferecê-los⁴⁷. Soma-se a isto, a influência de crenças, mitos e diferentes culturas no comportamento materno que dificultam o estabelecimento de uma alimentação adequada⁴⁸.

Entre as estratégias voltadas para o enfrentamento dessas dificuldades ressalta-se às ações de educação em saúde que visam à aquisição de conhecimento e desenvolvimento de

competências^{49' 50}, ampliando a autonomia materna e reforçando sua condição de sujeito social a fim de torná-la capaz de prestar o melhor cuidado ao seu filho.

Mães que possuem alta crença na sua capacidade terão maior nível de motivação e isso se traduz em esforço e persistência mediante as dificuldades, estimulando a aprendizagem e o interesse em cumprir metas⁵¹. Elevado sentimento de autoeficácia está relacionado com melhor saúde, realização e integração social, maior nível de motivação, empreendimento de esforço no alcance dos objetivos⁶.

As ações educativas realizadas no âmbito da atenção primária representam um dos principais elementos à promoção da saúde infantil, pois possibilitam a formação de uma consciência crítica e reflexiva, por meio da produção de um saber para autonomia e autocuidado fortalecendo a confiança materna nos cuidados infantis⁵². São consideradas eficazes, pois, influenciam e fortalecem as crenças das pessoas em suas capacidades levando-as a se sentirem mais autoconfiantes para realizar determinadas tarefas com sucesso^{6' 53}.

No serviço de puericultura das Unidades Básicas de Saúde são desenvolvidas ações de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil com objetivo de promover educação alimentar, vigilância nutricional, ampliação da cobertura vacinal, prevenção de acidentes, higiene e identificação precoce dos agravos⁵⁴. Compete ao enfermeiro a realização da consulta de puericultura, exercendo papel de destaque na educação em saúde possuindo maior autonomia na atenção primária para o planejamento das ações. Faz parte de seu trabalho auxiliar as mães a analisarem a causa de qualquer dificuldade, acolhendo-as, respeitando-as em suas particularidades, inquietações, conhecimentos prévios, satisfações e assim poder sugerir meios que possam ajudá-las a resolver os problemas apresentados^{10' 48}.

Embora a consulta de enfermagem seja um instrumento de mudanças individuais e coletivas, o enfermeiro se depara com obstáculos para implementar as ações educativas na alimentação da criança tais como a influência de crenças, valores, condições socioeconômicas da família e a não adesão às orientações dietéticas por parte das mães^{41' 55}.

No entanto, alcançar resultados positivos na alimentação infantil por meio de atividades educativas deve ser o foco das ações do enfermeiro. Na prática, esse profissional deve identificar mães que apresentam baixa autoeficácia a fim de fortalecer as ações educativas minimizando o desenvolvimento de comportamentos de riscos à saúde⁵⁶, ansiedade e dúvidas acerca de sua capacidade em prestar cuidados adequados a seu filho.

Diante da magnitude dos cuidados com a alimentação infantil e sua importância para um crescimento e desenvolvimento adequado é pertinente que as práticas maternas sejam

avaliadas pelos profissionais da saúde. A baixa confiança materna pode contribuir para práticas inadequadas nos cuidados à criança. Estudo realizado no Ceará, evidenciou que mulheres com baixa autoeficácia apresentavam práticas inadequadas na prevenção da diarreia, constituindo fator de risco para ocorrência da doença⁵⁶. Menores níveis de autoeficácia materna estão associados ao desmame precoce no período de seis semanas após o parto⁵⁷.

Para identificar as dificuldades maternas e direcionar as intervenções educativas, uma das ferramentas utilizadas são as escalas. Estas, em especial as psicométricas, são um dispositivo que visam atribuir certo valor numérico ao longo de uma sequência, classificando quantitativamente suas atitudes, percepções e traços psicológicos⁵⁸. Algumas escalas, baseadas nos preceitos de Bandura, fazem referência ao cuidado infantil e abordam domínios como a alimentação, higiene, estimulação oportuna e controle ambiental^{8, 59-63}.

Dentre elas, estão a Self-efficacy in Infant Care Scale⁸, Scale Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy⁵⁹, Breastfeeding Self-Efficacy Scale⁶⁰, Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control⁶¹, Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale⁶² e a escala brasileira de Autoeficácia Materna na Prevenção de Diarreia Infantil⁶³.

A Self-efficacy in Infant Care Scale foi elaborada para crianças menores de um ano sendo constituída por quatro domínios e 44 itens: promoção do desenvolvimento, cuidados gerais de saúde, segurança e alimentação⁸. A Escala Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMPS-E) visa a avaliar as percepções da mãe sobre sua capacidade de entender e cuidar de seu recém-nascido internado em ambiente de unidade de terapia intensiva, composta por 20 itens e quatro domínios: mantendo o cuidado, estimulando o comportamento, leitura do comportamento e crenças situacionais⁵⁹.

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale avalia a confiança materna na amamentação e identifica os riscos para o desmame precoce. Está disposta em 33 itens e dois domínios: técnica – ações físicas que uma mãe deveria realizar para uma amamentação bem-sucedida e pensamentos intrapessoais – percepção da mulher em relação à amamentação incluindo atitudes e crenças⁶⁰. A Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control é composta por 17 itens divididos em dois domínios: expectativas de eficácia e expectativas de resultado dos pais/cuidadores quanto ao controle da asma de seus filhos abordando os cuidados quanto ao manejo do tratamento e prevenção⁶¹.

Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale (SEPTI-TS) analisa o exercício da parentalidade contendo 26 itens e 4 domínios: cuidado, disciplina, brincadeiras e rotina⁶². A Escala de Autoeficácia Materna na Prevenção de Diarreia Infantil é composta por

15 itens e dois domínios: higiene da família e práticas alimentares⁶³. Apenas a Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control não avalia aspectos da alimentação infantil. As demais escalas, não analisam de modo detalhado os vários aspectos afetivos, comportamentais e nutricionais da alimentação do lactente.

Portanto, um novo instrumento que avalie a autoeficácia materna na promoção da alimentação do lactente poderá ser utilizado na prática clínica do enfermeiro no serviço de puericultura bem como em pesquisas. Esse instrumento possibilitará a verificação das dificuldades maternas na alimentação da criança e trará subsídios para identificação de riscos para práticas alimentares inadequadas. Os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, poderá avaliar a autoeficácia materna na alimentação do lactente e direcionar as intervenções educativas a fim de prevenir agravos decorrentes da prática alimentar inadequada.

Para esta ação, devem ser utilizados instrumentos válidos e confiáveis que sejam incorporados na prática de enfermagem tendo um enfoque comportamental de modo a potencializar o cuidado materno⁶⁴. A disponibilidade de instrumentos de medida válidos na área de saúde, tanto para a prática clínica como na investigação científica, evita que pesquisadores apresentem resultados inconsistentes e com validade mínima⁶⁵. Avaliar as propriedades psicométricas de um instrumento é um critério para determinar a qualidade da medida em relação ao seu aspecto subjetivo⁶⁶.

A elaboração de um instrumento de medida exige que este esteja ancorado num sólido referencial teórico por meio do aprofundamento do construto de interesse através de ampla revisão de literatura. Desse modo, estabelecendo os limites semânticos do construto tem-se uma base teórica coerente que proporcionará a operacionalização dos itens, que seriam a representação comportamental do construto⁶⁷.

O desenvolvimento de uma escala como instrumento de avaliação psicológica percorre complexas etapas a fim de ser considerada confiável e capaz de medir o que se propõe⁶⁷. Para verificar as propriedades psicométricas de um instrumento são necessárias a identificação da validade dos testes (conteúdo, construto e critério) e a confiabilidade⁶⁷. Assim, esse estudo se propõe a construir e realizar as etapas de validação de conteúdo e semântica de uma escala que avalia a autoeficácia materna na promoção da alimentação do lactente. Busca responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a validade de conteúdo e semântica de uma escala para avaliar as práticas maternas na alimentação do lactente fundamentada na Teoria da Autoeficácia?

Pretende-se produzir uma escala de fácil aplicação para a prática clínica, com o objetivo de potencializar as ações educativas do enfermeiro na puericultura e de outros profissionais que atuam na promoção da saúde da criança. Também se objetiva identificar precocemente os riscos de práticas inadequadas de alimentação infantil e avaliar a confiança materna nessa prática. Servirá de subsídio para o desenvolvimento de outras pesquisas a fim de que o processo de validação seja realizado na sua totalidade e por fim, disponibilizar um instrumento válido e confiável.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

- Validar uma escala construída para avaliação da autoeficácia materna na alimentação do lactente.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Elaborar itens e dimensões teóricas da escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente.
- Verificar a validade de conteúdo e semântica dessa escala.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Alimentação do lactente

O leite materno é o primeiro alimento que deve ser oferecido à criança e iniciado dentro da primeira hora de vida. O contato pele a pele entre mãe e bebê deve ser precocemente estimulado visando favorecer o sucesso da amamentação⁶⁸. Essa interação promove estímulos sensoriais que atua como poderoso estimulante vagal liberando ocitocina materna⁶⁹.

Este hormônio faz com que a temperatura da pele da mama da mãe eleve, forneça calor à criança, diminua a ansiedade da mulher, amplie a capacidade de resposta social e a interação com o bebê, aumente as contrações uterinas e consequentemente reduza o sangramento puerperal¹⁶. Atua também na ejeção do leite, pelas contrações das células mioepiteliais que envolvem o alvéolo mamário decorrentes da sucção da criança¹².

Deve ser mantido de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança e prolongado por dois anos de idade ou mais. Possui quantidades adequadas de proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas, minerais e fatores de proteção (IgA, IgM, IgG, linfócitos, macrófagos, neutrófilos, lactoferrina, lisosima, fator bífido) proporcionando benefícios à saúde da criança e mãe^{12, 70}. Dentre as vantagens, há a diminuição do risco de morbidade por doenças infecciosas do trato respiratório e gastrointestinal, hospitalizações, síndrome da morte súbita do lactente, maloclusão dentária, doenças crônico-degenerativas, obesidade e favorece a nutrição adequada e maior coeficiente de inteligência¹⁷.

A intensificação das práticas de aleitamento materno pode evitar cerca de 823.000 mortes de crianças, dentre essas, 13.8% em menores de 24 meses um terço das infecções respiratórias e metade de todos os episódios de diarreia. Há uma proteção ainda maior em relação às internações hospitalares podendo prevenir 72% das internações por diarreia e 57% daquelas induzidas por infecções respiratórias¹⁷.

A duração da amamentação por 12 meses ou mais também está associada a maiores valores de Quociente de Inteligência (QI), maior escolaridade e rendimento mensal em comparação aos indivíduos que foram amamentados por menos de um mês⁷¹. Revisão sistemática sobre o efeito das intervenções de promoção do aleitamento materno sobre o crescimento da criança evidenciou que essas ações levaram a uma redução modesta, embora significativa, do Índice de Massa Corporal (IMC)⁷². O aleitamento materno também diminui a

probabilidade de diabetes tipo 2 e reduz em 13% as chances de sobrepeso /obesidade a longo prazo⁷³.

No que diz respeito às mulheres ocorre involução uterina mais rápida, redução da hemorragia pós-parto, aumento na velocidade da perda de peso adquirido na gestação, amenorreia prolongada e maior vínculo afetivo entre mãe e bebê^{9, 12}. A amamentação prolongada diminui o risco materno de desenvolver câncer de mama, ovário e diabetes tipo 2¹⁷.

Mesmo com inúmeros benefícios a adesão ao aleitamento materno exclusivo está aquém do recomendado. No mundo, estima-se que menos de 37% das crianças são amamentadas exclusivamente em países de baixa e média renda. Já na maioria dos países ricos, a duração da amamentação exclusiva atinge índices em torno de 20%. No primeiro ano de vida a prevalência de aleitamento materno é maior na África (sub-Saara), sul da Ásia e partes da América Latina¹⁷.

Para favorecer a manutenção da amamentação, ações de promoção e proteção ao aleitamento materno devem ser desenvolvidas por profissionais, gestores e comunidade. Os sistemas e serviços de saúde devem promover aconselhamento individual/coletivo às mulheres e família, estimular à amamentação na primeira hora após o parto, disseminar as evidências científicas das vantagens do aleitamento materno, ampliar a certificação de Hospitais Amigos da Criança e estimular atitudes sociais positivas, como por exemplo amamentar em público⁷⁴.

Passado o período do aleitamento materno exclusivo deve-se ressaltar a importância da alimentação complementar. Esta é um processo que se inicia quando o leite materno já não é suficiente para satisfazer as necessidades nutritivas dos lactentes e, portanto, é necessária a introdução de outros alimentos e líquidos⁹. Após o sexto mês a criança apresenta maturidade fisiológica e neurológica que a torna capaz de receber, mastigar e digerir outros alimentos⁵⁴.

Os reflexos necessários para a deglutição já estão desenvolvidos. A criança senta sem apoio e detém o controle neuromuscular da cabeça e pescoço para mostrar desinteresse ou saciedade. O reflexo de extrusão da língua desaparece melhorando a aceitação dos alimentos. Ocorre a maturação das funções gastrointestinal e renal. A capacidade de absorção de nutrientes e a tolerância gastrointestinal atingem um nível satisfatório fazendo com que a criança se adapte a uma alimentação mais variada quanto à consistência e textura¹².

Uma alimentação saudável deve conter uma composição equilibrada de alimentos com quantidades adequadas de micro e macronutrientes, ser acessível economicamente e de fácil

consumo e aceitação¹⁰. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o cardápio infantil seja elaborado a fim de conter um alimento de cada grupo: grãos, raízes e tubérculos; legumes e nozes; produtos lácteos (leite, iogurte, queijo); carnes (carne bovina, peixes, aves e vísceras); ovos; frutas e vegetais ricos em vitamina A e outras frutas e vegetais⁷⁵.

Alimentos como grãos (ex: milho, aveia, cevada), leguminosas (ex: feijão, ervilha, lentilha) raízes e tubérculos (ex: inhame, batata doce, batata, cará) são fontes de carboidratos, proteínas, fibras e de algumas vitaminas e minerais (vitaminas do complexo B, A, C e potássio). Frutas, vegetais e legumes são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento adequado, pois são fontes de vitaminas, minerais e fibras⁷⁶.

A ingestão de alimentos ricos em vitamina A (frutas e vegetais de cor amarelo/laranja) é essencial para o funcionamento adequado do sistema imunológico, visão e maturação óssea⁷⁷. Níveis adequados dessa vitamina melhoram a integridade intestinal e, portanto, podem reduzir a gravidade de doenças diarreicas. A deficiência desse nutriente pode aumentar a suscetibilidade e a gravidade de outras doenças infecciosas e favorecer o aparecimento de anemia¹⁶.

Os ovos são ricos em proteínas, minerais e vitaminas, especialmente as do complexo B. As carnes vermelhas são excelentes fontes de proteína e têm teor elevado de muitos micronutrientes, especialmente ferro, zinco e vitamina B12⁷⁶. Sempre que possível esse grupo alimentar deve ser ofertado diariamente, pois facilita a absorção do ferro inorgânico contido nos vegetais e em outros alimentos. No mínimo uma vez por semana, deve-se oferecer vísceras ou miúdos que são boas fontes de ferro¹⁰. Há necessidade de ingestão de alimentos fortificados com ferro ou suplementos de vitaminas ou minerais conforme a necessidade da criança⁵⁴.

O leite de vaca e o mel são alimentos contraindicados no primeiro ano de vida. O primeiro fornece quantidades insuficientes de carboidratos, ácidos graxos essenciais, vitaminas e minerais. É considerado um alimento muito alergênico para crianças e seu consumo tem sido associado ao desenvolvimento de atopias, anemia e obesidade¹². O consumo do mel de abelha aumenta o risco de contaminação com os esporos do *Clostridium botulinum*. Esses esporos são extremamente resistentes ao calor, portanto, não são destruídos pelos métodos usuais de processamento. A ingestão de mel contaminado pode levar ao botulismo, dado às condições apropriadas no intestino da criança para germinação e produção da toxina⁵⁴.

A oferta de alimentos industrializados e ultraprocessados devem ser evitadas. Bebidas adoçadas, iogurtes, queijinhos petit suisse, guloseimas, enlatados, embutidos e frituras, contêm sal em excesso, aditivos e conservantes artificiais, são pobres em fibras, vitaminas, minerais e possuem elevada quantidade de calorias⁷⁶. O consumo de alimentos não nutritivos está associado à anemia, ao excesso de peso e às alergias alimentares. A utilização de ervas (ex: orégano, alecrim, manjerição) e temperos naturais (ex: alho, cebola, cheiro verde) é recomendada em substituição aos condimentos industrializados, óleos e margarinas. O sal deve ser usado com moderação¹².

Após as recomendações para um cardápio adequado outra orientação é a oferta de uma consistência adequada dos alimentos complementares. Estes devem ser espessos desde o início para oferecer à criança alimentos com maior densidade energética, auxiliar no reflexo da mastigação e desenvolver a musculatura facial ajudando-a a aceitar com maior facilidade os alimentos consumidos pela família¹². Deve ser amassado com o garfo, ter consistência pastosa e aumentar de forma gradativa essa consistência até chegar à comida da família.

A utilização do liquidificador e da peneira é totalmente contraindicada, visto que a criança está aprendendo a distinguir consistência, sabores e cores dos novos alimentos. Aos 8 meses a criança aceita alimentos picados ou em pedaços pequenos e com 1 ano de idade a maioria já está apta a comer alimentos na consistência sólida junto com a família^{12, 78}.

Os utensílios usados para alimentar à criança devem ser apropriados ao seu desenvolvimento respeitando sua capacidade gástrica⁷⁹. O lactente deverá receber porções adequadas em seu próprio prato e uma colher deve ser utilizada para oferecer os alimentos, os líquidos devem ser ofertados em um copo ou xícara. É desaconselhado o uso de mamadeiras devido à higienização inadequada favorecendo o aparecimento de diarreia⁸⁰. Os sucos naturais devem ser evitados, contudo, se forem administrados que seja preferencialmente após as principais refeições em dose máxima de 100 mL/dia⁸¹.

O consumo energético deve ser adequado para cada faixa etária prevenindo assim o risco de obesidade ou desnutrição infantil. As necessidades energéticas totais de lactentes saudáveis são 615 Kcal/ d em 6 -8 meses, 686 Kcal/ d de 9-11 meses e 894 Kcal/ d em 12-24 meses de idade. Assim, a quantidade de alimento a ser oferecida deve basear-se de acordo com a aceitação da criança, garantindo que a densidade energética e a frequência das refeições sejam adequadas para atender suas necessidades^{11, 78}.

Atenção deve ser dada a preparação e acondicionamento dos alimentos com objetivo de prevenir a diarreia infantil. Higienização das mãos dos cuidadores e da criança deve ser

realizada com água e sabão antes do preparo e da ingestão do alimento⁹. O armazenamento deve ser feito de forma segura, evitando deixar alimentos em temperatura inadequada e servidos imediatamente após a preparação¹².

Alimentos como frutas e verduras, devem ser lavadas em água corrente e colocadas em solução com hipoclorito por dez minutos para reduzir a quantidade de microrganismos¹². É recomendável oferecer água tratada, filtrada e fervida para a criança beber e a mesma deve ser utilizada no preparar dos alimentos¹⁰. Outras medidas devem ser adotadas com o propósito de reduzir os riscos de contaminação: evitar tossir ou espirrar sobre os alimentos, não consumir carnes e ovos crus, manter os alimentos protegidos em embalagens ou recipientes e conservá-los em temperatura adequada¹⁰.

Outra dimensão da prática alimentar é a alimentação responsiva. Esta reflete a interação entre o cuidador e a criança durante os momentos das refeições tornando-os mais sensíveis a atender as necessidades delas. Esse comportamento é considerado como um dos pilares da alimentação responsiva. O cuidado sensível e receptivo faz com que a mãe e/ou cuidador interpretem e respondam aos sinais de fome e saciedade da criança, estimulando comportamentos ativos e incentivando-a a agir positivamente³¹.

A alimentação responsiva de lactentes depende muito de que forma o cuidador identifica como eles comunicam os sinais de fome e plenitude. Uma interpretação inadequada desses sinais pode reduzir a habilidade de autocontrole do apetite infantil. No início da infância, o choro deve ser interpretado como um sinal de fome somente se for acompanhado por sugestões adicionais, incluindo: levar as mãos à boca e sugá-las, ruídos repetitivos, respiração rápida, dedos apertados, braços e pernas flexionados, entre outros. Os sinais de plenitude devem ser considerados: cuspir o mamilo ou fechar a boca quando a comida é oferecida e virar a cabeça negando o alimento⁷⁹.

À medida que as crianças crescem os sinais sugestivos de fome se diferenciam: inclinação do corpo para a alimentação, rastreamento visual dos alimentos, movimentos excitatórios dos membros, abrir a boca quando a colher se aproxima e pedir ou apontar para os alimentos⁷⁹. As sugestões mais citadas para o término da refeição são: a criança gira a cabeça para longe, empurra o alimento para fora, fica agitada e come mais devagar¹³.

Após reconhecer os sinais de fome e saciedade infantil é fundamental que a mãe converse com a criança e tenha uma interação positiva durante as refeições. Os momentos da alimentação podem ser usados para introduzir novas palavras e conceitos e, assim, estimular o desenvolvimento social e mental da criança. As refeições devem ser prazerosas com troca

amorosa entre a criança e quem a está alimentando, por meio de contato visual, toques, sorrisos e usando palavras de incentivo e encorajamento⁹.

Outras medidas para que a interação entre mãe e filho seja eficaz são: não alimentar à criança em frente à TV (ou outras telas) garantindo um ambiente calmo e assegurando que ela esteja sentada confortavelmente; evitar distrações enquanto a alimenta, pois esse é um momento de interação e socialização da criança com os outros membros da família¹⁴ estimular a criança a comer sozinha com utensílios adequados para a idade permitindo que ela desenvolva habilidades motoras finas, deixando-a decidir quando começar e parar de comer⁷⁹.

A prática responsiva também pressupõe alimentar de maneira lenta e paciente a criança com gestos de incentivo e apoio sem coerção. Se as crianças recusarem muitos alimentos, deve-se experimentar diferentes combinações, sabores, texturas e métodos de encorajamento⁹. Quando a criança é forçada a consumir uma refeição, pode haver tensão e frustração, fazendo com que ela perca sua autonomia. Consequentemente, ela pode deixar de valorizar seus estímulos internos de saciedade e perder o interesse em se comunicar com os pais³¹.

Não é recomendado usar a comida como recompensa para que a criança apresente um comportamento desejado pelos pais. Isso pode interferir na capacidade de autorregulação e condicionar a criança a ingerir alimentos quando não estiver com fome⁷⁹. Por fim, deve-se estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e os alimentos saudáveis de sua preferência, respeitando sua aceitação¹⁰.

Os cuidados com alimentação infantil são essenciais para um crescimento e desenvolvimento saudável. No entanto, as práticas de alimentação infantil têm sido consideradas inadequadas e as recomendações mundiais para uma alimentação oportuna não são amplamente praticadas³³. No Brasil, entre menores de seis meses, foram observados avanços em relação à amamentação exclusiva e complementada, no entanto, persiste a introdução de alimentos semi-sólidos em idades muito precoces⁸².

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher realizada em 2006 evidenciou que 14% das crianças menores de dois meses já eram alimentadas com alimentos semissólidos, entre dois e três meses de idade 56,8% das crianças já desmamadas alimentavam-se com mingaus, quase 40% já consumiam sucos e 7,8% comida de sal. Apenas 40% das crianças maiores de seis meses consumiam frutas, legumes ou verduras diariamente e somente 17% ingeriram carne diariamente entre seis e onze meses. Esse consumo aumentava para os maiores de 12 a 24 meses atingindo cerca de 30,4% %⁸². Estudos revelam

um aumento no consumo de alimentos hipercalóricos e ultraprocessados como refrigerantes, doces, enlatados, embutidos e gorduras^{23, 24}, diluição incorreta da fórmula infantil, uso de leite de vaca integral e baixa ingestão de micronutrientes²⁶.

A situação de inadequação alimentar é semelhante em outros países. Nos EUA 78% das crianças receberam sólidos ou líquidos por volta do terceiro mês. A maior parte destas recebeu cereal misturado com fórmula infantil administrado na mamadeira. O consumo de suco de frutas foi elevado. Refrigerante e chá gelado foram introduzidos antes de 12 meses e em 18 meses de idade o consumo desses alimentos foi 10 vezes maior que o leite materno¹⁸. Na Etiópia 72% das crianças iniciaram a alimentação complementar aos seis meses, no entanto, a diversidade do cardápio alimentar era adequada em apenas 18,8% em crianças de 6 a 23 meses²⁵.

Há considerações na literatura de associação positiva entre a introdução alimentar precoce e a obesidade infantil. Crianças que iniciaram a alimentação complementar antes dos quatro meses de idade tiveram risco aumentado de sobrepeso ou obesidade na infância²⁸. A exposição precoce à alimentos sólidos somado a ingestão de fórmula infantil antes do sexto mês promoveram maior IMC aos seis anos de idade em comparação a crianças amamentadas exclusivamente²⁷.

Diante do panorama mundial de inadequação alimentar a OMS reconhece que essas práticas contribuem para o aumento da mortalidade, aparecimento de distúrbios gastrointestinais e respiratórios, distúrbios no desenvolvimento neurológico e motor, deficiência na absorção dos nutrientes, obesidade, alergias alimentares e maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas na idade adulta⁹.

Como resultado da baixa quantidade e qualidade de nutrientes surge a desnutrição que aumenta o risco de morte por doenças infecto-contagiosas³⁴. As consequências impostas por esse distúrbio são desastrosas, pois as crianças não são capazes de atingir seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento. Menor escolaridade, redução da produtividade econômica, distúrbio mental, risco para altas concentrações de glicose e pressão arterial, déficit de estatura e aprendizagem são algumas repercussões da desnutrição na idade adulta³⁴.

No Brasil, percebe-se que ao longo dos anos houve um declínio na prevalência da desnutrição com acentuado aumento da obesidade⁸². Esse fato é denominado transição nutricional, que são mudanças nos padrões alimentares dos indivíduos decorrentes de transformações socioeconômicas e influência da mídia⁸³. O consumo de alimentos com alta densidade energética – que são mais baratos e estão prontamente disponíveis, a diminuição da

prática de atividade física e do lazer ativo em detrimento de maior exposição a telas e jogos eletrônicos contribuem para o ganho de peso⁸⁴.

Com o fenômeno da transição nutricional, a desnutrição antes reconhecida como uma das principais causas de morbimortalidade na infância vem sendo substituída pela má-nutrição e obesidade nas diversas regiões do país^{22, 85-89}. Em crianças menores de cinco anos a prevalência do excesso de peso já ultrapassa a de déficit de peso-para-estatura e peso-para-idade em todas as regiões do Brasil⁸².

No Rio de Janeiro, a avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes de um Centro Educacional Comunitário evidenciou que a prevalência de sobrepeso e obesidade foi maior que o baixo peso²². Em consonância com esse achado, estudos realizados nas cidades de São Paulo⁸⁵, Rio Grande do Sul⁸⁶, Maranhão⁸⁷, Alagoas⁸⁸ e Pará⁸⁹ também revelaram elevada prevalência de excesso de peso.

O aumento da obesidade infantil não é um distúrbio nutricional presente apenas no Brasil, tem sido considerada um problema de saúde pública e atingido índices alarmantes em todo mundo²⁹. Os efeitos da obesidade infantil podem resultar em repercussões imediatas e a longo prazo. Entre os riscos imediatos estão as anormalidades metabólicas, incluindo colesterol elevado, triglicérides, glicose. Diabetes tipo 2³⁴, complicações musculoesqueléticas e ortopédicas, apneia do sono, depressão, estigmatização e problemas de socialização podem ser observados posteriormente²⁹.

A obesidade na infância é um forte preditor de obesidade na idade adulta e tem estabelecido o seu impacto na área econômica e social decorrente do aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas. As crianças são expostas cada vez mais cedo a alimentos ultraprocessados, de alta densidade energética e pobres em nutrientes que são mais baratos e prontamente disponíveis. O consumo desses alimentos está diretamente relacionado à influência do comportamento familiar que são herdados pelos filhos, e estes, reproduzem normas, atitudes e hábitos culturais da família²⁹.

Diante das consequências de uma alimentação inadequada sobre a saúde da criança, é imperativo que intervenções educativas sejam elaboradas e implementadas com finalidade de conscientizar as mães a incorporarem comportamentos saudáveis com intuito de promover adequado crescimento e desenvolvimento infantil.

2.2 Enfermagem e a educação em saúde

A educação em saúde é uma das ferramentas capazes de oferecer ao sujeito autonomia para modificar o ambiente ao seu redor. É um processo de ensino-aprendizagem aplicado de maneira sistemática e contínua visando despertar no indivíduo a consciência reflexiva para que vislumbre soluções coletivas para os problemas vivenciados⁹⁰. Não se preocupa apenas com a transmissão de informações, mas promove o aperfeiçoamento da motivação, habilidade e confiança necessária para a transformação das condições de saúde⁴⁹.

No âmbito da educação em saúde, a educação popular se apresenta como alternativa para uma atuação política transformadora, reconhecendo o saber dos usuários e valorizando-os além dos aspectos orgânicos, enaltecendo o ser social, político, emocional e espiritual^{90' 91}. Perpassando assim, o enfoque predominantemente biológico e curativo, presente no modelo biomédico, para a ótica da prevenção e promoção da saúde⁹². Esse conhecimento do sujeito deve ser legitimado, possibilitando que a educação em saúde tenha como ponto de partida as condições concretas de vida das pessoas⁹⁰.

Na prática pedagógica libertadora, a aprendizagem se dá por meio das experiências de vida do educando, do relacionamento interpessoal e das atividades em grupo. Nesse processo, o educador é apenas um mediador entre o conhecimento e o sujeito da aprendizagem^{91' 93}. Essa mediação favorece um diálogo horizontal entre profissionais e indivíduos, contribuindo para autonomia do sujeito e o desenvolvimento da saúde individual e coletiva⁹⁴. Nessa relação dialógica, o educador e educando estão em uma mesma linha de poder e se colocam no papel de aprendiz reconhecendo que têm saberes distintos, permitindo assim, a construção compartilhada do conhecimento⁹⁵.

Contudo, para que a abordagem dialógica seja efetiva, se faz necessária à transformação da prática dos profissionais da saúde. Estes devem romper padrões comportamentais autoritários, onde o educador é detentor do conhecimento, não considerando as habilidades e vivências dos educandos⁹⁵. A educação em saúde tradicional apresenta-se como uma ação verticalizada, centrada no processo saúde-doença, em que o profissional diz o que é certo e o usuário deve seguir seus ensinamentos.

O educador se reconhece como superior ao educando e o único responsável pelo processo educativo. Ao aprendiz cabe apenas absorver o que lhe é transmitido⁹⁶. Essa estratégia de ensino não permite o desenvolvimento de habilidades intelectuais do sujeito nem sua participação ativa na construção do conhecimento⁹⁷.

A concepção dialógica e libertária, foca nas ações primárias, na busca crítico-reflexiva das condições de vida, possibilidades e estratégias de mudança permitindo empoderamento do indivíduo e sua autonomia⁹⁶. Sujeitos empoderados detém elevada interação com sua saúde, maior consciência para tomada de decisão sobre quais cuidados necessita, como deseja ser cuidado e principalmente, autonomia para fazer escolhas que julgar essenciais para seu bem-estar⁹⁴.

As ações de saúde que promovem um cuidado integral podem ser amplamente desenvolvidas na esfera da atenção básica. Esta se caracteriza por um conjunto de medidas, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. É aprimorada por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão voltadas para o exercício da democracia e consolidação do controle social⁹⁸.

O cenário ideal para o fortalecimento das intervenções holísticas a fim de promover o bem-estar do indivíduo é a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A proposta desse plano é romper com o modelo assistencial biomédico e construir uma nova prática centrada no usuário, na família e na coletividade⁹⁹. Nesse contexto, destaca-se o papel do enfermeiro como agente propulsor das intervenções educativas em saúde.

Na ESF esse profissional atua com autonomia permitindo maior visibilidade ao seu trabalho. Ele desempenha o cuidado aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano⁹⁸. O enfermeiro, enquanto preceptor, assume um papel social, cultural e histórico em preparar o indivíduo para desenvolver suas habilidades de autocuidado instigando-o para ser agente de mudança das suas condições de saúde. Ressalta-se que esse profissional é um educador preparado para propor estratégias, promover a formação do conhecimento em saúde individual e coletiva com propósito de mostrar caminhos as pessoas e a comunidade que possibilitem transformações concretas de sua realidade¹⁰⁰.

Dentre as ferramentas utilizadas para efetivação das ações de educação em saúde está a consulta de enfermagem. Esta surge como um instrumento essencial subsidiando condições para uma atuação direta e independente com o usuário sendo capaz de oportunizar um cuidado integral¹⁰¹. Atender as demandas do indivíduo nos diferentes cenários do ciclo da vida humana deve fazer parte do cotidiano do enfermeiro.

A assistência à criança se baseia nas premissas da promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos na infância, com intuito de propiciar adequado crescimento e desenvolvimento. A família é responsável ao longo dos anos pelo cuidado dos

seus membros, entendendo que o processo saúde-doença do indivíduo surge e pode ser reparado no seio familiar¹⁰².

O ambiente doméstico constitui uma rede informal de produção dos cuidados de saúde, incorporando interações afetivas indispensáveis para o desenvolvimento e formação da personalidade da criança. Nesse cenário, desde os primórdios da sociedade, a figura materna apresenta-se como principal responsável pelo cuidado à família¹⁰³.

Capacitar às mães para que se sintam confiantes em realizar o cuidado de maneira a promover à saúde infantil deve ser prioridade do enfermeiro. Esse processo se dá a partir da consulta de puericultura que possibilita uma assistência sistematizada, de forma global e individualizada, sendo um momento propício para estimular mudanças significativas no cuidado prestado à criança³⁵.

Efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento, do calendário vacinal, orientações às mães sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, alimentação, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista a intervenção efetiva e apropriada¹⁰⁴.

As intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro permitem uma maior conscientização das mães em relação aos cuidados com seu filho e propicia a troca de conhecimento possibilitando o empoderamento com consequente mudança de comportamento¹⁰⁵. Quando há uma comunicação dialógica, cria-se um ambiente terapêutico que favorece uma relação de confiança e tranquilidade, pois as dificuldades encontradas pela mãe serão compartilhadas com os enfermeiros e estes se mostram prontos a oferecer ajuda¹⁰⁶.

Esse processo deve ser desenvolvido por meio de escuta atenta, respeito aos valores, crenças, atitudes e conhecimentos, inserindo a mulher no contexto do cuidar e na tomada de decisão¹⁰⁷. Isso favorece a formação de um elo de confiança entre mãe e enfermeiro permitindo que ela acredite nas orientações oferecidas e sinta-se à vontade para demonstrar suas necessidades⁹⁵.

A identificação das situações de vulnerabilidade proporcionará ao profissional o estabelecimento de estratégias compatíveis com a prática materna¹⁰⁸. A aproximação do profissional com a realidade vivenciada pela mãe é necessária para que seja possível alcançar resultados satisfatórios durante o processo educativo.

O encontro da cultura popular e a científica permite a construção compartilhada do conhecimento e propicia um momento de escuta e fala dos atores que se relacionam. O respeito aos saberes e práticas distintas proporciona um relacionamento de reciprocidade e

cooperação podendo contribuir para a autonomia do sujeito e oportunizar mudanças necessárias à manutenção das condições de vida e saúde^{90' 109}.

Conhecer e compreender as vivências maternas possibilita ao enfermeiro refletir e elaborar novas estratégias que permitam promover à saúde da criança. Dentre os métodos que podem ser utilizados no processo educativo estão o aconselhamento individual e em grupo através de atividades como palestras, oficinas, rodas de conversa, círculos de cultura, discussões de casos, grupos de apoio, aula expositiva dialogada, recorte e colagem, atividades lúdicas, tempestade cerebral e dramatização^{109' 110}.

As atividades desenvolvidas em grupo promovem maior interação social entre os indivíduos, valorizam suas vivências, produzem conhecimentos coletivos e contextualizados à realidade, identificam problemas e questões relacionados ao seu cotidiano, favorecem trocas de experiências e apoio mútuo aos participantes^{96' 110}. Isso permite aos profissionais conhecerem as diferenças socioculturais dos sujeitos e perceberem que as orientações fornecidas não podem ser consideradas como uma verdade única e absoluta⁹⁶.

Essas estratégias educativas coletivas possibilitam ainda encontros dialógicos onde os educandos são capazes de falar, escutar, sentir, indagar e pensar criticamente com intuito de vencer a resistência à mudança e favorecer o empoderamento para promoção da saúde. Nesse processo, dissolve-se a figura do educador como ator principal do processo ensino-aprendizagem e destaca-se o papel agêntico do educando fazendo emergir sua fala que representa o simbolismo de seus valores, normas, cultura, práticas e discursos¹¹¹.

Na alimentação infantil, as mães podem verbalizar suas dificuldades quanto a falta de conhecimento da importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, o tempo oportuno para introdução e a consistência adequada dos alimentos complementares, os grupos alimentares apropriados, oferta de alimentos industrializados e os alimentos contra-indicados no primeiro ano de vida da criança¹¹². Diante desse contexto, é essencial que o enfermeiro lance mão de ferramentas que possibilitem avaliar as dificuldades maternas com intuito de auxiliá-las na introdução adequada da alimentação complementar.

O uso de instrumentos avaliativos tem o objetivo de mensurar a realidade sobre o objeto estudado, podendo contribuir para a reorganização das práticas de saúde, afim de que sejam melhor operacionalizadas. Antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem oferecer dados precisos, válidos e confiáveis, fornecendo legitimidade e credibilidade aos resultados de uma pesquisa¹¹³.

Dentre as ferramentas utilizadas, as escalas psicométricas se apresentam como um método de avaliação de processos, pois se propõem a medir determinado fenômeno atribuindo-lhe um valor. Para que sejam elaboradas, devem percorrer etapas e métodos padronizados, sendo divididos em três eixos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos)⁶⁷.

O primeiro procedimento contempla a fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento de medida. Nesta etapa, define-se o objeto de estudo, suas propriedades, dimensionalidade, a definição constitutiva e operacional, a construção dos itens e a validação de conteúdo. O segundo pólo consiste nas técnicas de aplicação do instrumento piloto e o terceiro estabelece os procedimentos analíticos, que determinam as análises estatísticas dos dados, a fim de validar o instrumento desenvolvido¹¹⁴.

Alguns atributos podem ser testados no processo de avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento, dentre eles: a validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade, responsividade e interpretabilidade. Destes, os mais utilizados são a validade e a confiabilidade. A validade é a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado. A avaliação deste atributo pode ser feita de várias maneiras: validade de conteúdo, constructo e critério¹¹³.

A validade de conteúdo refere-se ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido. A de critério consiste na relação entre pontuações de um determinado instrumento e algum critério externo e a de construto é a extensão em que um conjunto de variáveis realmente representa o construto a ser medido¹¹⁵.

Outro parâmetro a ser avaliado nas ferramentas psicométricas é a confiabilidade. Esta é considerada um dos principais critérios que indicam a qualidade do instrumento, pois se refere à propriedade do teste de medir sem erros, focando em obter resultados consistentes e reprodutíveis na mensuração de um determinado construto. Na análise da confiabilidade, são utilizados alguns procedimentos analíticos como a consistência interna e estabilidade. A consistência interna indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica e a estabilidade é o grau em que resultados semelhantes são obtidos em dois momentos distintos^{113' 115}.

Diante do processo sistemático e minucioso da construção e análise das propriedades psicométricas de um instrumento, recomenda-se que o pesquisador esteja ciente das ferramentas já existentes. Dentre algumas escalas já validadas, que abordam os cuidados infantis, estão a Self-efficacy in Infant Care Scale⁸, Scale Perceived Maternal Parenting Self-

Efficacy⁵⁹, Breastfeeding Self-Efficacy Scale⁶⁰, Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control⁶¹, Self-Efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale⁶² e a escala de Autoeficácia Materna na Prevenção de Diarreia Infantil⁶³. Todas se baseiam nos preceitos de Bandura e visam avaliar a confiança materna nos cuidados à criança.

O enfermeiro, como educador em saúde, deve convidar as mulheres a acreditarem em si mesmas. As mães devem ser encorajadas a questionarem os problemas do cotidiano e se sentirem capazes de realizar ações em saúde com vistas a promover o cuidado sensível e integral de seu filho⁹⁷.

Através da persuasão e encorajamento verbal, o enfermeiro exerce papel singular na construção e fortalecimento das crenças de autoeficácia materna. Persuadir é levar alguém a acreditar em algo ou a executar alguma ação¹¹⁶. Como ferramentas persuasivas, estão as estratégias educativas utilizadas por esses profissionais. Essas são reconhecidamente capazes, de influenciar na confiança da mãe^{53, 117} fazendo-a acreditar que tem habilidades necessárias para oferecer o melhor cuidado ao filho consolidando assim suas competências parentais.

2.3 Teoria da Autoeficácia

Os pressupostos da Teoria da Autoeficácia foram delineados pelo psicólogo canadense Albert Bandura em 1977. É definida como crenças que os indivíduos têm em sua própria capacidade de organizar e executar determinado curso de ação para alcançar determinado resultado⁷. Antes de se debruçar sobre essa teoria faz-se necessário adentrar nos aspectos históricos da construção da Teoria Social Cognitiva, a qual deu origem ao construto da autoeficácia⁶.

Na época em que Bandura iniciava seus estudos acerca da aprendizagem social, predominava nos Estados Unidos no início do século XX, a Teoria Comportamental (Behaviorismo) tendo como seus principais expoentes Wattson e Thorndike. O fundamento dessa perspectiva teórica era que o processo de aprendizagem se concretizava a partir da relação estímulo-resposta sendo o comportamento considerado reflexo dessa relação e descrito como previsível. Tais estímulos poderiam ser provenientes do meio externo ou do próprio organismo (palpitações, reações musculares, sudorese, etc)¹¹⁸.

Nesse modelo, o homem é controlado pelo ambiente e as variáveis externas são fatores determinantes da conduta humana fazendo com que os princípios da autonomia, liberdade e autodeterminação do sujeito fossem considerados irrelevantes¹¹⁸. Durante a era behaviorista

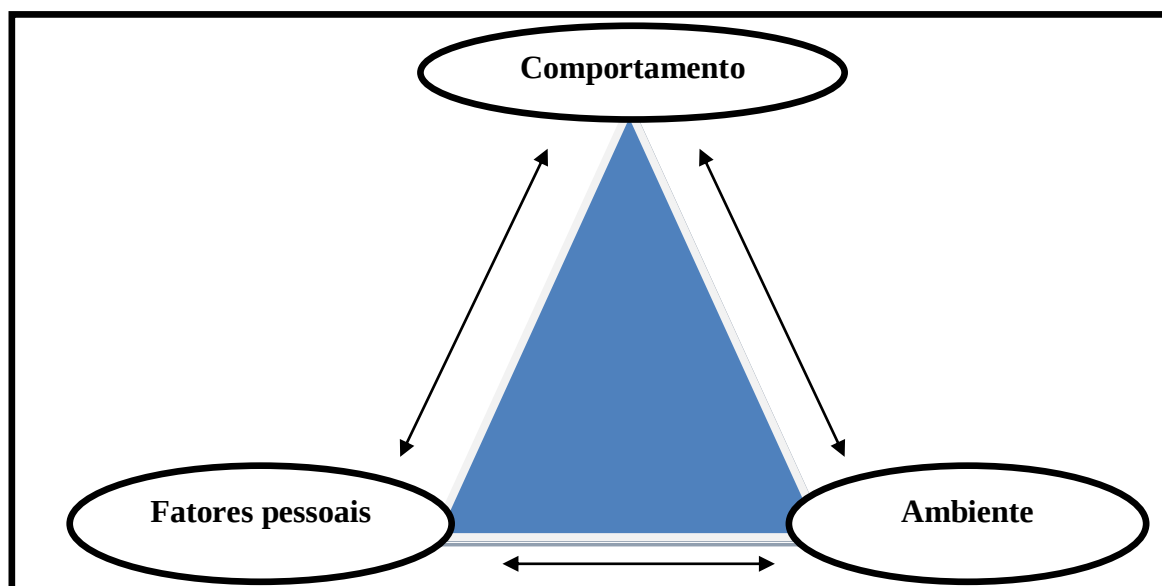
presumia-se que a aprendizagem ocorresse através do condicionamento operante cujo conceito central era o reforço, que consiste em qualquer estímulo ou evento que aumente a probabilidade da ocorrência de um comportamento. Havia uma rejeição a existência da aprendizagem observacional por meio de modelos sociais, pois, para aprender era necessário executar respostas¹¹⁹.

Posteriormente, o fenômeno da modelação foi reconhecido. Na medida em que um modelo fornece uma “pista social”, o observador executa uma resposta correspondente e esse esforço, fortalece a tendência a comportar-se de forma imitativa. No entanto, neste processo, não foram considerados os aspectos cognitivos do sujeito como variável de influência na aprendizagem¹¹⁹.

A Teoria Social Cognitiva (TSC) proposta por Bandura vai de encontro aos postulados behavioristas à medida que acredita na aprendizagem como um processo de relação do sujeito com o mundo externo, lançando mão de todo seu potencial cognitivo nessa interação. Entende-se por cognição o processo através do qual conhecemos e atribuímos significado à realidade a partir de experiências sensoriais, representações, pensamentos e lembranças¹¹⁸.

O ser humano tem a capacidade de ser agente no sentido de influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. As pessoas são auto-organizadas, proativas, autoreguladas e autoreflexivas contribuindo para tais circunstâncias. Não são produtos, apenas, das condições do meio em que vivem¹¹⁹. O indivíduo se torna agente e receptor das situações que se produzem e ao mesmo tempo, essas situações determinarão seus pensamentos, emoções e comportamento futuro¹²⁰.

A TSC apresenta um modelo explicativo para o funcionamento humano que se desenha pelo determinismo recíproco, no qual o comportamento, fatores pessoais e o ambiente interagem entre si, influenciando um ao outro bidireccionalmente⁶.

Figura1 - Esquema representativo da reciprocidade triádica

Fonte: Bandura, 1977⁶

O conceito de Agência humana é um dos temas centrais dessa perspectiva teórica. A adoção da postura agêntica do ser humano se dá pela existência de quatro fatores que dotam os indivíduos de capacidades de influenciar cursos de ação de sua vida: a intencionalidade-capacidade de fazer planos e visualizar estratégias de ação para realizá-los; o pensamento antecipatório – o indivíduo cria objetivos para si mesmo, prediz prováveis resultados de seus atos, guia e motiva seus esforços; a autorregulação – que lhe permite adotar padrões de referência para avaliar, monitorar e regular seus atos; e finalmente a autorreflexão na qual o indivíduo reflete sobre o valor e significado de suas ações fazendo ajustes quando necessários¹¹⁹.

Partindo do pressuposto que o comportamento é determinado por múltiplos aspectos de natureza ambiental e pessoal, a autoeficácia é considerada como um dos componentes-chave da perspectiva da agência humana⁵¹. Nenhum deles é mais central ou determinante do que as crenças na capacidade de exercer controle sobre o meio e as situações vividas. As crenças de autoeficácia tem um papel crucial para a determinação do comportamento. É considerada o alicerce da motivação e ação humana, sendo assim, destaca-se como um construto da TSC⁶.

Pessoas que se consideram autoeficazes pensam, sentem e atuam de modo diferente daquelas que se percebem ineficazes. Concretamente, criam incentivos que mobilizam seus interesses e envolvimento nas atividades, intensificam seus esforços, executam as tarefas

ameaçadoras sem ansiedade, experimentam pouca reação de estresse nas tarefas difíceis/exigentes e apresentam atribuições dos seus fracassos numa perspectiva de sucesso⁶.

As percepções de eficácia não afetam apenas a quantidade de esforço que as pessoas dispendem, atingem também a sua persistência frente aos obstáculos e experiências adversas que experimentam. Quanto mais a autoeficácia percebida, mais vigorosos e persistentes serão seus esforços. Maior será a visualização de cenários de sucesso e a espera de resultados favoráveis¹²¹. Do contrário, pessoas que duvidam de sua capacidade diminuem seus esforços e logo desistem da tarefa a ser realizada mediante dificuldades, vislumbram fracassos ou realizações medíocres⁶.

Para que haja desenvolvimento das crenças de autoeficácia Bandura descreve quatro principais fontes: 1. experiência de mestria- as próprias experiências de vida do indivíduo; 2. modelação social – onde há observação de outros atuando como modelo a ser seguido; 3. persuasão social – quando as pessoas são persuadidas de forma a obter sucesso; 4. estados emocionais – nas quais as pessoas julgarão suas capacidades em função de suas emoções^{6, 7}.

As experiências de mestria (pessoais) é de longe considerada a de maior influência, uma vez que é baseada em uma experiência de sucesso autêntica. O sucesso em determinadas ações tende a aumentar ou fortalecer as apreciações sobre a eficácia pessoal, enquanto o fracasso repetido diminui a crença de autoeficácia, especialmente ocorrendo logo no início da ação e quando não reflete em falta de esforço ou circunstância externa adversa⁶.

Mulheres que amamentaram anteriormente por um período maior que seis meses, trarão à tona essa experiência positiva e se sentirão capazes de superar os obstáculos e amamentar seu bebê⁵⁷. Do contrário, as dificuldades prevêm uma atitude menos favorável ao aleitamento materno e fazem com que essas mães não se sintam confiantes de que conseguirão amamentar seu filho de maneira eficaz¹²².

Mães que têm um forte senso de eficácia por meio do sucesso repetido, um fracasso ocasional provavelmente terá pouco efeito no julgamento de sua própria capacidade. As pessoas que são seguras de suas aptidões levam em consideração fatores situacionais, esforço insuficiente ou estratégias inadequadas como razão do fracasso isolado. Reduzem o estresse e ansiedade agindo de maneira a transformar ambientes ameaçadores em benignos¹²¹.

A segunda maneira de criar e fortalecer as crenças de eficácia é por meio de experiências vicárias fornecidas por modelos sociais. O impacto da modelagem sobre a autoeficácia percebida é fortemente influenciada pela similaridade percebida pelos modelos. Quanto maior a semelhança assumida, mais persuasivos são os sucessos e fracassos dos

modelos. Da mesma forma, observar as falhas dos outros, apesar do autoesforço, diminui a avaliação dos observadores de sua própria eficácia e mina seus esforços⁶.

Quando o indivíduo observa pessoas semelhantes a ele obtendo sucesso, acredita-se que isso pode elevar a crença de que também possui capacidade para obtê-lo. Quando os modelos são muito diferentes, a autoeficácia percebida não é muito influenciada pelos comportamentos dos modelos e pelos resultados obtidos⁶. As influências de modelagem fazem mais do que fornecer um padrão social para julgar as próprias capacidades. Através de seu comportamento e formas expressas de pensar, modelos competentes transmitem conhecimentos e ensinam aos observadores competências e estratégias para gerir as demandas afetadas¹²³.

Aprendizagem vicária é mais frágil que as experiências pessoais, no entanto, podem produzir mudanças significativas e duradoras por meio do seu efeito indireto na melhora da performance. No processo de aprendizagem de cuidar do filho, as mães são constantemente influenciadas a agir do mesmo modo que seus modelos familiares (mãe, tias, primas, irmãs) e afetivos (vizinhas, amigas), fazendo com que questões culturais, crenças, valores e hábitos adquiridos ao longo da vida influenciem diretamente na prática materna¹²⁴.

A persuasão social é uma terceira forma de fortalecer as crenças pessoais. Tenta-se convencer as pessoas de que elas têm habilidades necessárias para alcançar o que buscam. A persuasão social, isoladamente, pode ter uma força limitada no aumento da autoeficácia permanente ou duradoura. Contudo, pode contribuir para performance de sucesso se a área considerada está dentro dos limites da realidade. Contrariamente, a persuasão de ineficácia pode diminuir o esforço e gerar afastamento das atividades desafiadoras o que pode ser considerado um modo de restringir os comportamentos e de criar uma confirmação empírica para a autodesvalorização⁷.

As pessoas que são convencidas de que possuem capacidades para realizarem determinadas tarefas provalvemente se esforçarão o suficiente para obter sucesso, promovendo o desenvolvimento de habilidades adicionais que tiverem dúvidas e baseando-se nas experiências pessoais⁶. O impacto da persuasão será tão forte quanto à confiança do observador na pessoa que o persuade¹²⁵. Nesse momento, destaca-se a importância do enfermeiro no aconselhamento e encorajamento às mães afim de que estas se sintam capazes de executar ações de cuidados com objetivo de promover adequados crescimento e desenvolvimento infantil.

Por último, para que a autoeficácia seja desenvolvida no indivíduo seus estados somáticos e emocionais ao julgar suas capacidades são fatores influentes. As reações de estresse e tensão são interpretadas como sinais de vulnerabilidades ao mau desempenho. Dentro das atividades que envolvem força e resistência, as pessoas julgam sua fadiga e dores como sinais de debilidade física¹²¹.

A informação obtida de diferentes fontes não influencia automaticamente a autoeficácia. O efeito sobre ela depende acima de tudo do modo como as experiências são apreciadas cognitivamente. Acreditar não é tudo. Para ações efetivas são necessárias o desenvolvimento de habilidades e motivação⁵¹. O processo de formação e reavaliação do sentimento de autoeficácia depende, entre outros fatores, da dificuldade da tarefa, do esforço dispendido, da qualidade e quantidade de ajuda externa, das circunstâncias do momento, bem como padrão temporal de sucesso e insucessos pessoais¹²¹.

No âmbito da saúde as escolhas que as pessoas fazem acerca da manutenção do seu bem-estar são fundamentais. Em relação à alimentação infantil, mães que se sentem mais confiantes são capazes de alimentar de maneira adequada seus filhos. Há evidência de que maior autoeficácia materna na sua alimentação proporcionou o consumo de maior variedade de vegetais pela criança e elevada frequência de exposição a novos alimentos¹²⁶.

Mulheres mais confiantes monitoram adequadamente a qualidade e quantidade de alimentos consumidos pela criança¹²⁷. Com isso, pode-se inferir que a elevada autoeficácia está relacionada à menor risco de sobrepeso e obesidade infantil. Mães com maior confiança permitiram que seus filhos ficassem menos tempo expostos a visualização de televisão¹²⁸. O aumento do tempo de tela em crianças está associado a resultados negativos de saúde, incluindo aumento do IMC, diminuição do desenvolvimento cognitivo e linguístico¹²⁹.

Diante do exposto, infere-se que a prática de alimentação infantil, na maioria das vezes, é determinada pelo comportamento materno. E este reflete a interação de múltiplos aspectos de natureza ambiental e pessoal⁵¹. Porém, a mãe é capaz de exercer controle sobre o meio e as condições vividas de forma que se torna agente e receptora das situações experienciadas. Estas circunstâncias irão determinar seu comportamento, pensamentos e emoções¹²⁰.

A relação entre a teoria da autoeficácia e a alimentação infantil se constrói no momento em que a mulher - principal cuidadora da criança - acredita na sua capacidade de produzir com sucesso comportamentos capazes de resultar em ações de promoção à alimentação do seu filho. Para que essa crença seja elaborada é necessário que a mãe aprenda

com suas próprias experiências, observe sua rede de apoio (que geralmente é seu modelo social), seja persuadida e encorajada por outrem a adotar práticas positivas de saúde e controle seus estados emocionais.

A valorização da autoeficácia materna pelos profissionais pode contribuir para motivar as mães a realizarem com êxito ações concretas, escolhas, comportamentos, instigando-as a desenvolver competências e habilidades para enfrentar as diversas situações que lhe são impostas diariamente¹¹⁹.

3 MÉTODO

3.1 Tipo do Estudo

Pesquisa metodológica, que enfoca a construção, validação de ferramentas e métodos de pesquisa. Frequentemente utilizada no desenvolvimento de novos instrumentos, envolvendo métodos de elaboração complexos com objetivo de obter instrumentos confiáveis que possam ser utilizados por vários pesquisadores ou na prática clínica⁵⁸.

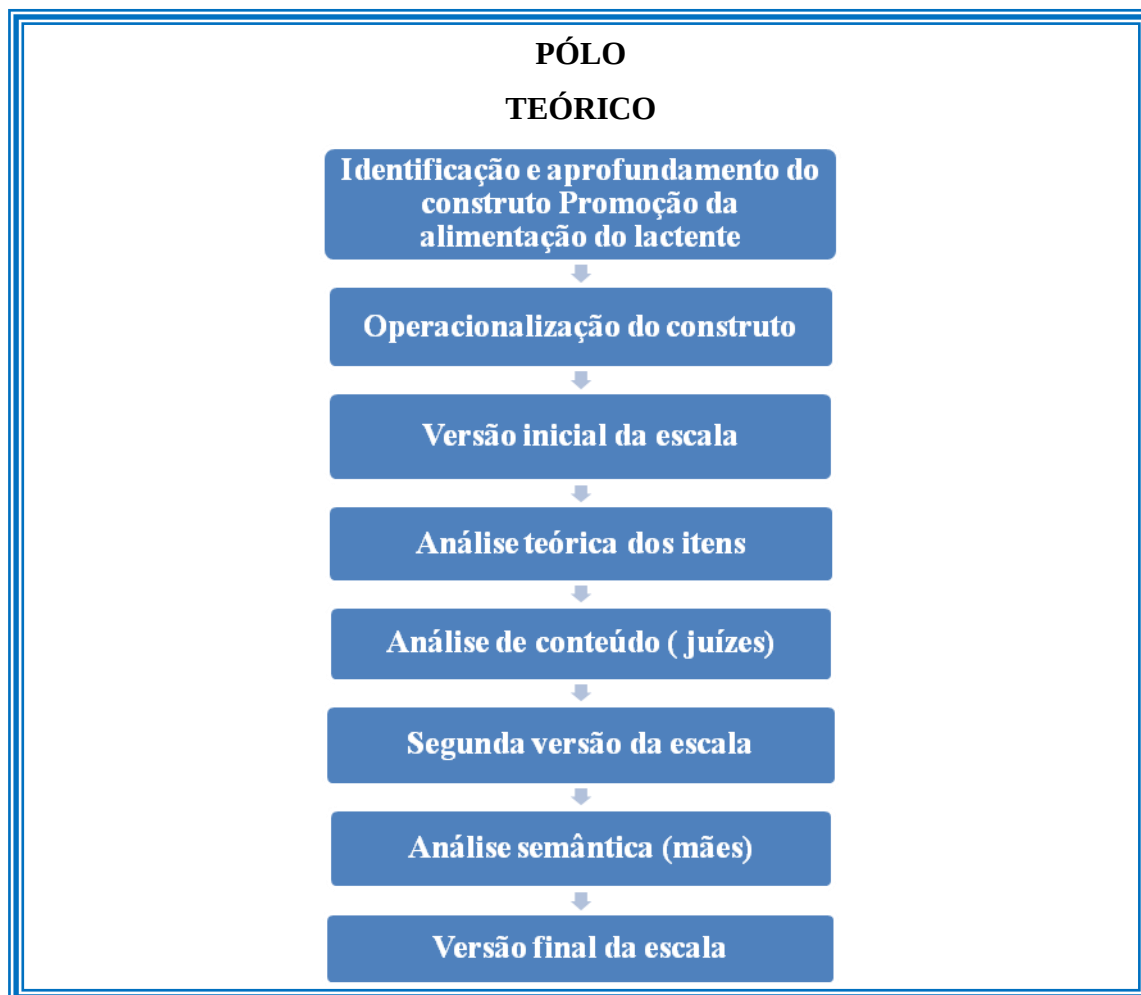
Neste estudo, para a elaboração do instrumento foram adotados os princípios teóricos da construção de escalas psicométricas de Pasquali⁶⁷. O modelo proposto baseia-se na construção de três pólos ou procedimentos que são denominados teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos)⁶⁷.

O pólo teórico está centrado na teoria que deve fundamentar o construto para o qual se deseja desenvolver um instrumento de medida e em seguida a operacionalização da construção dos itens a partir do construto. Neste pólo, são realizadas as análises de conteúdo e semântica validadas por juízes e público alvo com objetivo de avaliar a compreensão e adequação dos itens do instrumento. O pólo empírico ou experimental define as técnicas de aplicação do instrumento piloto para a população alvo coletando informações necessárias para a avaliação da qualidade psicométrica⁶⁷.

O pólo analítico define os procedimentos de análise estatística realizados sobre os dados para obter um instrumento preciso, válido e confiável. Para alcançar o objetivo da pesquisa foi desenvolvido apenas o pólo teórico, a fim de cumprir o prazo destinado à duração do curso de mestrado. Os procedimentos empíricos e analíticos serão realizados posteriormente na continuidade do processo de validação da escala⁶⁷.

De modo a facilitar a compreensão dos procedimentos metodológicos foi esquematizada etapas de construção da escala:

Figura 2- Representação gráfica dos procedimentos teóricos adotados para a construção da escala de autoeficácia materna na promoção da alimentação do lactente



Fonte: A autora.

3.2 Construção da escala

3.2.1 Identificação e aprofundamento do construto “Promoção da alimentação do lactente”

Nesta etapa, houve apropriação do tema de interesse pela mestranda por meio de uma revisão de literatura. Foi estabelecida a teoria sobre o construto ou objeto psicológico, para o qual se quis desenvolver um objeto de medida. A área de interesse é alimentação infantil e o construto investigado foi promoção da alimentação do lactente. Para o embasamento e aprofundamento teórico, foram identificadas as definições constitutivas, ou seja, a definição do construto por meio de pesquisa em dicionários, publicações científicas, diretrizes e enciclopédias visando dar limites semânticos ao mesmo⁶⁷.

Em seguida foram estabelecidas as definições operacionais que compreendem operações concretas, comportamentos físicos por meio do qual o construto se expressa. As definições operacionais foram delimitadas a partir de uma revisão integrativa da literatura a fim de identificar as teorias que ancoram o construto fornecendo a base para formulação dos itens. Elas foram elencadas e reunidas em domínios relacionados às práticas maternas envolvidas na promoção da alimentação do lactente. Essas práticas foram definidas como a realização regular de uma ação de modo que esta se torne um hábito^{116, 130}.

Dessa forma, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre o tema de interesse, agrupar os resultados da pesquisa de forma ordenada e sistemática e averiguar novas evidências científicas¹³¹. As seguintes etapas foram percorridas a fim de desenvolver a revisão integrativa: elaboração da questão de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, organização das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, apresentação e discussão dos resultados¹³².

A seguinte questão norteadora foi considerada: “Quais as práticas maternas envolvidas na promoção da alimentação do lactente”? A coleta de dados se deu nas bases MEDLINE/PUBMED, SCOPUS, LILACS, CUIDEN, CINAHL, BDNF e nas bibliotecas COCHRANE e SciELO. Nas bases MEDLINE/PUBMED e SCOPUS foi necessário um refinamento na busca por meio de recorte temporal dos últimos cinco anos e utilizando os filtros título, resumo e descritores, respectivamente. Isto se justifica pelo elevado quantitativo de artigos encontrados o que inviabilizaria a coleta.

Foram utilizados os descritores em saúde (DECs) e suas respectivas traduções devidamente padronizadas no *MESH*: nutrição do lactente, promoção da saúde, autoeficácia, mães, parentalidade. O operador booleano “and” foi aplicado para a associação dos descritores nas bases de dados. Cinco cruzamentos foram realizados: promoção da saúde *and* mães *and* nutrição do lactente, promoção da saúde *and* nutrição do lactente *and* autoeficácia, promoção da saúde *and* mães *and* nutrição do lactente *and* autoeficácia, autoeficácia *and* mães *and* nutrição do lactente, parentalidade *and* mães *and* nutrição do lactente.

Os critérios de inclusão foram artigos redigidos em português, inglês e espanhol, que respondessem à questão de pesquisa. Os editoriais, artigos de reflexão, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações foram excluídos. Soma-se a estes critérios, pesquisas cujos participantes (mãe/filho) possuísem alguma comorbidade física (ex: diabetes, obesidade, HIV, anomalias congênitas) psicológica (ex: depressão, transtornos alimentares) e estivessem expostos a situações de extrema vulnerabilidade social (campos de refugiados, nômades, etc),

pois, entende-se que esses fatores podem influenciar diretamente nas práticas maternas de alimentação infantil. Os estudos localizados em mais de uma base de dados foram referidos uma única vez considerando a primeira base em que foi encontrado.

Para a coleta e registro das informações dos estudos selecionados foi utilizado um instrumento¹³³ (ANEXO A) já validado que considera aspectos referentes à identificação, características metodológicas e classificação dos resultados. Na análise do rigor metodológico foi adotado um instrumento adaptado do CASP¹³⁴ (ANEXO B) que avalia dados relacionados ao desenho de estudo, procedimentos teórico-metodológicos, critérios para seleção amostral, aspectos éticos, fundamentação teórica da análise e discussão dos dados.

A pontuação desse instrumento varia de zero a 10, sendo classificados em nível A (pontuação de 6 a 10) e B (até 5 pontos). Nessa pesquisa foram selecionados artigos classificados em nível A, portanto, que possuem rigor metodológico adequado. A qualidade das evidências dos estudos foi analisada segundo a classificação hierárquica: nível 1- revisão sistemática ou meta-análise de ensaios clínicos randomizados, nível 2- ensaio clínico randomizado bem controlado, nível 3- ensaio clínico sem randomização, nível 4- caso controle ou coorte, nível 5- revisão sistemática de estudos descritivos ou qualitativos, nível 6- estudos descritivos ou qualitativos, nível 7- opinião de autoridades respeitáveis e ou relatórios de comitês especialistas. Os artigos foram categorizados por semelhança temática que permitiu agrupar os resultados para melhor avaliação e aprofundamento dos dados¹³⁵.

A coleta foi realizada em julho de 2017 nas referidas bases de dados e os cruzamentos entre os descritores resultaram em 8.196 publicações, dentre estas, 6.158 na MEDLINE/PUBMED, 72 CINAHL, 1044 SCOPUS, 772 LILACS, 03 CUIDEN, 01 BDENF, 134 COCHRANE, 12 SciELO:

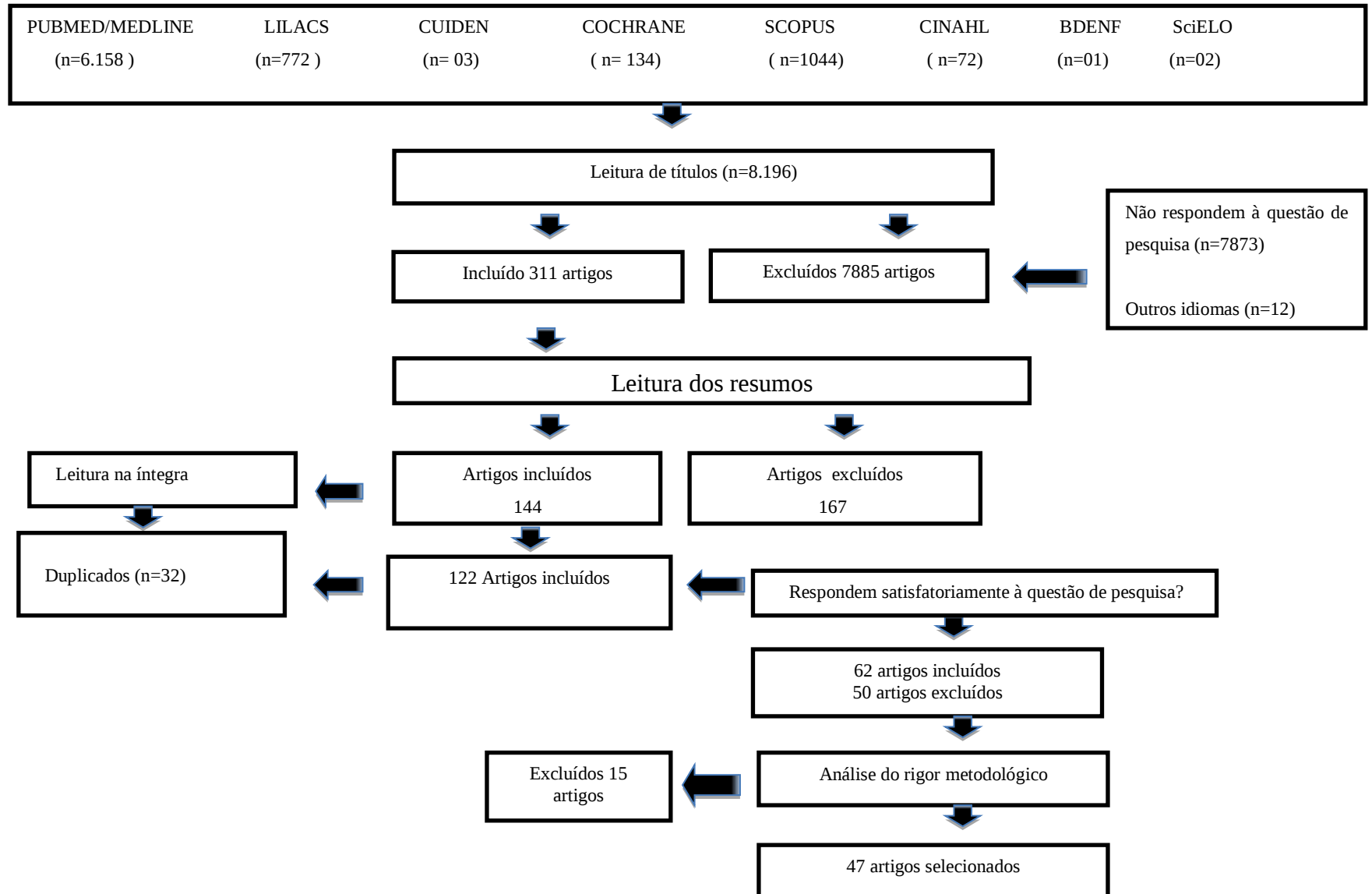
Tabela 1 - Associações dos descritores por base de dados

Descritores	Bases de dados								Total
	MEDLINE /PUBMED	CINAHL	SCOPUS	LILACS	CUIDEN	BDENF	COCHRANE	SciELO	
promoção da saúde and mães and nutrição do lactente	2332	34	836	549	3	1	16	9	3.780
promoção da saúde and nutrição do lactente and autoeficácia	823	5	-	45	-	-	4	-	877
promoção da saúde and mães and nutrição do lactente and autoeficácia	585	2	-	11	-	-	4	-	602
autoeficácia and mães and nutrição do lactente	1330	11	46	38	-	-	5	1	1.431
parentalidade and mães and nutrição do lactente	1088	20	162	129	-	-	105	2	1.506
Total	6.158	72	1044	772	3	1	134	12	8.196

Fonte: A autora.

Em seguida, foi realizada leitura dos títulos e excluídos 7.885 artigos que não contemplaram os critérios de elegibilidade sendo 5.954 da MEDLINE/PUBMED, 70 CINAHL, 979 SCOPUS, 736 LILACS, 03 CUIDEN, 01 BDENF, 130 COCHRANE, 12 SciELO, contabilizando 279 estudos selecionados para leitura dos resumos. Dentre estes, 123 artigos não responderam à questão de pesquisa e 12 foram publicados em outros idiomas. Dos 144 artigos restantes, 32 encontravam-se duplicados em mais de uma base.

Restaram 112 artigos para leitura na íntegra. Desses, 50 foram excluídos por não responder satisfatoriamente à questão norteadora restando 62 estudos. Estes foram submetidos à análise do rigor metodológico (por meio do instrumento CASP) e excluídos 15 artigos classificados como nível B. A amostra final foi composta de 47 artigos (Figura 3).

Figura 3- Fluxograma das etapas da seleção dos artigos

3.2.2 Operacionalização do construto

3.2.2.1 *Elaboração dos itens da escala*

Os resultados da revisão integrativa de literatura forneceram subsídios para a elaboração dos itens da escala, evidenciando ações executadas pelas mães com a finalidade de avaliar a magnitude do construto de interesse. Buscou-se na formulação dos itens apresentar objetividade, expressar uma única ideia, definir uma ação clara e precisa. As recomendações para elaborar itens de fácil entendimento, apropriado com o traço a ser medido e com linguagem variada foram seguidas. Foram elaborados 30 itens para que o construto de interesse fosse bem representado em toda sua extensão semântica⁶⁷.

A escala foi fundamentada na Teoria da Autoeficácia de Bandura e pressupõe o fortalecimento da crença materna na sua capacidade de realizar com sucesso um comportamento capaz de produzir resultados positivos para a saúde de seu filho⁶. O instrumento construído foi a Escala de Autoeficácia Materna na Alimentação do Lactente e destina-se às mães de crianças menores de dois anos de idade. Pode ser utilizada àquelas mães que já introduziram ou introduzirão a alimentação complementar ou àquelas que já estabeleceram o cardápio da familiar. A ferramenta pode ser preenchida de forma autoaplicável ou também ser aplicada com ajuda do profissional.

Para avaliar o grau da autoeficácia materna na alimentação do lactente foi empregada escala numérica graduada num intervalo de 0 a 100, sendo zero relacionado a nenhuma confiança 50 moderadamente confiante e 100 totalmente confiante¹³⁶. A mensuração da autoeficácia materna será determinada pela soma dos pontos de cada item. Ao final, será gerado um escore que servirá de base para avaliação da autoeficácia, pois, quanto maior o valor maior será a confiança materna na alimentação do lactente.

3.3 Validação da escala

3.3.1 Análise teórica dos itens

Esta é a fase final dos procedimentos teóricos. Nessa etapa, foi avaliada a pertinência dos itens ao construto que o representa (análise de conteúdo) e sua compreensão (análise semântica).

3.3.1.1 *Análise de conteúdo*

O processo de validação de conteúdo se deu a partir da apreciação da escala por especialistas na área do construto de interesse, os juízes. Sua tarefa consistiu em avaliar o instrumento quanto à clareza, relevância, pertinência e analisar se os itens do instrumento se referiam ao domínio estabelecido. Em relação ao número de juízes para executar a análise de conteúdo, há divergências na literatura, podendo variar de cinco¹³⁷ a dez pessoas¹³⁸. No entanto, Lopes⁵⁶ sugere uma quantidade maior de juízes para essa etapa. Para tanto, utilizou-se a fórmula para cálculo amostral baseada em proporção, obtendo uma amostra de 22 juízes:

$$n = \frac{Z\alpha^2 P (1-P)}{e^2}$$

Onde:

n : número de juízes da amostra;

$Z\alpha^2$: nível de confiança desejado (95%=1,96);

P : proporção mínima de juízes a considerar o instrumento/item como adequado (85%);

e : estimativa de erro (15%).

Inicialmente, foi realizada consulta aos currículos na Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e posteriormente adotado o processo de amostragem em rede ou bola de neve, solicitando a cada especialista selecionado que indicasse outros que atendessem aos critérios de elegibilidade. Essa abordagem é utilizada quando a população alvo tem características peculiares e é difícil de ser encontrada¹³⁰. As informações das atividades profissionais foram averiguadas através da Plataforma Lattes.

Setenta e nove juízes foram selecionados buscando garantir que, apesar das perdas, recusa em participar da pesquisa a amostra fosse alcançada. Os critérios de seleção dos experts foram pautados nas recomendações de Jasper¹³⁹ e utilizado um instrumento¹⁴⁰ que descreve minuciosamente as características que definem cada critério (**Quadro1**). Foi determinado que os juízes deveriam atender a dois dos cinco critérios, devendo apresentar no mínimo uma característica em cada um dos critérios em que se enquadra.

Quadro 1- Critérios para seleção juízes. Recife - PE, 2018

Critérios	Características
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência	-Ter experiência profissional/assistencial junto ao público infantil de no mínimo 5 anos. -Ter experiência docente na área da saúde da criança. -Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.
Possuir habilidade /conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	-Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*. -Ter orientado trabalho (s) acadêmico (s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática (s) relativa à área de interesse*. -Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*. -Participação de mesas redondas de eventos científicos na área de interesse*. -Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de assunto.	-Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*. -Ser autor de artigo (s) científico (s) com temática relativa à área de interesse* -Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática relativa à área de interesse*.
Possuir especialização em saúde da criança	Ser profissional titulado como especialista na saúde da criança por órgãos competentes no Brasil (MEC) ou no exterior.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*. Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is) cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

Fonte: Mota, 2014¹⁴⁰. *Área de interesse: alimentação infantil.

Para o contato inicial com os juízes, uma carta convite (APÊNDICE A) foi encaminhada por *e-mail* para participação na pesquisa, com a descrição dos objetivos e orientações para avaliação do instrumento. Após o aceite foi enviado um questionário para caracterização de suas atividades profissionais (APÊNDICE D), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), sinopse da Teoria da Autoeficácia (APÊNDICE F) e instruções para os juízes (APÊNDICE G) referente ao instrumento de validação (APÊNDICE H).

No formulário de instruções para validação a primeira coluna descreveu os itens e ao lado os tópicos a serem analisados: clareza na linguagem (avaliou a linguagem utilizada nos itens), pertinência prática (analisou se o item possui importância para o instrumento), relevância teórica (averiguou se o item está relacionado ao construto) e dimensão teórica (investigou a adequação do item ao construto de interesse)⁶⁷.

Esses tópicos permitiram uma maior precisão na avaliação pelos especialistas e possibilitaram identificar pontos fortes e fracos do instrumento. Após sugestões dos juízes, a escala foi modificada antes de ser aplicada aos participantes. A avaliação dos itens foi efetuada por meio de escala Likert com cinco níveis de resposta: 1-pouquíssimo, 2- pouco, 3-médio, 4- muito, 5- muitíssimo. No instrumento foi disponibilizado um espaço para sugestões. Foi estabelecido um prazo de 15 dias para que os juízes entregassem o instrumento preenchido. Quando não houve resposta ao email encaminhado, um lembrete semanal era enviado.

Os dados de caracterização da amostra foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o software IBM SPSS *Statistics* versão 21.0. Para análise de conteúdo foi calculado o CVC que avaliou os conceitos de clareza de linguagem, pertinência na prática e relevância teórica. O valor desejável para essa validação foi igual ou superior a 0,80⁶⁷. Itens que obtiveram pontuação menor que 0,80 foram retirados do instrumento inicial (138).

O cálculo do CVC foi realizado da seguinte maneira⁶⁷:

- ✓ Calculou-se a média das notas de cada item (Mx) baseado nas notas dos juízes (1 a 5):

$$Mx = \frac{\sum_{i=1}^j X_i}{J}$$

Onde $\sum_{i=1}^J$ é a soma das notas dos juízes e J representou o número de juízes que avaliaram o item.

- ✓ Calculou-se o CVC inicial (CVCi) para cada item com base na média.

$$CVCi = \frac{Mx}{Vmáx}$$

Onde $Vmáx$ representou o maior valor que o item poderia receber.

- ✓ Para subtrair possibilidade de vieses dos juízes avaliadores foi recomendado o cálculo do erro (Pei) para cada item:

$$Pei = \left(\frac{1}{J}\right)^J$$

- ✓ Com isso, o CVC final de cada item (CVCc) foi:

$$CVCc = CVCi - Pei$$

- ✓ Para calcular o CVC total (CVCt) do instrumento, para cada uma das características (clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica) foi utilizado a fórmula:

$$CVCt = Mcvci - Mpei$$

Onde $Mcvci$ representou a média dos coeficientes de validade de conteúdo dos itens do questionário e $Mpei$ a média dos erros dos itens da escala.

Em seguida, foi verificada a proporção de especialistas que consideraram cada item como adequado ou inadequado. Aqueles classificados como 1, 2 ou 3 (pouquíssimo, pouco, médio), foram agrupados e considerados inadequados e os avaliados em 4 ou 5 (muito, muitíssimo) como adequados. Posteriormente, foi aplicado o teste binomial, que é um teste não paramétrico empregado para comparação de proporções¹⁴¹.

Na avaliação da proporção de adequação em relação aos itens, foi considerado o valor de 85% para manutenção do item na escala, caso contrário, foram excluídos da segunda versão¹⁴¹. Para análise do teste, foi adotado um nível de significância de 5%, de modo que valores p superiores a 0,05 indicaram a proporção de juízes que consideraram adequados e pertinentes os itens na escala.

Para análise da dimensão teórica foi realizado o nível de concordância entre avaliações dos juízes. Por ser uma variável categórica, a utilização do coeficiente *kappa* mostrou-se mais

adequada. Tendo em vista que o teste é calculado para a concordância de apenas dois juízes, o *kappa* médio foi aplicado para verificar a concordância de mais juízes. Para interpretação desse coeficiente pode-se empregar o critério de Landis e Koch¹⁴²:

Quadro 2- Valores de referência para o kappa

Valor de Kappa	Nível de concordância
< 0	Discordância
0 – 0,20	Quase nenhum
0,20 – 0,40	Pequeno
0,40 – 0,60	Moderado
0,60 – 0,80	Substancial
0,80 – 1,0	Quase perfeito

Fonte: Landis, Koch (1997).

Além do cálculo do CVC e teste binomial foram analisadas todas as sugestões dos juízes pela mestranda e três doutores, docentes da área de saúde da criança. Item com CVC e/ou teste binomial inadequados foram modificados. Outros itens também foram reformulados, mesmo quando CVC e teste binominal foram adequados, desde que as sugestões dos juízes fossem consideradas pertinentes com intenção de dar maior clareza ao instrumento. Ao término da análise de conteúdo foi elaborada a segunda versão da escala e submetida à análise semântica.

3.3.1.2 Análise Semântica

O local de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário IV que dispõe de 55 unidades abrangendo os bairros da Caxangá, Cidade Universitária, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi. Esse Distrito foi escolhido por fazer parte da área de abrangência da Universidade Federal de Pernambuco, entendendo que esta tem responsabilidade social junto à população, assumindo e desenvolvendo ações que promovam o bem-estar da comunidade.

A UBS da Vila União foi selecionada por conveniência por localiza-se próximo à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). No momento da coleta as equipes dessa unidade demonstraram disponibilidade a colaborar com o estudo. A unidade está situada à Rua Nova Aliança, s/n, Iputinga (Recife-PE) e atende cerca de 14 mil moradores das comunidades do Barbalho, Ayrton Senna, Santa Marta, Vila União e Chiclete. Possui quatro equipes de

Saúde da Família, cada uma com um médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Conta também com duas equipes de Saúde Bucal - uma dentista, um técnico e um auxiliar.

Para cumprir essa etapa a amostra foi composta por 30 mães, atendendo a recomendação para a validação semântica que é de 25 a 30 sujeitos¹⁴³. Os critérios de inclusão foram: mães com idade maior que 18 anos, cadastradas na UBS selecionada do Distrito Sanitário IV, aquelas que estão introduzindo ou já introduziram a alimentação complementar, ter criança com idade menor que 24 meses atendida no serviço de puericultura. Foram excluídas mães que apresentaram algum tipo de dificuldade durante a entrevista que inviabilizou o preenchimento da escala por parte do entrevistador.

Inicialmente, houve um contato prévio com os enfermeiros das equipes para o levantamento das mães que atendiam aos critérios de elegibilidade. Em seguida, as visitas domiciliares foram agendadas com os agentes de saúde. A coleta dos dados foi realizada em janeiro de 2018 por meio de entrevista utilizando um instrumento contendo dois formulários: o primeiro com dados sociodemográficos (APÊNDICE I) e o segundo com o instrumento para validação (APÊNDICE J). Neste, houve a apresentação dos itens na primeira coluna e ao lado desta mais outras duas com o nível de confiança e o grau de compreensão de cada item sendo categorizado numericamente em 1- não compreendi, 2-compreendi pouco e 3-compreendi bem. O instrumento dispôs de uma coluna em branco que permitiu o registro de dúvidas e sugestões acerca de cada item a fim de minimizar as dificuldades quanto à clareza e compreensão do instrumento.

A aplicação do instrumento pela mestrandia foi orientada por um Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE K). Foi explicado as mães o objetivo da pesquisa bem como o TCLE (APÊNDICE L) para participação. No momento da entrevista foi entregue à mãe uma cópia da 2ª versão da escala. A mestrandia de posse do instrumento para validação realizou a leitura dos itens. O item só poderia ser esclarecido duas vezes evitando induzir as respostas. Caso a mãe não tivesse compreendido seria excluída da pesquisa.

Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva através do programa estatístico IBM® SPSS *Statistics* versão 21.0. Os dados relacionados ao nível de confiança foram pontuados de 0 a 100 e considerados a partir da média de pontos em cada item. O nível de compreensão da escala foi avaliado através do índice de Confiança (IC) sendo considerado adequado valor $\geq 0,80$ ¹⁴⁴. Os itens que suscitaram dúvidas/sugestões foram

reformulados para torná-los mais compreensíveis e claros possíveis. A validação semântica deu origem a 3ª versão da escala.

3.4 Aspectos éticos

A pesquisa cumpriu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos no Brasil. O projeto foi apresentado à Prefeitura Municipal do Recife e concedida a anuência da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário IV. Após esse consentimento o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPE e aprovado com parecer nº 2.315.591 e CAAE 74778617.8.0000.5208. Aos participantes da pesquisa foram explicados os objetivos, riscos, benefícios bem como solicitado assinatura do TCLE.

4 RESULTADOS

4.1 Definição constitutiva: Promoção da alimentação do lactente

A palavra “promoção” é um substantivo feminino que tem origem no latim *promotio-onis* cujo significado é ato ou efeito de promover, ação de fazer com que alguma coisa seja conhecida ou divulgada. Pode ser encontrada como sinônimo de progresso, ascensão, melhoria, incentivo, fomento, estímulo. Já o termo “promover” é um verbo transitivo direto cuja origem no latim é *promoveo.ere* e exprime ação de dar impulso a, fazer avançar, causar, originar, diligenciar para que se realize, elevar a (cargo ou classe superior), colocar em evidência, proporcionar meios para que algo aconteça¹¹⁶.

No âmbito da saúde, o vocábulo “promoção” foi descrito pela primeira vez em 1920 por Winslow¹⁴⁵ que o definiu como um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população a partir do desenvolvimento de uma estrutura social e de programas educativos que assegurem adequadas condições de vida para que o indivíduo melhore sua saúde.

Em 1946, Henry Sigerist entendia que a prática da medicina era composta por quatro pilares essenciais: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação¹⁴⁶. Para ele, promover é “proporcionar condições de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física, formas de lazer e descanso”¹⁴⁷. Alguns anos mais tarde, em 1976, Leavell e Clark ratificam que “promoção” não é apenas o desenvolvimento de medidas que se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas são ações que visam aumentar a saúde e o bem-estar da população¹⁴⁸.

Ao longo do tempo, o termo foi se tornando mais abrangente e obteve destaque na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa, onde foi descrito como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”¹⁴⁹. A OMS afirma que “promoção” é o processo planejado e gerenciado de encorajar e auxiliar a melhoria da saúde de uma população permitindo que indivíduos e comunidade aumentem o controle sobre determinantes da saúde, e assim melhorem sua saúde⁴⁹.

A ideia de promoção envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde e implica em um processo amplo e contínuo que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade a fim de elaborar estratégias que permitam a efetividade da educação em saúde¹⁵⁰. Esta não se preocupa apenas com a comunicação de informações, mas está atenta para promover a motivação, habilidades e autoeficácia necessárias.

Promover é combinar apoios educacional e ambiental visando atingir ações e condições de vida que conduzam à saúde¹⁵¹. Pode-se descrever ainda que promoção da saúde seja a compreensão do próprio processo saúde-doença, a coresponsabilização e a transformação do contexto em que se está inserido, para assim satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente¹⁴⁹.

É através do empoderamento que a promoção à saúde procura possibilitar aos indivíduos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida de maneira saudável¹⁵². Nesse contexto, empoderar as mães para que estas desenvolvam as habilidades necessárias no manejo da alimentação do lactente possibilitará a prevenção dos agravos à saúde da criança.

O termo “alimentação” tem origem no latim *alere* cujo significado é “ato ou efeito de alimentar-se, abastecimento, provimento”. Pode ser encontrada como sinônimo de refeição, comida, sustentação, nutrição, subsistência¹¹⁶ ou como um processo alimentar, comportamental e fisiológico que envolve a ingestão de alimentos pela criança¹⁵³.

O termo alimentar é um verbo transitivo direto que expressa ideia de dar alimento a, ou ingeri-lo, munir, abastecer, nutrir-se, sustentar-se e pode ser encontrado como sinônimos de cevar, consumir, comer, alentar¹¹⁶. A alimentação do lactente aborda aspectos nutricionais de crianças com idade de um a menores de 24 meses¹⁵⁴. Inicia-se com o aleitamento materno de forma exclusiva até o sexto mês de vida seguida da sua continuidade e pela alimentação complementar.

Para a OMS o aleitamento materno é classificado em: aleitamento materno exclusivo – a criança recebe somente leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de soluções medicamentosas; aleitamento materno predominante – a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água; aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno; aleitamento materno complementado – a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo; e aleitamento materno misto ou parcial – a criança ingere leite materno e outros tipos de leite⁷⁵.

Passado o período do aleitamento materno exclusivo, a importância da alimentação complementar deve ser ressaltada. É bem reconhecido que o período do nascimento aos dois anos de idade é uma "janela crítica" para a promoção do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor ideal do lactente³². Esta faixa etária é marcada por um acelerado crescimento e grandes aquisições no processo de desenvolvimento, incluindo habilidades para receber, mastigar e digerir outros alimentos, além do leite materno, e no autocontrole do processo de ingestão de alimentos¹².

A definição de alimentação complementar para a OMS é um processo que se inicia quando apenas o leite materno não é mais suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais da criança e, portanto, outros alimentos e líquidos são necessários. Já outros países desenvolvidos descrevem que é a introdução de qualquer alimento sólido ou fluido (seja fabricado ou preparado localmente) como complemento ao leite materno ou à fórmula infantil, devendo ser introduzida de maneira gradual. Esse processo termina quando a criança passa a consumir a alimentação da família^{70, 79, 155}.

A alimentação do lactente deve conter uma composição equilibrada de alimentos com quantidades adequadas de macro e micronutrientes; ser espessa desde o início aumentando gradativamente sua consistência até chegar à alimentação da família; ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família e em intervalos regulares respeitando o apetite da criança¹². Deve-se estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições; evitar alimentos hipercalóricos e processados; ter cuidado com a higiene, manuseio e preparo adequados dos alimentos. É imprescindível estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo seus alimentos preferidos e respeitando sua aceitação¹⁰.

A alimentação ideal não depende apenas do que é ofertado à criança, mas sofre influência de como, quando, onde e por quem a alimenta. Desse modo, vai além dos aspectos nutricionais e um fator importante para que o processo alimentar seja conduzido de maneira eficaz é a parentalidade responsiva. O vocábulo "responsiva" é um adjetivo que tem origem no latim *responsivus* cujo significado é algo/alguém que responde de forma rápida e adequada à situação¹¹⁶.

A responsividade parental estabelece a capacidade de resposta do cuidador às necessidades da criança e reflete a reciprocidade entre eles. Pode ser conceituada como um processo mutuamente responsivo em que o cuidador determina uma rotina, estrutura e um contexto emocional capaz de promover interação. Neste processo, a criança sinaliza através de ações motoras, expressões faciais ou vocalizações e o cuidador reconhece os sinais e

responde prontamente de forma emocionalmente favorável, assim, a criança experimenta uma resposta previsível¹⁴.

A habilidade em responder aos sinais de fome e saciedade infantil é uma dimensão central da alimentação responsiva. Esta é descrita como um processo que envolve reciprocidade entre a criança e o cuidador durante a alimentação e enfatiza a importância dos cuidadores em decidir quando começar e parar de alimentar baseado nos mecanismos de fome e saciedade da criança⁷⁹.

A alimentação responsiva requer do cuidador percepção, interpretação precisa e resposta apropriada às pistas de fome e plenitude da criança em qualquer fase de seu desenvolvimento. A “percepção” envolve a consciência do cuidador sobre as pistas da criança, ‘interpretar’ implica na correta atribuição do significado dos sinais emitidos por ela e finalmente a alimentação será estabelecida através de resposta a sugestões de fome e a cessação de alimentação em resposta às pistas de plenitude¹³.

Para que a alimentação infantil seja desenvolvida de maneira responsiva é necessário garantir que o ambiente de alimentação seja agradável e com poucas distrações (por exemplo, sem televisão ou outras telas); assegurar que a criança esteja sentada confortavelmente; encorajar e atender aos sinais de fome e saciedade da criança; responder as necessidades de alimentação infantil de forma imediata, emocionalmente favorável e de maneira adequada ao seu desenvolvimento¹⁴.

É fundamental alimentar a criança de maneira lenta e paciente, estimulando-a a comer (sem forçar); respondê-la positivamente com sorrisos e contato visual; usar palavras de incentivo no momento da refeição e esperar a criança parar de comer observando atentamente se expressa sinais de saciedade¹⁵⁶. Dessa maneira, o estilo responsivo dos cuidadores em desenvolver resposta adequada aos sinais de fome e saciedade da criança está mais associado a formação de práticas alimentares saudáveis^{13, 15} reduzindo assim os agravos à saúde e promovendo adequado crescimento e desenvolvimento.

4.2 Definição operacional

Compuseram a amostra da revisão integrativa 47 artigos sendo 18 realizados no continente africano^{25, 157-173}; dez nas Américas^{13, 174-182}; oito na Europa^{27, 183-189}; sete na Ásia¹⁹⁰⁻¹⁹⁶ e três na Oceania^{126, 197-198}. Todos foram escritos na língua inglesa.

A maior parte dos periódicos foi publicada nos últimos cinco anos, dentre eles cinco em 2017^{170-173' 189}; oito em 2016^{25' 165-169' 181' 196}; nove em 2015^{163' 164' 178-180' 186-188' 195'}; seis em 2014^{27' 126' 159-162}; sete em 2013^{158' 176-177' 185' 192-194}; dois em 2012^{175' 198}; e nove publicados entre 2011 a 2002^{13' 157' 174' 182-184' 190-191' 197}.

Em relação ao delineamento da pesquisa apenas dois foram descritos como métodos mistos^{194' 198} e dois qualitativos^{13' 182}. Somente quatro artigos foram classificados com nível de evidência 2^{174, 179' 191-197} e os demais nível 6.

Os estudos foram analisados na íntegra e oportunizaram a descrição das práticas maternas envolvidas na promoção da alimentação do lactente, concretizando as definições operacionais que compreendem o construto. Assim, por meio do levantamento bibliográfico, as definições operacionais foram identificadas a partir dos resultados das publicações. Os itens foram agrupados em dois domínios: prática alimentar e comportamento materno (**Quadro 3**). Para tanto, faz-se necessário delinear os conceitos que nortearam essa escolha.

Prática é a realização regular de uma ação de modo que esta se torne um hábito. Alimentar é dar alimento a, ingerir, nutrir, sustentar. Comportamento é a maneira de portar-se, proceder¹¹⁶. É um conjunto de ações relacionadas ao ato de alimentar, que envolve desde a escolha do alimento até a sua ingestão, bem como tudo a que ele se relaciona¹⁹⁹. Comportamento é algo complexo, pois comer é um ato social que vai para além das necessidades básicas de alimentação e está interligado com aspectos sociais, culturais, econômicos e com a subjetividade do indivíduo²⁰⁰.

A leitura dos 47 artigos permitiu elencar 22 ações envolvidas na prática alimentar e dez ações relacionadas ao comportamento materno na alimentação do lactente.

Quadro 3- Definições operacionais relacionadas às práticas maternas envolvidas na promoção da alimentação do lactente. Recife - PE, 2018

Definições operacionais	Referências
Domínio: Prática alimentar	
Amamentar exclusivamente sob livre demanda até o sexto mês de vida da criança.	CARLETTI et al., 2017 ¹⁸⁹ ; DEMILEW, TAFERE, ABITEW, 2017 ¹⁷² ; GYAMPOH et al., 2014 ¹⁵⁹ ; GIOVANNINI et al., 2005 ¹⁸⁴ ; IMAI et al., 2014 ²⁷ ;

	KAMUDONI et al., 2007¹⁵⁷; KAMUDONI et al., 2015¹⁶⁴; MOGRE, DERY, GAA, 2016¹⁶⁵; OGBO et al., 2017; ONAH et al., 2014¹⁷³; RADWAN, 2013¹⁹³; SEMAHEGN, TESFAYE, BOGALE, 2014¹⁶²; SINIGAGLIA et al., 2016¹⁸¹; TADELE et al., 2016¹⁶⁷; VIJAYALAKSHMI, SUSHEELA, MYTHILI, 2015¹⁹⁵; VITTA et al., 2016¹⁶⁹;
Introduzir alimentos sólidos, semi-sólidos a partir do sexto mês de vida da criança.	DEMILEW, TAFERE, ABITEW, 2017¹⁷²; FLORES-HUERTA, KLÜNDER-KLÜNDER, MUÑOZ-HERNÁNDEZ, 2012¹⁷⁵; GYAMPOH et al., 2014¹⁵⁹; KASSA et al., 2016²⁵; LAWAN et al., 2014¹⁶⁰; LINDSAY et al., 2008¹⁸². OGBO et al., 2017¹⁷³; OWAIS et al., 2016¹⁹⁶; SEMAHEGN, TESFAYE, BOGALE, 2014¹⁶²; SINIGAGLIA et al., 2016¹⁸¹; SISAY, EDRIS, TARIKU, 2016 UDOH, AMODU, 2016¹⁶⁶;
Oferecer alimentos ricos em ferro (folhas verde escuro ou alimentos enriquecidos).	AGIZE, JARA, DEJENU, 2017¹⁷⁰; DEMILEW, TAFERE, ABITEW, 2017¹⁷²; VITTA et al., 2016¹⁶⁹.
Continuar a amamentar a criança até os dois anos ou mais.	DEMILEW, TAFERE, ABITEW, 2017¹⁷²; FLORES-HUERTA; KLÜNDER-KLÜNDER, MUÑOZ-HERNÁNDEZ, 2012¹⁷⁵.
Oferecer frutas e legumes.	BEYENE et al., 2015¹⁶³; CARLETTI et al., 2017¹⁸⁹;

	DANGURA, GEBREMEDHIN, 2017¹⁷¹; DEMILEW, TAFERE, ABITEW, 2017¹⁷²; FLORES-HUERTA, KLÜNDER- KLÜNDER, MUÑOZ-HERNÁNDEZ, 2012¹⁷⁵; GYAMPOH et al., 2014¹⁵⁹; KASSA et al., 2016²⁵; KOH et al., 2014¹²⁶; UDOH, AMODU, 2016¹⁶⁸.
Oferecer alimentos ricos em vitamina A (frutas e legumes).	AGIZE, JARA, DEJENU, 2017¹⁷⁰; BEYENE et al., 2015¹⁶³; DANGURA, GEBREMEDHIN, 2017¹⁷¹; DEMILEW, TAFERE; ABITEW; 2017¹⁷²; GYAMPOH et al., 2014¹⁵⁹; KASSA et al., 2016²⁵; VITTA et al., 2016¹⁶⁹; OWAIS et al., 2016¹⁹⁶; UDOH, AMODU, 2016¹⁶⁸; WU et al., 2013¹⁹⁴.
Oferecer ovos e carnes (boi, frango, peixe, víceras).	ABOUD, MOORE, AKHTER, 2008¹⁹¹; AGIZE, JARA, DEJENU, 2017¹⁷⁰; BEYENE et al., 2015¹⁶³; CARLETTI et al., 2017¹⁸⁹; DANGURA, GEBREMEDHIN, 2017¹⁷¹; DEMILEW, TAFERE, ABITEW, 2017¹⁷²; FLORES-HUERTA, KLÜNDER- KLÜNDER, MUÑOZ-HERNÁNDEZ, 2012¹⁷⁵; GYAMPOH et al., 2014¹⁵⁹; KASSA et al., 2016²⁵; OWAIS et al., 2016¹⁹⁶; STIMMING et al., 2015¹⁸⁶; UDOH, AMODU, 2016¹⁶⁸; VITTA et al., 2016¹⁶⁹;

	WU et al., 2013 ¹⁹⁴ ;
Oferecer cereais, grãos, raízes e tubérculos.	AGIZE, JARA, DEJENU, 2017 ¹⁷⁰ ; BEYENE et al., 2015 ¹⁶³ ; DANGURA, GEBREMEDHIN, 2017 ¹⁷¹ ; GYAMPOH et al., 2014 ¹⁵⁹ ; KASSA et al., 2016 ²⁵ ; OWAIS et al., 2016 ¹⁹⁶ ;
Oferecer produtos à base de leite.	AGIZE, JARA, DEJENU, 2017 ¹⁷⁰ ; BEYENE et al., 2015 ¹⁶³ ; CARLETTI et al., 2017 ¹⁸⁹ ; DANGURA, GEBREMEDHIN, 2017; GYAMPOH et al., 2014 ¹⁵⁹ ; KASSA et al., 2016 ²⁵ ; UDOH, AMODU, 2016 ¹⁶⁸ ; WU et al., 2013 ¹⁹⁴ .
Oferecer mel após um ano de idade.	CARLETTI et al., 2017 ¹⁸⁹ ;
Oferecer leite de vaca após um ano de idade.	ARORA, GAYA, THIRUKUMARA, 2012 ¹⁹⁸ . CARLETTI et al., 2017 ¹⁸⁹ ; SINIGAGLIA et al., 2016 ¹⁸¹ ;
Oferecer à criança alimentos preparados em casa (caseiros).	ARORA, GAYA, THIRUKUMARA, 2012 ¹⁹⁸ . DANGURA, GEBREMEDHIN, 2017 ¹⁷¹ ; VITTA et al., 2016 ¹⁶⁹ ;
Limitar a oferta à criança de alimentos/lanches produzidos comercialmente.	CARLETTI et al., 2017 ¹⁸⁹ ; FLORES-HUERTA, KLÜNDER-KLÜNDER, MUÑOZ-HERNÁNDEZ, 2012 ¹⁷⁵ ; VITTA et al., 2016 ¹⁶⁹ ;
Lavar as mãos antes de alimentar a criança.	UDOH, AMODU, 2016 ¹⁶⁸ ;
Oferecer o alimento com colher.	KASSA et al., 2016 ²⁵ ; UDOH, AMODU, 2016 ¹⁶⁸ ;
Separar um prato para alimentar a criança.	KASSA et al., 2016 ²⁵ ;
Utilizar um copo para alimentar a criança.	KASSA et al., 2016 ²⁵ ;

Oferecer à criança água potável.	VITTA, et al., 2016 ¹⁶⁹ .
Oferecer à criança alimentos amassados/desfiados ou cortados.	SEMAHEGN, TESFAYE, BOGALE, 2014 ¹⁶² .
Alimentar a criança doente de acordo com sua aceitação.	SEMAHEGN, TESFAYE, BOGALE, 2014 ¹⁶² ;
Lavar as mãos com sabão antes de preparar os alimentos.	NIZAME et al., 2013 ¹⁹² ;
Limitar a oferta de bebidas adoçadas à criança (refrigerantes, sucos, chás).	FLORES-HUERTA, KLÜNDER-KLÜNDER, MUÑOZ-HERNÁNDEZ, 2012 ¹⁷⁵ . LANDE et al., 2004 ¹⁸³ . SCHROEDER et al., 2015 ¹⁷⁹ .
Domínio: Comportamento materno	
Oferecer a refeição da criança sem estar distraída (assistir Tv, utilizando dispositivo móvel, fazendo tarefas domésticas).	GOLEN, VENTURA, 2015 ¹⁷⁸ ; SHLOIM et al., 2015 ¹⁸⁸ .
Interagir/conversar com a criança durante as refeições.	GOLEN, VENTURA, 2015 ¹⁷⁸ ; HA et al., 2002 ¹⁹⁰ ;
Reconhecer os sinais de fome e de saciedade da criança.	DISANTIS, HODGES, FISHER, 2013 ¹⁷⁶ ; HODGES et al., 2008 ¹³ . PAUL et al., 2011 ¹⁷⁴ ; SHLOIM et al., 2015 ¹⁸⁸ ; THOMPSON, ADAIR, BENTLEY, 2013 ¹⁷⁷ ;
Evitar pressionar a criança a comer alimentos quando ela não quiser.	BROWN, LEE, 2013 ¹⁸⁵ ; DISANTIS, HODGES, FISHER, 2013 ¹⁷⁶ ; FILDES et al., 2015 ¹⁸⁷ ; GREGORY, PAXTON, BROZOVIC, 2011 ¹⁹⁷ ; HA et al., 2002 ¹⁹⁰ . THOMPSON, ADAIR, BENTLEY, 2013 ¹⁷⁷ ;
Alimentar a criança sem uso de aparelhos eletrônicos.	SHLOIM et al., 2015 ¹⁸⁸ .
Insistir na oferta de um novo alimento à	KOH et al., 2014 ¹²⁶ ;

criança (pelo menos 10 vezes).	PAUL et al., 2011 ¹⁷⁴ .
Estimular a criança a comer sozinha.	ABOUD, MOORE, AKHTER, 2008 ¹⁹¹ ; HA et al., 2002 ¹⁹⁰ .
Evitar oferecer alimentos para recompensar/acalmar a criança.	STIFTER, MODING, 2015 ¹⁸⁰ .
Consumir alimentação saudável (ser o modelo).	GREGORY, PAXTON, BROZOVIC, 2011 ¹⁹⁷ .
Posicionar-se confortavelmente para amamentar.	MBADA et al., 2013 ¹⁵⁸ .

A primeira prática materna para promover a alimentação da criança é o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida ^{27' 157' 159' 161' 162' 164' 165' 167' 169' 172' 173' 181' 184' 189' 193' 195'} e continuado até os 24 meses ou mais^{172' 175}.

Elevada prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi encontrada em países como Etiópia (84-65%)^{162' 172}, Gana (64-58%)^{159' 165}, Tanzânia (40,8%)¹⁶⁹. Enquanto que países de alta renda como Emirados Árabes Unidos (1,9%)¹⁹³, Itália (7-13,3%)^{184' 189} Porto Rico (24%)¹⁸¹ detém baixa prevalência. Ressalta-se que a Islândia²⁷, um país de alta renda europeu, obteve prevalência semelhante a um país africano (Tanzânia) com cerca de 40%. No México, a prática da amamentação diminuiu consideravelmente no segundo ano de vida¹⁷⁵. Já na Etiópia, a prevalência dessa prática foi de 97% entre crianças de 20-23 meses¹⁷².

Em relação ao posicionamento da mãe durante a prática da amamentação, foi percebido na Nigéria¹⁵⁸ que a maioria das puérperas preferia dar de mamar sentada em uma cadeira a estar em posição lateral ou sentada à beira do leito. Para elas, a leve flexão do pescoço e das costas, o apoio do braço com travesseiro e os pés elevados é a postura ergonômica preferida. O principal motivo para a posição adotada durante a amamentação foi o conforto da mãe e bebê.

Após o sexto mês, em cumprimento a recomendação da introdução de alimentos sólidos, foi evidenciado que na Austrália perto de 18% das mães de crianças menores de 24 meses ofertaram o mesmo alimento de 6 a 10 vezes e 6,5% acima de 10 vezes¹²⁶. É necessário insistir na oferta de um novo alimento para que haja adaptação do paladar da criança a diferentes sabores e texturas^{126' 174}.

A introdução oportuna de alimentos sólidos a partir do sexto mês, foi observada na maioria dos estudos^{25' 159' 160' 162' 166' 168' 172' 173' 175' 181' 183' 196'}. Países como Etiópia^{172'}, Nigéria^{168'}, Gana^{159'} e Bangladesh^{196'} apresentaram maior prevalência de introdução alimentar oportuna com percentuais acima de 80%.

Os alimentos foram oferecidos amassados desfiados ou cortados^{162'}. Os líquidos oferecidos no copo^{25'} e não na mamadeira^{168'}. A colher foi utilizada na oferta dos alimentos^{25' 168'} e um recipiente (prato) foi separado para alimentar o lactente^{25'}.

Oferecer alimentos como cereais (arroz, milho, trigo, aveia, centeio)^{25' 171' 196'}, grãos/leguminosas (feijão, ervilhas, lentilhas, grão-de-bico), raízes e tubérculos^{25' 159' 163' 171'} (mandioca, batata-inglesa, batata-doce, cará e inhame) é uma prática muito comum no cardápio infantil^{25' 159' 163' 170' 171'}. Alimentar-se de maneira saudável e ser o exemplo é uma prática indispensável na promoção da alimentação da criança^{197'}. Porém, a ingestão de frutas e legumes na maioria das vezes, foi um hábito pouco mencionado pelas mães^{25' 168' 171' 189'}. Sendo verificado na Etiópia um consumo maior de legumes^{163' 172'} e em Gana elevada ingestão de frutas^{159'}.

No México, cerca de 85% das crianças entre 6 a 11 meses de idade ingeriam regularmente frutas e vegetais^{175'}. Foi relatado que maior consumo desses alimentos por crianças de dois anos foi significativamente predita pela ingestão desses alimentos pela mãe^{197'} evidenciando que o comportamento materno influencia diretamente no hábito alimentar da criança. Os vegetais mais popularmente consumidos foram abóbora, cenoura, batata, batata doce e as frutas maçã, banana e pêra^{126'}.

A oferta de alimentos (frutas e legumes) ricos em vitamina A também foi identificada como uma prática saudável, no entanto, com baixa adesão^{25' 159' 163' 169-172' 194' 196'}. Na China^{194'} e Etiópia^{170', 171'} foram verificados os menores percentuais de crianças que ingeriram esses alimentos, variando de 1,8% a 7,2% respectivamente. Na Nigéria^{168'} 50,8% dos menores de 12 meses consumiam frutas e legumes.

Quanto à oferta de ovos e carnes^{25' 159' 163' 168-172' 175' 186' 189' 191' 194' 196'}, outro grupo alimentar essencial na dieta infantil, foi evidenciado que na China o ovo^{194'} é um dos alimentos popularmente consumido por mais da metade dos lactentes e em outros países o percentual variou de 7,4 a 22,3% nos menores de 23 meses^{25' 159' 163' 168' 169' 171' 191' 196'}.

A introdução de carnes no cardápio infantil da Itália (189) ocorreu com uma idade média de 197 dias após o nascimento. Estudos realizados na Etiópia^{25' 163' 170-172' 194'}

mencionaram uma baixa ingestão desse alimento. Já na Tanzânia¹⁶⁹ esse consumo foi de 52%. A maior ingestão de peixe foi observada em crianças alemãs¹⁸⁶.

Além de carnes, outros alimentos ricos em ferro também foram oferecidos, como os vegetais de folhas verde-escuros^{168' 169}. Na Etiópia¹⁶⁹ e na Tanzânia¹⁶⁸ foi observado que apenas 26% e 38%, respectivamente, dos menores de 24 meses consumiram esses alimentos na noite anterior.

Os produtos lácteos (leite, queijo e iogurte) que são fontes úteis de cálcio, proteína e energia foram amplamente consumidos pelos lactentes^{25' 159' 163' 168' 170' 171' 189' 194}. Maior ingestão foi constatada na Nigéria¹⁶⁸ com percentual de 67,7% de consumo entre os menores de 24 meses.

Entre os grupos alimentares, a introdução do leite de vaca deve ser realizada com cautela, preferencialmente após um ano de vida. No cardápio de crianças italianas é um dos últimos alimentos inseridos, em média aos 362 dias, após o nascimento¹⁸⁹. Este achado corrobora com a introdução desse alimento com uma idade mediana de 12 meses em Porto Rico¹⁸¹ e após um ano de vida na Austrália¹⁹⁸.

Além da introdução dos alimentos, outras práticas são necessárias à promoção da alimentação saudável. Uma delas é a adequada higienização das mãos, com propósito de evitar contaminação dos alimentos. Apenas 18% das mães relataram lavar as mãos com água e sabão antes de preparar¹⁹² e 52,3% antes de oferecer o alimento ao seu filho¹⁶⁸. Outra prática materna foi a oferta de alimentos preparados em casa^{169' 171' 198}, a restrição de lanches industrializados^{169' 175' 189} e bebidas adoçadas^{175' 179' 183}.

Na Etiópia e Tanzânia foram observados percentuais maiores que 85% de crianças que consumiram alimentos caseiros. Aproximadamente 47% das crianças na Tanzânia¹⁶⁹ não ingeriram alimentos produzidos comercialmente (doces, chocolate, biscoitos, bolos, rosquinhas, batatas fritas ou biscoitos salgados) na semana anterior. Já no México, apenas 16,4% das crianças menores de dois anos não consumiram esses alimentos. Lactentes que foram amamentados apresentaram menor ingestão de bebidas adoçadas e açúcar que os lactentes não amamentados na Noruega¹⁸³. O consumo de alimentos industrializados foi menor em crianças no primeiro ano de vida comparado ao segundo ano¹⁷⁵.

Nos EUA¹⁷⁹ intervenções educativas realizadas com os pais durante visita domiciliar quando a criança tinha 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24 meses forneciam informações sobre alimentação e cuidados infantis. Entre as visitas, os pais receberam um telefonema todos os meses e cartas de lembrete que também continham mensagens educativas. Esses pais

ofereceram menos refrigerante, chá adoçado, suco, exerceram mais restrição dietética e estavam mais envolvidos no monitoramento da alimentação infantil.

No tocante à capacidade do cuidador em responder ativamente as necessidades da criança, foi verificada a importância de reconhecer os sinais de fome e saciedade infantil^{13' 174' 176' 177' 188}. Além disso, a mãe deve evitar pressionar a criança a comer quando esta não quiser^{176' 177' 185' 187' 190' 197}, respeitando seu apetite no período de doença¹⁶², e evitar utilizar o alimento para acalmar ou recompensar a criança¹⁸⁰.

Interagir e conversar com a criança no momento da refeição^{178' 190}, alimentá-la com atenção^{178' 188} e sem o auxílio de aparelhos eletrônicos¹⁸⁸ foram outras práticas maternas verificadas nos estudos. Na Filadélfia apenas 6% das mães de crianças menores de seis meses relataram interagir com seus filhos e que 42% delas não assistiam televisão, nem usavam telefone ou faziam tarefas domésticas ao alimentar a criança¹⁷⁸. Em Vietnã, um pouco mais de 30% das mães conversaram com a criança no momento da alimentação¹⁹⁰.

Estimular a criança a comer sozinha de acordo com o nível de desenvolvimento neuropsicomotor foi uma atitude referida em uma província rural do Vietnã¹⁹⁰ e em Bangladesh¹⁹¹. Na maioria das vezes, crianças de 18 meses alimentavam-se sozinhas¹⁹⁰. Já as mais jovens (12 meses), quase sempre receberam ajuda física para comer. Mães que participaram de atividades educativas sobre alimentação responsiva permitiram que crianças de 12 a 24 meses se autoalimentassem¹⁹¹.

4.3 Itens da escala

Mediante as definições operacionais obtidas pela revisão integrativa foi construída a primeira versão da escala com 30 itens envolvidos na promoção da alimentação do lactente e agrupados em dois domínios: prática alimentar e comportamento materno.

Os itens a seguir irão avaliar sua confiança e capacidade de realizar com sucesso ações que promovem a alimentação saudável do seu filho, desde o nascimento até os dois anos de vida. A seguir, avalie e classifique seu grau de confiança para realizar cada tarefa. Marque em cada quadrado em branco o número entre 0 e 100 correspondente à sua confiança. Não existe uma resposta certa ou errada.

	vida	
17	Eu sou capaz de evitar que meu filho consuma leite de vaca antes do primeiro ano de vida	
18	Eu posso evitar que meu filho consuma alimentos industrializados/ultraprocessados	
19	Eu sempre sou capaz de lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de oferecer à refeição ao meu filho	
20	Eu consigo alimentar meu filho quando está doente respeitando sempre sua aceitação	
Domínio: Comportamento materno		
21	Eu sou capaz de reconhecer quando meu filho está com fome	
22	Eu consigo reconhecer os sinais de que meu filho não quer mais comer	
23	Eu consigo alimentar meu filho sem estar distraída com outros afazeres	
24	Eu sou capaz de conversar e interagir com meu filho no momento em que estou oferecendo sua refeição	
25	Eu posso evitar alimentar meu filho em frente à televisão, celular ou tablet	
26	Eu sou capaz de oferecer um novo alimento por pelo menos 10 vezes antes de afirmar que meu filho não gosta dele	
27	Eu posso estimular meu filho a comer sozinho	
28	Eu sempre evito pressionar meu filho a comer alimentos quando ele não quer	
29	Eu sou capaz de não usar o alimento para acalmar ou recompensar meu filho	
30	Eu consigo manter uma alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho	

O domínio “prática alimentar” possui 20 itens (67%) e “comportamento materno” abrange 10 itens (33%) do instrumento. Elaborado os 30 itens e identificado os respectivos domínios, a escala seguiu para a validação de conteúdo com os juízes.

4.4 Validação de conteúdo

A média de idade dos participantes era de 42,6 anos variando de 28 a 63 anos. Todos eram do sexo feminino, 15 possuíam formação acadêmica em Nutrição e sete em Enfermagem. Os juízes selecionados pertenciam a diversas regiões do Brasil, dentre elas, a

Sudeste (São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais) com dez participantes, quatro da região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul), sete do Nordeste e apenas um do Centro-Oeste (Mato Grosso).

Em relação à titulação, 17 eram doutores e cinco mestres. Dezoito sujeitos desenvolviam atividades simultâneas de ensino/pesquisa e dez atuavam na assistência. Dezesete deles tinham como local de trabalho instituições de ensino superior. A experiência dos juízes com a temática “alimentação infantil” variou de quatro a 35 anos, sendo que dez tinham experiência acima de 20 anos e 12 já validaram instrumentos anteriormente.

Observando os princípios de Jasper¹³⁹, 13 juízes atenderam a três critérios, quatro cumpriram a quatro critérios e cinco preencheram dois critérios. No quadro abaixo, observa-se que a maior parte dos juízes possuía experiência docente em saúde da criança, desenvolvia atividades para promoção da saúde do público infantil, eram pesquisadores e possuíam publicações científicas na área de interesse.

Quadro 5- Caracterização dos juízes de acordo com os critérios de Jasper. Recife - PE, 2018.

Crítérios/características	n
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência	
-Ter experiência profissional/assistencial junto ao público infantil de no mínimo 5 anos.	-
-Ter experiência docente na área da saúde da criança	13
-Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança	14
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	
-Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na área de interesse*	-
-Ter orientado trabalho (s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa à área de interesse*	06
-Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*	12
-Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*	08
-Participação de mesas redondas de eventos científicos na área de interesse*	-
Possuir habilidade especial em determinado tipo de assunto.	
-Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse	16
-Ser autor de artigo(s) científico(s) com temática relativa à área de interesse*	16
-Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática relativa à área de interesse*	10
Possuir especialização em saúde da criança	
Ser profissional titulado como especialista na saúde da criança por órgãos competentes no Brasil (MEC) ou no exterior.	05

Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	
Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*.	-
Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is)-internacional(is) cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.	-

Área de interesse*: alimentação infantil

Os 22 juízes selecionados com experiência na temática da alimentação infantil procederam a validação de conteúdo da primeira versão da escala. Os itens 1, 2, 3, 7, 15, 16, 18 apresentaram inadequação ou CVC insatisfatório (Tabela 2). No critério clareza de linguagem, os itens 3, 7, 15, 18 foram julgados inadequados (com variação de 50 a 73%) bem como apresentaram CVC insatisfatório 0,70 a 0,79. O item 1 mostrou CVC satisfatório (0,81), no entanto, foi considerado inadequado pelos juízes (68%). Já o item 16 revelou baixo CVC (0,79), porém os especialistas (73%) declararam ser adequado.

No critério pertinência e relevância a maior parte dos itens foi mencionado como adequado. O item 2 apresentou CVC insatisfatório (0,79) porém no quesito pertinência os especialistas (82%) julgaram ser adequado. O item 7 apresentou inadequação tanto no critério pertinência como relevância, demonstrando baixo CVC (0,72 e 0,69, respectivamente) e inadequação segundo avaliação dos juízes. O CVC final do instrumento nos três quesitos (clareza, pertinência e relevância) foram, respectivamente, 0,86, 0,91 e 0,90.

Após a análise da validação de conteúdo, decidiu-se manter o item 1, porque apresentou valores satisfatórios de CVC e adequação entre os juízes nos critérios de pertinência e relevância. O item 2 mesmo com CVC menor no quesito pertinência, foi mantido por ser adequado nos critérios de clareza e relevância. O item 3 apresentou baixo CVC e menor adequação entre os especialistas no critério clareza, porém foi reconhecido como pertinente e relevante com CVC e proporção adequados.

O item 07 foi excluído visto que apresentou baixa adequação bem como CVC insatisfatório nos critérios clareza, pertinência e relevância. O item 15 também foi excluído da escala porque apresentou contradição com o item 17 e 18 bem como inadequação no quesito clareza, apesar de proporção satisfatória e CVC adequados para pertinência e relevância.

O juízes sugeriram transformar o item 12 em dois, mesmo obtendo valores satisfatórios nos três critérios, com intuito de avaliar individualmente cada um deles. A sugestão foi aceita. Os especialistas referiram que os itens 16 e 18 apresentavam-se inadequados no critério clareza bem como obtiveram CVC insatisfatório. No entanto, os

itens foram mantidos no instrumento porque foram reconhecidos como pertinentes e relevantes. Mesmo com CVC e proporção de adequação para a maioria dos itens, as recomendações dos juízes foram acatadas visando dar maior clareza ao instrumento, sendo os itens 1, 3, 7, 8, 16, 18, 24 os mais citados para que fossem modificados. Todas as alterações sugeridas estão apresentadas no **Quadro 6**.

Em relação à análise da dimensão teórica, os itens foram categorizados pelos juízes e pela equipe de pesquisa de acordo com os domínios prática alimentar e comportamento materno. O domínio comportamento materno apresentou mais semelhança na categorização tanto pelos avaliadores como pela equipe de pesquisa. Já em relação ao domínio prática alimentar houveram divergências entre ambos. Alguns juízes relataram que tiveram dificuldade em eleger um único domínio porque, para eles, os conceitos “prática” e “comportamento” se relacionam entre si.

Confirmando as discordâncias e dificuldades mencionadas, o kappa médio apresentou valor de 0,27 evidenciando pequeno nível de concordância entre os juízes em relação aos domínios nomeados. No entanto, os domínios não foram modificados por não haver sugestões dos especialistas. Ao finalizar a análise de conteúdo, o item 12 foi subdividido em dois e os itens 7 e 15 excluídos. Em seguida, foram recalculados o CVC final do instrumento nos critérios de clareza, pertinência e relevância que atingiram valores de 0,87; 0,92; 0,91 respectivamente. A segunda versão da escala contabilizou 29 itens e dois domínios: prática alimentar e comportamento materno (**Quadro 7**). Afim de minimizar o risco de respostas positivas das mães, optou-se por excluir das sentenças as palavras “eu consigo”, “eu sou capaz”, “eu posso” e padronizar a expressão “ eu sou capaz”, uma única vez, no início do instrumento.

Tabela 2- Avaliação dos juízes na validação dos itens do instrumento relativo à clareza, pertinência e relevância. Recife - PE, 2018

ITEM	Clareza* (n/%)	P‡	p†	CVC	Pertinência** (n/%)	P‡	p†	CVC	Relevância*** (n/%)	P‡	p†	CVC	Dimensão**** (C) (P) (C/P) (DA)			
1	15(68%)	0,68	0,037	0,81	22(100%)	1,00	1,000	0,96	22(100%)	1,00	1,000	0,96	13	9	-	(P)
2	18(82%)	0,82	0,425	0,84	16(73%)	0,73	0,100	0,79	17(77%)	0,77	0,226	0,81	16	6	-	(P)
3	11(50%)	0,50	0,000	0,74	21(95%)	0,95	0,137	0,94	21(95%)	0,95	0,137	0,95	8	13	1	(P)
4	22(100%)	1,00	1,000	0,93	22(100%)	1,00	1,000	0,94	22(100%)	1,00	1,000	0,95	14	6	2	(P)
5	17(77%)	0,77	0,226	0,88	21(95%)	0,95	0,137	0,93	20(91%)	0,91	0,338	0,90	7	14	1	(P)
6	19(86%)	0,86	0,575	0,92	18(82%)	0,82	0,425	0,86	16(73%)	0,73	0,100	0,80	8	13	1	(P)
7	12(55%)	0,55	0,001	0,70	12(55%)	0,55	0,001	0,72	11(50%)	0,50	0,000	0,69	10	12	-	(P)
8	19(86%)	0,86	0,575	0,86	19(86%)	0,86	0,575	0,87	20(91%)	0,91	0,338	0,86	8	13	1	(P)
9	18(82%)	0,82	0,425	0,86	21(95%)	0,95	0,137	0,92	18(82%)	0,82	0,425	0,88	6	15	1	(P)
10	18(82%)	0,82	0,425	0,88	20(91%)	0,91	0,338	0,88	19(86%)	0,86	0,575	0,88	16	5	1	(P)
11	18(82%)	0,82	0,425	0,87	21(95%)	0,95	0,137	0,92	22(100%)	1,00	1,000	0,92	3	19	-	(P)
12	18(82%)	0,82	0,425	0,88	22(100%)	1,00	1,000	0,93	22(100%)	1,00	1,000	0,91	5	17	-	(P)
13	19(86%)	0,86	0,575	0,88	22(100%)	1,00	1,000	0,91	22(100%)	1,00	1,000	0,91	3	19	-	(P)
14	18(82%)	0,82	0,425	0,87	21(95%)	0,95	0,137	0,93	20(91%)	0,91	0,338	0,89	3	19	-	(P)
15	14(64%)	0,64	0,011	0,79	18(82%)	0,82	0,425	0,85	18(82%)	0,82	0,425	0,85	6	16	-	(P)
16	16(73%)	0,73	0,100	0,79	19(86%)	0,86	0,575	0,86	18(82%)	0,82	0,425	0,85	11	11	-	(P)
17	17(77%)	0,77	0,226	0,84	20(91%)	0,91	0,338	0,94	19(86%)	0,86	0,575	0,92	12	10	-	(P)
18	14(64%)	0,64	0,011	0,79	22(100%)	1,00	1,000	0,96	21(95%)	0,95	0,137	0,93	12	10	-	(P)
19	20(91%)	0,91	0,338	0,90	21(95%)	0,95	0,137	0,93	21(95%)	0,95	0,137	0,92	17	5	-	(P)
20	16(73%)	0,73	0,100	0,83	21(95%)	0,95	0,137	0,91	19(86%)	0,86	0,575	0,89	16	6	-	(P)
21	20(91%)	0,91	0,338	0,93	21(95%)	0,95	0,137	0,92	21(95%)	0,95	0,137	0,91	21	1	-	(C)
22	22(100%)	1,00	1,000	0,93	22(100%)	1,00	1,000	0,94	22(100%)	1,00	1,000	0,92	21	1	-	(C)
23	19(86%)	0,86	0,575	0,88	18(82%)	0,82	0,425	0,89	18(82%)	0,82	0,425	0,89	20	2	-	(C)
24	17(77%)	0,77	0,226	0,84	22(100%)	1,00	1,000	0,96	21(95%)	0,95	0,137	0,92	21	1	-	(C)
25	20(91%)	0,91	0,338	0,89	22(100%)	1,00	1,000	0,95	20(91%)	0,91	0,338	0,91	19	3	-	(C)

Tabela 2- Avaliação dos juízes na validação dos itens do instrumento relativo à clareza, pertinência e relevância. Recife - PE, 2018 (continuação)

ITEM	Clareza* (n/%)	P‡	p†	CVC	Pertinência** (n/%)	P‡	p†	CVC	Relevância*** (n/%)	P‡	p†	CVC	Dimensão**** (C) (P) (C/P) (DA)			
26	20(91%)	0,91	0,338	0,90	21(95%)	0,95	0,137	0,91	21(95%)	0,95	0,137	0,93	15	7	-	(C)
27	21(95%)	0,95	0,137	0,90	21(95%)	0,95	0,137	0,93	22(100%)	1,00	1,000	0,93	19	3	-	(C)
28	16(73%)	0,73	0,100	0,84	22(100%)	1,00	1,00	0,92	21(95%)	0,95	0,137	0,92	19	2	1	(C)
29	17(77%)	0,77	0,226	0,84	22(100%)	1,00	1,000	0,91	21(95%)	0,95	0,137	0,91	21	1	-	(C)
30	19(86%)	0,86	0,575	0,87	21(95%)	0,95	0,137	0,90	20(91%)	0,91	0,338	0,90	16	6	-	(C)

†p-valor; P‡: teste binomial; CVC (Coeficiente de Validação de Conteúdo).

Clareza*: número de juízes que consideraram o item como muito claro/muitíssimo claro;

Pertinência**: número de juízes que declararam o item como muito pertinente/muitíssimo pertinente;

Relevância***: número de juízes que mencionaram o item como muito relevante/muitíssimo relevante.

Dimensão****: número de juízes que concordaram que o item pertence aos domínios: (C) - Comportamento materno; (P) Prática alimentar (CP) - Comportamento materno/Prática alimentar; (DP) domínio estabelecido pelo autor.

CVC final da primeira versão da escala: clareza (0,85); pertinência (0,91); relevância (0,89).

CVC final da segunda versão da escala: clareza (0,87); pertinência (0,92); relevância (0,91)

Recife -PE, 2018

Itens da primeira versão da escala	Considerações/sugestões dos juízes	Itens da segunda versão da escala
1- Eu sou capaz de amamentar meu bebê exclusivamente até o sexto mês	Juíz 1- retirar a expressão eu sou capaz e substituir por estou preparada/ motivada. (Sugestão não acatada). Juiz 2- o “Sexto mês” significa 5 a 6 meses. Substituir expressão por “até seis meses de idade.” (Sugestão aceita). Juízes 4,7,11,13,16,18,20- esclarecer o que é aleitamento materno exclusivo. (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de amamentar meu bebê até os seis meses de idade, sem dar água, chá, outros leites ou qualquer outro alimento.
2- Eu consigo amamentar meu bebê numa posição confortável	Juíz 3,16- “item poderia ser retirado por ser pouco relevante e descontextualizado.” (Sugestão não acatada). Juiz 10- introduzir o tempo de 48hs após o parto. (Sugestão não acatada). Juiz 5,17- “item não deixa claro para quem a posição é confortável.” (Sugestão aceita). Juiz 18 –“a posição deveria ser confortável tanto pra mãe quanto para o bebê.” (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de amamentar em uma posição confortável para mim e meu bebê.
3- Eu sou capaz de introduzir alimentos complementares ao leite materno a partir do sexto mês	Juíz 2,3,11,13,19,20,22- o termo “alimentos complementares” é de difícil compreensão para as mães. Sugeriram definir o termo. (Sugestão aceita) Juiz 1- questionou se as mães sabem quais seriam os alimentos complementares adequados. (Sugestão parcialmente aceita). Juiz 15- trocar “alimentos complementares” por “outros alimentos.” (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de dar leite materno e outros alimentos saudáveis ao meu filho a partir dos seis meses de idade.
4- Eu sou capaz de continuar amamentando meu filho até os dois anos	Juíz 2- inserir até os “dois anos de idade.” (Sugestão aceita). Juiz 12,16- inserir o termo “até os dois anos ou mais” (sugestão aceita).	Eu sou capaz de continuar amamentando meu filho até os dois anos de idade ou mais.
5- Eu sou capaz de oferecer ao meu filho alimentos amassados ou cortados	Juíz 1- retirar cortados e colocar desfiados, moídos. (Sugestão parcialmente aceita). Juiz 2,22- definir a idade para alimentos amassados (a partir do sexto mês). (Sugestão não acatada). Juiz 12- acrescentar “cortado em pedaços.” (Sugestão não acatada). Juiz 16- acrescentar que os alimentos não devem ser batidos ou liquidificados.	Eu sou capaz de dar alimentos amassados, desfiados ou cortados de acordo com a idade do meu filho.

	(Sugestão não acatada). Juiz 22- acrescentar itens com a consistência recomendada de acordo com as fases de desenvolvimento da criança. (Sugestão não acatada).	
6- Eu consigo oferecer a alimentação do meu filho com uma colher	Juiz 1- substituir ou excluir a expressão eu consigo por a expressão “Eu consigo” por “motivada/ determinada.” (Sugestão não acatada). Juiz 3,16- acrescentar: “oferecer com a colher ou deixá-lo explorar o alimento com as mãos.” (Sugestão não acatada). Juiz 18- acrescentar “desde o início” da alimentação. (Sugestão não acatada). Juiz 22- acrescentar: “utilizando uma colher.” (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de dar comida ao meu filho com uma colher.
7 - Eu consigo separar um prato para alimentar meu filho	Juiz 2, 3, 8, 10, 16, 18, 19, 20- questionaram a falta de clareza do termo “separar um prato”. “Separar uma porção?” “Separar o utensílio?” “Avaliar se o prato é de tamanho ideal?” Juiz 9,10 – acrescentar “servir o alimento ao meu filho em um prato separado só para ele.” (Sugestão acatada). Juiz 22- modificar para: “Eu consigo separar um prato para utilizar na alimentação do meu filho.” (Sugestão não acatada).	Item excluído CVC baixo
8- Eu sou capaz de oferecer líquidos ao meu filho num copo	Juiz 2,12,16,18- especificar que o líquido adequado antes de um ano é a água. (Sugestão acatada). Juiz 21- Completar: “a partir do sexto mês.” (Sugestão acatada). Juiz 2- modificar para: “Eu sou capaz de oferecer água num copo ao meu filho após seis meses de idade”. (Sugestão acatada).	Eu sou capaz de dar água ao meu filho em um copo ou xícara após seis meses de idade.
9- Eu consigo oferecer água filtrada, fervida ou mineral ao meu filho	Juiz 12- excluir o termo “água mineral.” (Sugestão não acatada). Juiz 13- questionou se o termo “água mineral” era compreensível para todas as mães. (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de dar água filtrada, fervida ou mineral ao meu filho após seis meses de idade.
10- Eu sempre posso preparar em casa os alimentos consumidos por meu filho	Juiz 5- substituir “consumir” por “comer.” (Sugestão acatada). Juiz 3,16 - referiram que a criança pode comer alimentos caseiros sem ser na sua própria casa. (Sugestão acatada). Juiz 7 - substituir a palavra “sempre” por “frequentemente.” (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de dar comidas preparadas em casa ao meu filho

11- Eu consigo oferecer ao meu filho alimentos rico em ferro (ex: folhas verdes, carnes, fígado e outras vísceras)	Juiz 7- incluir o feijão. (Sugestão não acatada). Juiz 13- nomear as carnes e vísceras e folhas verdes. (Sugestão parcialmente aceita). Juiz 16- inserir a palavra diariamente (sugestão parcialmente aceita) e nomear os alimentos de maior para menor concentração de ferro. (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de dar alimentos ricos em ferro (ex: carnes, fígado, coração, moela folhas verdes escuras) ao meu filho todos os dias.
12- Eu sou capaz de oferecer diariamente ao meu filho frutas e legumes	Juiz 7, 12- dividir o item em dois. (Sugestão aceita). Juiz 18- substituir o termo “diariamente” por “todos os dias.” (Sugestão aceita). Juiz 6- acrescentar “mais de uma vez ao dia.” (Sugestão não acatada). Juiz 21- exemplificar os alimentos. (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de dar frutas ao meu filho todos os dias. Eu sou capaz de dar legumes e verduras (ex: jerimum, acelga, alface, beterraba, cenoura, chuchu, pimentão, tomate) ao meu filho todos os dias.
13- Eu consigo oferecer ao meu filho ovos e carne (boi, frango, peixe, fígado e outras vísceras)	Juiz 12,13,16- inserir a palavra diariamente. (Sugestão aceita). Juiz 13,18- exemplificar as vísceras. (Sugestão aceita). Juiz 6 - acrescentar a palavra “desfiados” e não “triturados.” (Sugestão não aceita).	Eu sou capaz de dar ovos, carnes (ex: boi, frango, peixe) ou miúdos (ex: fígado, moela, coração) ao meu filho todos os dias.
14- Eu consigo oferecer ao meu filho uma alimentação com grãos, raízes e tubérculos (ex: arroz, feijão, mandioca, batata doce, beterraba, cenoura, batata inglesa, inhame)	Juiz 16,19 - inserir o termo diariamente. (Sugestão aceita). Juiz 3- reescrever com exemplos mais próximos dos grupos alimentares. (Sugestão aceita). Juiz 5- reescrever o item: “Eu consigo oferecer ao meu filho uma alimentação variada” (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de dar feijão, cereais (ex: arroz, milho), raízes e tubérculos (ex: batata inglesa, batata doce, macaxeira, inhame, cará) ao meu filho todos os dias.
15- Eu posso oferecer ao meu filho leite e derivados (queijo, iogurte)	Juiz 1,15- “não fica claro se é pertinente devido à questão 17.” (Sugestão aceita). Juiz 1, 2. “a oferta de leite e derivados não é necessária se a criança ainda mama peito.” (Sugestão aceita). Juiz 6, 15, 16- alimentos contraindicados antes de um ano de idade. (Sugestão aceita). Juiz 13- afirmativa em divergência com item 18. Queijos e iogurtes são	Item excluído

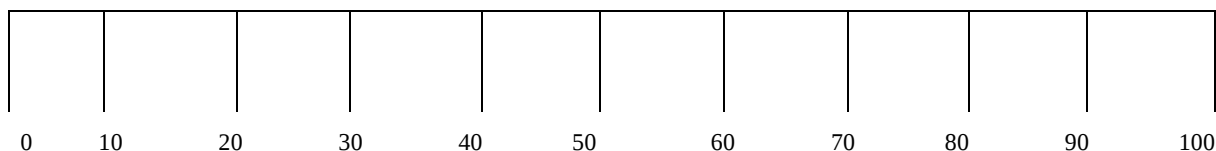
	industrializados. (Sugestão aceita). Juiz 1,2,13- Retirar item.	
16- Eu sou capaz de evitar oferecer mel ao meu filho antes do primeiro ano de vida	Juiz 5,14,19- “sentença negativa pode confundir a mãe.” (Sugestão não acatada). Juiz 16- reescrever: “Eu sou capaz de não oferecer mel... antes de 2 anos de idade.” (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de não dar mel ao meu filho antes de um ano de idade.
17- Eu sou capaz de evitar que meu filho consuma leite de vaca antes do primeiro ano de vida	Juiz 2- Substituir consumir por tomar. (Sugestão não acatada). Juiz 5- “sentença negativa pode confundir a mãe.” (Sugestão não acatada). Juiz 6,12,16- item em divergência teórica com o item 15. (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de não dar leite de vaca líquido ou em pó ao meu filho antes de um ano de idade.
18- Eu posso evitar que meu filho consuma alimentos industrializados/ultraprocessados	Juiz 1,3,11,13,16,18,19- explicar os termos “industrializados/ultraprocessados” pois são pouco compreensíveis para as mães. (Sugestão aceita). Juiz 2, 18, 19, 20 - exemplificar os alimentos industrializados/ultraprocessados. (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de não dar alimentos que fazem mal à saúde do meu filho (ex: açúcar, café, salsicha, enlatados, frituras, refrigerantes, doces, achocolatados, salgadinhos, biscoito recheado, iogurte industrializado, macarrão instantâneo).
19- Eu sempre sou capaz de lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de oferecer à refeição ao meu filho	Juiz 12- desmembrar o item em dois. (Sugestão não acatada). Juiz 20- inserir o termo sabão/sabonete. (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de dar comida ao meu filho.
20- Eu consigo alimentar	Juiz 1 – substituir a palavra “aceitação” por outra de fácil compreensão. (Sugestão	Eu sou capaz de dar os

meu filho quando está doente respeitando sempre sua aceitação	aceita). Juiz 2- reescrever a sentença: “Eu consigo alimentar meu filho quando está doente respeitando sempre sua aceitação.” (Sugestão não acatada). Juiz 3 - suprimir a palavra “sempre.” (Sugestão aceita). Juiz 5- substituir “aceitação” por “apetite.” (Sugestão aceita). Juiz 18- acrescentar “alimentos preferidos.” (Sugestão aceita).	alimentos preferidos (saudáveis) do meu filho quando ele está doente, respeitando seu apetite.
21- Eu sou capaz de reconhecer quando meu filho está com fome	Juiz 18- substituir “eu sou capaz” por “consigo.” (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de reconhecer quando meu filho está com fome.
22- Eu consigo reconhecer os sinais de que meu filho não quer mais comer	Juiz 2- reescrever item: “Eu consigo reconhecer os sinais de que meu filho está satisfeito e não quer mais comer.” (Sugestão aceita). Juiz 16- acrescentar o termo “já está satisfeito.” (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de reconhecer os sinais de que meu filho está satisfeito e não quer mais comer.
23- Eu consigo alimentar meu filho sem estar distraída com outros afazeres	Juiz 16- reescrever o item: “Eu sou capaz de alimentar meu filho com total atenção, sem estar distraída com outros afazeres.” (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de alimentar meu filho com atenção, sem me distrair com outras coisas (ex: celular, televisão, tarefas domésticas).
24- Eu sou capaz de conversar e interagir positivamente com meu filho no momento em que estou oferecendo sua refeição	Juiz 2, 5, 11, 13, 18- referiram que termo “interagir positivamente” é de difícil compreensão para as mães. (Sugestão acatada). Juiz 14- substituir o termo “interagir positivamente” por “estimular.” (Sugestão acatada). Juiz 18- exemplificar tipos de interação da mãe-bebê no momento da alimentação (ex: falar nome dos alimentos, dos utensílios). (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de conversar e estimular meu filho (ex: dizendo nomes e cores dos alimentos) no momento em que estou dando a comida para ele.
25- Eu posso evitar alimentar meu filho em frente à televisão, celular	Juiz 12,15, 20- substituir o termo “eu posso” por: “Eu sou capaz”. (Sugestão aceita). Juiz 16- substituir o termo “evitar” por “eu consigo alimentar meu filho sem utilizar recursos como televisão, tablete ou celular. (Sugestão parcialmente aceita).	Eu sou capaz de não distrair meu filho com televisão, celular ou tablet no momento

ou tablet		em que estou dando comida para ele.
26- Eu sou capaz de oferecer um novo alimento por pelo menos 10 vezes antes de afirmar que meu filho não gosta dele	Juiz 10- enfatizar a oferta do alimento 10 vezes de forma diferente. (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de dar um novo alimento, por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele.
27- Eu posso estimular meu filho a comer sozinho	Juiz 15- manter o termo “eu sou capaz.” (Sugestão aceita). Juiz 19- “Acredito que este aspecto é altamente influenciado pela idade da criança.” (Sugestão aceita)	Eu sou capaz de ajudar meu filho a comer com sua própria mão a partir de um ano de idade.
28- Eu sempre evito pressionar meu filho a comer alimentos quando ele não quer	Juiz 3 - suprimir o “sempre.” (Sugestão aceita). Juiz 5, 16- Substituir o termo “eu sempre Evito”. Frase confusa. (Sugestão acatada) Juiz 18- substituir a palavra “pressionar” por obrigar (Sugestão não acatada) Juiz 19- substituir “pressionar” por “forçar”. (Sugestão aceita) Juiz 16- reescrever: “eu sou capaz de alimentar meu filho sem pressioná-lo a comer quando ele não quer.” (Sugestão aceita)	Eu sou capaz de alimentar meu filho sem forçá-lo a comer quando ele não quer.
29- Eu sou capaz de não usar o alimento para acalmar ou recompensar meu filho	Juiz 2, 19- “sentença negativa pode confundir a mãe.” (Sugestão não acatada). Juiz 5- trocar o termo “alimento” por “comida.” (Sugestão não acatada). Juiz 22- “existem situações em que a mãe usa a alimentação como forma de pressionar a criança, é preciso contemplar também essa questão.” (Sugestão não acatada).	Eu sou capaz de não usar alimentos para acalmar ou recompensar meu filho.
30- Eu consigo manter uma alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho	Juiz 2- reescrever o item: “Eu consigo ter uma alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho.” (Sugestão aceita). Juiz 5- “Não está claro se alimentação saudável é da mãe.” (Sugestão aceita). Juiz 12, 16- Destacar que a alimentação saudável é da mãe. (Sugestão aceita).	Eu sou capaz de manter minha alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho.

Os itens a seguir irão avaliar sua confiança e capacidade de realizar com sucesso ações que promovem a alimentação saudável do seu filho, desde o nascimento até os dois anos de vida. A seguir, avalie e classifique seu grau de confiança para realizar cada tarefa. Marque em cada quadrado em branco o número entre 0 e 100 correspondente à sua confiança. Não existe uma resposta certa ou errada.

Quadro 7- Segunda versão da escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente.
Recife- PE, 2018.



Itens da escala		Nível de confiança (0-100)
Eu sou capaz de...		
Domínio: Prática alimentar		
1	Amamentar meu bebê até os seis meses de idade, sem dar água, chá, outros leites ou qualquer outro alimento.	
2	Amamentar em uma posição confortável para mim e meu bebê.	
3	Dar leite materno e outros alimentos saudáveis ao meu filho a partir dos seis meses de idade.	
4	Continuar amamentando meu filho até os dois anos de idade ou mais.	
5	Dar alimentos amassados, desfiados ou cortados de acordo com a idade do meu filho.	
6	Dar comida ao meu filho com uma colher.	
7	Dar água filtrada, fervida ou mineral ao meu filho após seis meses de idade.	
8	Dar água ao meu filho em um copo ou xícara após seis meses de idade.	
9	Dar comidas preparadas em casa ao meu filho	
10	Dar alimentos ricos em ferro (ex: carnes, fígado, coração, moela folhas verdes escuras) ao meu filho todos os dias.	
11	Dar frutas ao meu filho todos os dias.	
12	Dar legumes e verduras (ex: jerimum, acelga, alface, beterraba, cenoura,	

	chuchu, pimentão, tomate) ao meu filho todos os dias.	
13	Dar ovos, carnes (ex: boi, frango, peixe) ou miúdos (ex: fígado, moela, coração) ao meu filho todos os dias.	
14	Dar feijão, cereais (ex: arroz, milho), raízes e tubérculos (ex: batata inglesa, batata doce, macaxeira, inhame, cará) ao meu filho todos os dias.	
15	Não dar mel ao meu filho antes de um ano de idade.	
16	Não dar leite de vaca líquido ou em pó ao meu filho antes de um ano de idade.	
17	Não dar alimentos que fazem mal à saúde do meu filho (ex: açúcar, café, salsicha, enlatados, frituras, refrigerantes, doces, achocolatados, salgadinhos, biscoito recheado, iogurte industrializado, macarrão instantâneo).	
18	Lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de dar comida ao meu filho.	
19	Dar os alimentos preferidos (saudáveis) do meu filho quando ele está doente, respeitando seu apetite.	
Domínio: Comportamento materno		
20	Reconhecer quando meu filho está com fome.	
21	Reconhecer os sinais de que meu filho está satisfeito e não quer mais comer.	
22	Alimentar meu filho com atenção, sem estar distraída com outras coisas (ex: celular, televisão, tarefas domésticas).	
23	Conversar e estimular meu filho (ex: dizendo nomes e cores dos alimentos) no momento em que estou dando a comida para ele.	
24	Não distrair meu filho com televisão, celular ou tablet no momento em que estou dando comida para ele.	
25	Dar um novo alimento, por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele.	
26	Ajudar meu filho a comer com sua própria mão a partir de um ano de idade.	
27	Alimentar meu filho sem forçá-lo a comer quando ele não quer.	
28	Não usar alimentos para acalmar ou recompensar meu filho.	
29	Manter minha alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho.	

4.5 Validação semântica

A amostra final foi composta por trinta mães. Uma mulher foi excluída (e substituída) por apresentar dificuldade no preenchimento da escala mesmo com auxílio do entrevistador. As mães tinham idade entre 18 a 42 anos com média de 26,3 anos ($DP \pm 6,7$), 21 possuíam oito anos ou mais de estudo, seis eram casadas e 18 viviam em união consensual. A maioria morava em casa (29), utilizava água mineral para beber (28), vivia com o companheiro (25), não trabalhava fora de casa (24), tinha renda familiar de até um salário mínimo (23), possuía mais de um filho (18), recebia benefício do programa Bolsa Família (17) e possuía imóvel próprio (19).

Tabela 3- Características socioeconômicas e cuidados das mães com a alimentação de crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde. Recife - PE, 2018

Variáveis	n	%
Idade materna		
< 20 anos	6	20
≥ 20anos	24	80
Anos de estudo		
< 8 anos	9	30
≥ 8anos	21	70
Estado civil		
Casada	6	20
Solteira	6	20
União Consensual	18	60
Presença do companheiro		
Sim	25	83,3
Não	5	16,7
Trabalho materno fora de casa		
Sim	6	20
Não	24	80
Bolsa família		
Sim	17	56,7
Não	13	43,3
Renda familiar (em salários mínimos)*		
≤1	23	85%
>1	4	15%
Números de filhos		
1	12	40
>1	18	60
Tipo de moradia		
Casa	29	96,7
Apartamento	1	3,3

Tabela 3 - Características socioeconômicas e cuidados das mães com a alimentação de crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde. Recife - PE, 2018 (continuação)

Variáveis	n	%
Regime de ocupação da moradia		
Alugada	7	23,3
Própria	19	63,3
Outros	4	13,3
Tratamento da água de beber		
Fervida	1	3,3
Mineral	28	93,3
Outros	1	3,3
Oferta dos alimentos pela mãe		
Sim	30	100
Não	-	-
Preparo dos alimentos pela mãe		
Sim	25	83,3
Não	5	16,7
Compra dos alimentos pela mãe		
Sim	15	50
Não	15	50

* valor do salário mínimo: R\$ 954,00; 3 casos ignorados.

Em relação à criança, a média de idade era de 13,3 meses ($DP \pm 5,94$), 16 eram do sexo masculino, 21 e 25 nasceram com idade gestacional entre 37 e 42 semanas e peso adequado ao nascer, respectivamente. Na maioria das vezes a mãe era a principal responsável por comprar [15], preparar [25] e oferecer [30] o alimento ao filho. Vinte e uma crianças já consumiam a alimentação da família (**Tabela 4**).

Tabela 4- Características das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde. Recife-PE, 2018

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	16	53,3
Feminino	14	46,7
Idade atual da criança (meses)		
<12	12	13,3
12- 23	18	73,3
Peso ao nascer em gramas*		
< 2500	1	3,9
≥ 2500	25	96,1
Classificação segundo idade gestacional		
Pré-termo	7	23,3
Termo	21	70,0
Pós-termo	2	6,7

Tabela 4- Características das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde. Recife-PE, 2018 (continuação)

Variáveis	n	%
Alimentação atual		
Aleitamento materno e alimentação complementar	6	20%
Aleitamento artificial e alimentação complementar	3	10,0
Alimentação da família e aleitamento materno	11	36,7
Alimentação da família	10	33,3

*4 casos ignorados.

A média do Índice de Concordância após validação semântica foi de 0,96 pontos (Tabela 5). Nessa etapa, os itens que obtiveram menor pontuação foram 15, 16, 28 com IC de 0,77; 0,70; 0,60, respectivamente. Contudo, não foram excluídos, pois os especialistas julgaram adequados e atingiram CVC satisfatório nos critérios pertinência e relevância na etapa de validação de conteúdo.

A dificuldade de compreensão das mães com o item 15 foi à sentença negativa. Quando o entrevistador esclarecia a frase de modo afirmativo, rapidamente as participantes assimilavam a ideia. Por este motivo, as questões 15, 16, 17, 24, 28 foram modificadas e redigidas afirmativamente para proporcionar melhor entendimento e uniformizar a redação da escala (Quadro 8). Outro impedimento encontrado na questão 15 foi que algumas mães confundiram a palavra “mel” com lambedor caseiro. Optou-se por acrescentar o termo “mel de abelha” a fim de minimizar possibilidade de equívocos.

No item 28 (IC=0,60), o termo “usar o alimento” foi pouco claro para as mães. Portanto, o vocábulo foi excluído e o item modificado para facilitar o entendimento. Como há duas proposições distintas numa mesma sentença (“acalmar”, “recompensar”), o item foi dividido para adequada avaliação. No quesito 19, algumas mães sugeriram mudar a ordem da frase para favorecer a compreensão. A sugestão foi aceita e o item alterado mesmo apresentando com IC satisfatório (0,97).

Em relação a avaliação da confiança materna, os itens que obtiveram menor pontuação foram: 1- “Amamentar meu bebê até os seis meses de idade, sem dar água, chá, outros leites ou qualquer outro alimento”; 4- “Continuar amamentando meu filho até os dois anos de idade ou mais”; 16- “Não dar leite de vaca líquido ou em pó ao meu filho antes de um ano de idade” 17- “Não dar alimentos que fazem mal à saúde do meu filho”; 25- “Dar um novo alimento, por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele”, com médias de 67, 59, 58, 67, 68 pontos, respectivamente (Tabela 5).

Tabela 5 - Média do escore da confiança materna e Índice de Concordância dos itens da escala. Recife - PE, 2018

Itens	IC	Confiança (0-100)
1. Amamentar meu bebê até os seis meses de idade, sem dar água, chá, outros leites ou qualquer outro alimento.	1,00	67
2. Amamentar em uma posição confortável para mim e meu bebê.	1,00	87
3. Dar leite materno e outros alimentos saudáveis ao meu filho a partir dos seis meses de idade.	0,97	87
4. Continuar amamentando meu filho até os dois anos de idade ou mais.	1,00	59
5. Dar alimentos amassados, desfiados ou cortados de acordo com a idade do meu filho.	1,00	96
6. Dar comida ao meu filho com uma colher.	1,00	96
7. Dar água filtrada, fervida ou mineral ao meu filho após seis meses de idade.	1,00	96
8. Dar água ao meu filho em um copo ou xícara após seis meses de idade.	1,00	78
9. Dar comidas preparadas em casa ao meu filho	1,00	80
10. Dar alimentos ricos em ferro (ex: carnes, fígado, coração, moela folhas verdes escuras) ao meu filho todos os dias.	1,00	98
11. Dar frutas ao meu filho todos os dias.	1,00	76
12. Dar legumes e verduras (ex: jerimum, acelga, alface, beterraba, cenoura, chuchu, pimentão, tomate) ao meu filho todos os dias.	1,00	85
13. Dar ovos, carnes (ex: boi, frango, peixe) ou miúdos (ex: fígado, moela, coração) ao meu filho todos os dias.	1,00	80
14. Dar feijão, cereais (ex: arroz, milho), raízes e tubérculos (ex: batata inglesa, batata doce, macaxeira, inhame, cará) ao meu filho todos os dias.	1,00	75
15. Não dar mel ao meu filho antes de um ano de idade.	0,77	81

Tabela 5- Média do escore da confiança materna e Índice de Concordância dos itens da escala. Recife-PE, 2018 (continuação)

Itens	IC	Confiança (0-100)
16. Não dar leite de vaca líquido ou em pó ao meu filho antes de um ano de idade.	0,70	58
17. Não dar alimentos que fazem mal à saúde do meu filho (ex: açúcar, café, salsicha, enlatados, frituras, refrigerantes, doces, achocolatados, salgadinhos, biscoito recheado, iogurte industrializado, macarrão instantâneo).	0,97	67
18. Lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de dar comida ao meu filho.	1,00	91
19. Dar os alimentos preferidos (saudáveis) do meu filho quando ele está doente, respeitando seu apetite.	0,97	94
20. Reconhecer quando meu filho está com fome.	1,00	98
21. Reconhecer os sinais de que meu filho está satisfeito e não quer mais comer	1,00	99
22. Alimentar meu filho com atenção, sem estar distraída com outras coisas (ex: celular, televisão, tarefas domésticas).	1,00	81
23. Conversar e estimular meu filho (ex: dizendo nomes e cores dos alimentos) no momento em que estou dando a comida para ele.	1,00	82
24. Não distrair meu filho com televisão, celular ou tablet no momento em que estou dando comida para ele.	1,00	89
25. Dar um novo alimento, por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele.	0,93	68
26. Ajudar meu filho a comer com sua própria mão a partir de um ano de idade.	1,00	89
27. Alimentar meu filho sem forçá-lo a comer quando ele não quer.	0,93	86
28. Não usar alimentos para acalmar ou recompensar meu filho.	0,60	77
29. Manter minha alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho.	1,00	75

Quadro 8- Itens da escala aplicada às mães que foram modificados na validação de semântica. Recife - PE, 2018

Itens (2ª versão da escala)	Observações feitas pelo pesquisador durante entrevista	Itens modificados
15 - Não dar mel ao meu filho antes de um ano de idade.	Houve um equívoco de significado entre lambedor caseiro e mel. Sentença negativa trouxe dificuldade na compreensão da questão.	Dar mel de abelha ao meu filho somente após um ano de idade.
16 - Não dar leite de vaca líquido ou em pó ao meu filho antes de um ano de idade.	Sentença negativa trouxe dificuldade na compreensão da questão. A mães associaram o leite de vaca apenas ao leite líquido e não ao em pó.	Dar leite de vaca em pó ou líquido somente ao meu filho após um ano de idade
19 - Dar os alimentos preferidos (saudáveis) do meu filho quando ele está doente, respeitando seu apetite.	A mudança na ordem da frase facilitou a compreensão da questão pelas mães.	Respeitar o apetite do meu filho quando ele está doente oferecendo seus alimentos preferidos (saudáveis).
24 - Não distrair meu filho com televisão, celular ou tablet no momento em que estou dando comida para ele.	Sentença negativa trouxe dificuldade na compreensão da questão.	Dar comida ao meu filho sem distraí-lo com televisão, celular ou tablet.
25 - Dar um novo alimento, por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele.	Para adequada interpretação da questão, por parte das mães, foi necessário acrescentar a palavra “insistir”.	Dar um novo alimento e insistir por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele.
28 - Não usar alimentos para acalmar ou recompensar meu filho	Sentença negativa trouxe dificuldade na compreensão da questão pelas mães. O termo “usar o alimento” foi pouco claro para as mães.	Acalmar meu filho quando estiver chorando sem oferecer alimentos quando não estiver com fome.
		Dar a comida ao meu filho sem a intenção de recompensá-lo por alguma coisa boa que fez

10	Dar alimentos ricos em ferro (ex: carnes, fígado, coração, moela folhas verdes escuras) ao meu filho todos os dias.	
11	Dar frutas ao meu filho todos os dias.	
12	Dar legumes e verduras (ex: jerimum, acelga, alface, beterraba, cenoura, chuchu, pimentão, tomate) ao meu filho todos os dias.	
13	Dar ovos, carnes (ex: boi, frango, peixe) ou miúdos (ex: fígado, moela, coração) ao meu filho todos os dias.	
14	Dar feijão, cereais (ex: arroz, milho), raízes e tubérculos (ex: batata inglesa, batata doce, macaxeira, inhame, cará) ao meu filho todos os dias.	
15	Dar mel de abelha ao meu filho somente após um ano de idade.	
16	Dar leite de vaca em pó ou líquido ao meu filho somente após um ano de idade.	
17	Dar alimentos saudáveis, evitando aqueles que fazem mal à saúde do meu filho (ex: açúcar, café, salsicha, enlatados, frituras, refrigerantes, doces, achocolatados, salgadinhos, biscoito recheado, iogurte industrializado, macarrão instantâneo).	
18	Lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de dar comida ao meu filho.	
19	Respeitar o apetite do meu filho quando ele está doente oferecendo seus alimentos preferidos (saudáveis).	
Domínio: Comportamento materno		
20	Reconhecer quando meu filho está com fome.	
21	Reconhecer os sinais que meu filho está satisfeito e não quer mais comer.	
22	Alimentar meu filho com atenção, sem me distrair com outras coisas (ex: celular, televisão, tarefas domésticas).	
23	Conversar e estimular meu filho (ex: dizendo nomes e cores dos alimentos) no momento em que estou dando a comida para ele.	
24	Dar comida ao meu filho sem distraí-lo com televisão, celular ou tablet.	
25	Dar um novo alimento e insistir por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta dele.	
26	Ajudar meu filho a comer com sua própria mão a partir de um ano de idade.	
27	Alimentar meu filho sem forçá-lo a comer quando ele não quer.	

28	Acalmar meu filho quando estiver chorando sem oferecer alimentos quando não estiver com fome.	
29	Dar a comida ao meu filho sem a intenção de recompensá-lo por alguma coisa boa que fez.	
30	Manter minha alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho.	

*Essa escala se encontra em processo de conclusão das propriedades psicométricas e foi elaborada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFPE- Brasil. Sua reprodução só é permitida com autorização dos autores.
Autora para contato: Enfa. Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães. E-mail: viviclistenis@yahoo.com.br
Profa. Luciana Pedrosa Leal
Profa. Gabriela Cunha Shechtman Sette

5 DISCUSSÃO

5.1 Definição operacional

As ações maternas investigadas nos estudos abordam de maneira abrangente os aspectos da alimentação infantil propostos pela OMS. As publicações oriundas da revisão integrativa que identificaram o aleitamento materno exclusivo como a principal prática que promove a alimentação do lactente evidenciam sua relevância para adequado crescimento e desenvolvimento infantil¹².

Dentre os benefícios para a criança destacam-se a redução da mortalidade infantil por doenças infecto-contagiosas tais como a diarreia e a pneumonia, diminuição dos riscos de alergia, obesidade e doenças crônicas na idade adulta, fortalecimento do vínculo mãe/filho, melhor nutrição e desenvolvimento bucal e efeito positivo sobre a inteligência^{9' 17}.

Mesmo com inúmeras vantagens, maiores prevalências de aleitamento materno exclusivo foram encontradas em países de baixa renda. Isso ratifica que a amamentação é um dos poucos comportamentos positivos de saúde que predominam em países pobres. A amamentação deve se estender por dois anos ou mais visto que confere maior proteção à saúde materna e da criança. Contudo, essa prática foi mencionada em apenas dois estudos realizados na Etiópia¹⁷² e México¹⁷⁵, confirmando que após o primeiro ano o aleitamento materno é maior na África (sub-Saara) e partes da América Latina¹⁷.

Apenas um estudo¹⁵⁸ verificou o posicionamento materno durante o aleitamento. Porém, sabe-se que adequada postura deve ser adotada tanto pela mãe como o bebê a fim de evitar complicações mamárias, dores musculares, desconforto, alimentação insuficiente da criança reduzindo assim os riscos de desmame precoce²⁰¹.

Após o período do aleitamento materno exclusivo, o momento de introdução da alimentação complementar foi considerado oportuno na maioria dos estudos. Em contraste, pesquisas referem que os alimentos são introduzidos precocemente e podem acarretar agravos à saúde infantil como aumento da mortalidade, desnutrição e obesidade^{18' 19' 33' 202}. Uma metanálise de estudos prospectivos reforça a evidência de que a introdução de alimentos complementares antes dos 4 meses de idade foi associada a um risco aumentado de sobrepeso e obesidade na infância²⁸.

A alimentação complementar deve conter suficientes quantidades de macro e micronutrientes e ser composta por sete grupos alimentares (grãos, raízes e tubérculos; legumes e nozes; produtos lácteos; carnes; ovos; alimentos ricos em vitamina A; frutas e

vegetais)⁷⁵. Grãos, raízes e tubérculos contêm carboidratos e fibras além de vitaminas e minerais, como potássio, ferro, zinco, cálcio e vitaminas A, C e do complexo B. O leite e seus derivados possuem proteínas, cálcio, gorduras saturadas e especialmente vitamina A⁷⁶.

Frutas, vegetais e legumes são fontes de vitaminas, minerais e fibras. A ingestão de alimentos ricos em vitamina A é essencial para o funcionamento adequado do sistema imunológico, visão e maturação óssea⁷⁷. Níveis adequados dessa vitamina melhoram a integridade intestinal e, portanto, podem reduzir a gravidade de doenças diarreicas¹⁶. Ovos são ricos em proteínas, minerais e vitaminas, sobretudo as do complexo B. As carnes vermelhas são excelentes fontes de proteína e têm teor elevado de muitos micronutrientes, especialmente ferro, zinco e vitamina B12⁷⁶.

No entanto, as recomendações da OMS para um cardápio alimentar adequado não são amplamente seguidas. Há um inadequado consumo de frutas e legumes, ovos e carnes, alimentos ricos em ferro, déficit de ingestão de vitamina A. Os grupos alimentares mais ingeridos foram os cereais, grãos, raízes, tubérculos e produtos lácteos. Também foram incluídos na dieta os alimentos ultraprocessados. Esses achados estão em linha com outras pesquisas que mostram um baixo consumo de carnes, frutas, verduras, legumes, ingestão precoce de alimentos ultraprocessados, elevado consumo de sal^{18' 203} e de grãos, raízes e tubérculos²⁰⁴. Essas práticas alimentares inadequadas levam a maior incidência de deficiências nutricionais como anemia, hipovitaminose A, desnutrição e obesidade³³.

Quanto ao consumo de leite de vaca, os resultados indicaram que a maioria dos lactentes ingeriu esse alimento após 12 meses de idade. Esses achados foram de países de alta renda não retratando a realidade de outros países. No Brasil, a introdução do leite de vaca ocorre precocemente em substituição ao leite materno sendo um alimento amplamente consumido por crianças devido ao baixo custo financeiro^{19' 205}. É considerado muito alergênico para crianças e seu consumo tem sido associado ao desenvolvimento de atopias⁵⁴.

Além dos cuidados com uma dieta equilibrada faz-se necessária adequada higienização das mãos no preparo e manipulação dos alimentos. Os resultados mostram que a prática da lavagem das mãos foi insatisfatória. Corroborando com esses achados, estudo conduzido na Etiópia evidenciou que menos da metade das mães não higienizaram as mãos com água e sabão antes de preparar a refeição e alimentar seu filho. Essa prática foi associada a maior incidência de diarreia em crianças menores de 24 meses²⁰⁶.

Outro conceito avaliado para promoção da saúde do lactente foi a alimentação responsiva. Esta reflete a reciprocidade entre a criança e o cuidador no momento da refeição e está mais associada à formação de práticas alimentares saudáveis¹⁴. Dentre os aspectos

abordados, enumera-se: reconhecer as pistas de fome e plenitude da criança, conversar e não a distrair com aparelhos eletrônicos no período das refeições, alimentá-la com atenção, repetir seu apetite evitando forçá-la a comer, não utilizar o alimento para recompensar ou acalmar e estimular a criança a comer sozinha de acordo com seu desenvolvimento neuropsicomotor.

A responsividade permite maior entrosamento entre mãe e criança no momento da alimentação. Deve-se considerar que é uma ocasião para criar e manter preciosas oportunidades de sociabilidade²⁰⁷. Maior comunicação permite que a mulher reconheça com precisão os sinais de fome e saciedade favorecendo práticas alimentares saudáveis¹⁵. Esse processo se dá pela primeira prática materna: a amamentação. Nos EUA¹⁷⁶ e Reino Unido¹⁸⁸ mulheres que demonstraram maior reconhecimento desses sinais foram as que amamentaram por mais tempo. Pode-se inferir que o contato íntimo entre mãe e bebê, com intensa comunicação entre ambos, permite que a mulher alimente seu filho de acordo com as necessidades dele, favorecendo que esses padrões de relacionamento continuem após início da alimentação complementar.

No entanto, os resultados dos estudos revelam baixa interação entre mãe e filho na ocasião da alimentação^{178, 190}, destacando a utilização de aparelhos eletrônicos como um dos fatores que fragiliza essa relação. Em estudo realizado no estado de Santa Catarina²⁰⁸ com menores de 24 meses evidenciou que 33,7% das crianças assistiam televisão durante as refeições. Isso propicia o aumento no risco de sobrepeso e obesidade devido ao estímulo publicitário no consumo de alimentos com baixo valor nutricional. Além disso, a ingestão de alimentos ultraprocessados é maior à medida que aumenta o tempo gasto em frente à TV²⁰⁸.

Para fortalecer a reciprocidade, é importante que os cuidadores tornem as refeições em momentos prazerosos, com troca de afeto entre os envolvidos, por meio de contato visual, toques, sorrisos e conversa⁹. Há evidência de que mulheres que apresentaram maior interação com seus filhos, estes foram menos distraídos por estímulos externos¹⁸⁸.

A amamentação também é associada a menor capacidade de pressionar a criança a comer^{176, 185}. Isto se deve à maior responsividade materna em atender aos sinais de fome e saciedade da criança, visto que, esse processo é fortalecido na manutenção do aleitamento materno e se estende na alimentação complementar. Há indícios de que quanto menor a pressão materna na ingestão de um determinado alimento no primeiro ano de vida da criança, maior será o seu consumo aos dois anos de idade¹⁹⁷. Quando a criança é obrigada a consumir a refeição, ela pode deixar de valorizar os seus estímulos internos de saciedade e perder o interesse em se comunicar com os pais³¹.

Em relação a estimular à criança a comer sozinha, percebe-se que crianças mais novas são alimentadas com auxílio. Infere-se que as mães evitam deixar os filhos se alimentarem sozinhos com receio de que eles brinquem com a comida, demorem a terminar a refeição, sujem o ambiente e não consumam a quantidade adequada de alimentos que julgam ser necessária. Contudo, a criança a partir de um ano de idade, deve ser incentivada a comer sozinha e supervisionada ativamente pelo cuidador⁸⁰.

Outra prática importante é os pais serem os modelos sociais dos filhos em relação a hábitos alimentares saudáveis. Portanto, os pais são os primeiros educadores nutricionais da criança e isso se refletirá nos hábitos alimentares adquiridos por ela. A rotina familiar pode desempenhar um papel crucial no comportamento alimentar infantil desde uma idade muito precoce¹⁹⁷. A modelagem inclui comportamentos como demonstrar entusiasmo e comer os alimentos saudáveis na frente das crianças, incluindo aqueles de menor preferência²⁰⁹.

5.2 Validação de conteúdo

A primeira versão da escala composta por 30 itens e dois domínios foi validada em seu conteúdo por juízes com vasta experiência e expertise comprovada pelas atividades docentes e de pesquisas, as quais contribuíram para avaliação minuciosa do instrumento propiciando maior credibilidade ao processo²¹⁰. A maioria dos itens foi considerada adequada e atingiu CVC aceitável^{67, 211}. Aqueles julgados inadequados foram reformulados mediante sugestões, a fim de torná-los mais claros e compreensíveis à população-alvo.

O instrumento está ancorado na Teoria da Autoeficácia e contempla práticas maternas recomendadas pela OMS para promoção da alimentação do lactente tais como aleitamento materno, cardápio variado, consistência adequada, cuidados higiênicos, não oferta de alimentos contraindicados bem como particularidades da alimentação responsiva⁹.

Dentre as orientações para promoção da alimentação do lactente, está o aleitamento materno como uma prática a ser iniciada dentro da primeira hora de vida do bebê. Este tempo é crucial para estimular precocemente o contato pele a pele entre mãe e bebê, favorecendo estímulos sensoriais que liberam ocitocina materna – hormônio responsável pela contração das células mioepiteliais que envolvem o alvéolo mamário – responsável pela ejeção do leite¹². Com aumento da ocitocina, a temperatura da pele da mama da mãe se eleva fornecendo calor à criança, ampliando a capacidade de resposta social e a interação com o bebê. É capaz de diminuir a ansiedade da mulher, aumentar as contrações uterinas, reduzindo assim, o sangramento puerperal¹⁶.

Fortalecer o vínculo mãe e filho, reduzir a mortalidade infantil por doenças infecto-contagiosas, diminuir riscos de obesidade e doenças crônicas na idade adulta, exercer efeito positivo sobre a inteligência e nutrir adequadamente o bebê são alguns benefícios do leite materno¹⁷.

Essa prática foi verificada no primeiro item da escala - “Eu sou capaz de amamentar meu bebê exclusivamente até o sexto mês”. Este foi considerado pelos juízes como relevante e pertinente, no entanto, apresentou inadequação no quesito clareza. O aleitamento materno exclusivo é quando a criança recebe somente leite materno, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de soluções medicamentosas¹⁰. Os juízes entenderam que a mãe poderia não compreender o termo “exclusivo”. No entanto, verificou-se que a maioria das mães sabe o que significa aleitamento materno exclusivo^{212’ 213}. Contudo, as sugestões dos especialistas foram aceitas, o item reescrito e retirado o termo “exclusivamente” para facilitar a compreensão.

A vivência da prática do aleitar de maneira prazerosa, na maioria das vezes, exige que a mulher assuma uma postura correta. Para isso, é necessário que ela escolha uma posição confortável, relaxada, oferecida pelo apoio nos pés acima do nível do chão. Também é fundamental que a criança esteja aconchegada com seu rosto de frente para a mama, nariz na altura do mamilo, corpo junto ao da mãe, de modo que a cabeça e o tronco permaneçam alinhados. O posicionamento adequado entre mãe e bebê reduz o desconforto físico e facilita a pega correta favorecendo a prática da amamentação¹². Por isso, a postura da mulher foi avaliada no item 2 - “Eu consigo amamentar meu bebê numa posição confortável”. A maioria dos juízes considerou a sentença como relevante, porém apresentou CVC insatisfatório no quesito pertinência. Alguns avaliadores sugeriram retirar o item por ser irrelevante e descontextualizado do instrumento. Apesar disso, o item foi mantido na escala por apresentar clareza e relevância adequadas¹².

Após o período dos seis meses, oferecendo apenas leite materno, deve-se introduzir novos alimentos. Nesse momento, a criança atinge maturidade fisiológica e neuromuscular que a torna capaz de receber, mastigar e digerir os alimentos⁵⁴. A prática da alimentação complementar foi contemplada no item 3 - “Eu sou capaz de introduzir alimentos complementares ao leite materno a partir do sexto mês”. O vocábulo “alimentos complementares” foi substituído por “outros alimentos saudáveis”, pois os juízes alegaram que a expressão “alimentos complementares” é de difícil compreensão para as mães. Contudo, o item foi avaliado como relevante e pertinente pelos juízes em virtude do leite materno, após o sexto mês de vida, não ser suficiente para atender as necessidades nutricionais da criança

devendo ser complementado com outros alimentos²¹⁴. Então, foram realizadas as alterações cabíveis para que haja clareza do que se quer mensurar.

Para que os alimentos sejam introduzidos de maneira adequada, deve-se atentar para sua consistência. Inicialmente, a textura semissólida é recomendada e gradativamente o cardápio infantil deve alcançar a consistência dos alimentos consumidos pela família¹⁰. Orienta-se ofertá-los com colher, os líquidos em um copo e um prato com tamanho adequado deve ser utilizado. Esse utensílio foi mencionado no item 7- “Eu consigo separar um prato para alimentar meu filho” e julgado como de baixa relevância, pertinência e clareza. Não ficou claro se o item queria expressar a ideia de “separar uma porção”, “separar o utensílio” ou avaliar se “o prato era de tamanho ideal”. Na elaboração do item, não houve clareza para expressar a ideia de separar um prato com uma porção apropriada para a criança, sendo excluído do instrumento. No entanto, há recomendação de que um prato com tamanho adequado deve ser separado e utilizado pela criança, com isso uma porção individual estará sendo ofertada, respeitando sua idade e capacidade gástrica⁷⁹.

Além da quantidade adequada de alimentos, atenção especial deve ser dada a qualidade do cardápio infantil. Este deve ser composto por uma variedade de grupos alimentares como frutas, legumes, ovos, carnes, produtos lácteos, grãos, raízes, tubérculos, alimentos ricos em ferro e em vitamina A⁷⁵. No entanto, a prática alimentar é inoportuna com elevado consumo de grãos, raízes e tubérculos, produtos lácteos e deficiência na ingestão de frutas legumes, verduras, carnes e alimentos ricos em vitamina A. O consumo de frutas e verduras foi analisada no item 12- “Eu sou capaz de oferecer diariamente ao meu filho frutas e legumes”.

Os especialistas solicitaram que a sentença fosse fragmentada em duas para possibilitar a avaliação individual do consumo desses alimentos. As recomendações dos juízes foram atendidas visto que algumas pesquisas que avaliaram práticas alimentares de crianças analisam individualmente o consumo desses alimentos e evidenciam que a ingestão desses alimentos é considerada insuficiente para atender às necessidades dietéticas diárias^{203’ 205}. Por isso, o item foi dividido, embora tenha apresentado adequação nos três critérios.

Outro grupo alimentar necessário ao cardápio infantil são aqueles derivados do leite que são ricos em proteínas, cálcio, gorduras e vitaminas⁷⁶. O consumo desses alimentos foi pontuado no item 15- “Eu posso oferecer ao meu filho leite e derivados (queijo, iogurte)”. O quesito foi julgado inadequado no critério clareza bem como apresentou CVC insatisfatório. Os especialistas afirmaram que a oferta de leite e derivados não é necessária para crianças amamentadas e que esse item apresentava divergência com o 17 “eu sou capaz de evitar que

meu filho consuma leite de vaca antes do primeiro ano de vida” e 18 “Eu posso evitar que meu filho consuma alimentos industrializados/ultraprocessados”. Portanto, não fica claro se a oferta é pertinente ou não, já que está em contradição teórica com esses dois itens.

O consumo de produtos lácteos deve ser feito com moderação visto que apresentam quantidades insuficientes de carboidratos, vitaminas, ácidos graxos essenciais e minerais, elevada quantidade de proteínas e outros eletrólitos⁷⁶. Além de ser nutricionalmente impróprio, o leite de vaca é classificado como alergênico e sua ingestão tem sido associada ao desenvolvimento de atopia¹⁶, anemia ferropriva e obesidade¹⁰. É considerado um dos alimentos mais ofertados aos lactentes e pré-escolares brasileiros²⁰⁵. Diante da inadequação nutricional desse alimento, a opinião dos juízes foi acatada e o item 15 excluído, mesmo tendo sido declarado pertinente e relevante.

Outros alimentos considerados nutricionalmente inapropriados são os produtos ultraprocessados. Estes contêm ingredientes com alto teor de sal, gorduras, açúcares, aditivos e conservantes artificiais favorecendo ao aparecimento da obesidade e doenças crônico-degenerativas⁷⁶. Como são alimentos prejudiciais à saúde infantil seu consumo foi identificado no item 18- “Eu posso evitar que meu filho consuma alimentos industrializados/processados”. A sentença não apresentou clareza, por isso os alimentos nocivos à saúde do lactente foram conceituados e exemplificados, conforme sugestão dos avaliadores.

Os alimentos ultraprocessados, como por exemplo: iogurtes, queijinhos petit suisse, macarrão instantâneo, bebidas alcoólicas, salgadinhos, refrigerantes, doces, sorvetes e biscoitos recheados, são formulações industriais que passam por diversas etapas e técnicas de processamento⁷⁶. São alimentos contra-indicados, porém apresentam elevada frequência de consumo pela população infantil²⁰⁵ aumentando o risco de sobrepeso e obesidade e propiciando o desenvolvimento de doenças crônicas na idade adulta³⁴. Por esse motivo, o item foi julgado como pertinente e relevante pelos juízes.

Outra sugestão foi excluir dos itens as expressões “eu sou capaz, eu consigo, eu posso” ou substituir por “estou motivada” ou “determinada”. No entanto, as escalas de autoeficácia devem ser redigidas em termos de “poder fazer” conferindo a ideia de capacidade percebida em realizar comportamentos capazes de produzir resultados¹³⁶. Alguns juízes entenderam que as expressões poderiam induzir resposta positiva materna pela repetição em vários itens. Contudo, a sentença “eu sou capaz” foi mantida e inserida uma única vez no início da escala a exemplo de outro instrumento⁸ alicerçado na Teoria da Autoeficácia, no sentido de tentar reduzir a possibilidade de indução de respostas positivas pelas mães.

Quanto ao baixo nível de concordância entre os juízes em relação aos domínios nomeados evidencia-se que os conceitos de prática e comportamento apresentaram ambiguidade dificultando a sua escolha pelos especialistas. Reavaliação e identificação de adequados domínios à escala devem ser consideradas nas etapas de pré-teste da versão final e análise fatorial a serem realizadas para concluir os procedimentos empíricos e analíticos. Ao final da validação de conteúdo, a segunda versão do instrumento contemplou 29 itens que foram avaliados na etapa de validação semântica.

5.3 Validação semântica

Na validação semântica, a maioria dos itens atingiu IC satisfatório estando em consonância com a literatura¹⁴⁴. O instrumento trouxe práticas de alimentação infantil de maneira contextualizada ao cotidiano materno buscando incorporar em seus itens expressões simples, linguagem clara e variada, definindo ações precisas conforme recomenda Pasquali⁶⁷.

Apenas três itens apresentaram baixo índice de concordância (15, 16, 28) e foram avaliados como pouco claros por estarem redigidos de forma negativa. As expressões negativas facilmente incorrem em falta de compreensão⁶⁷, por isso, as alterações pertinentes foram realizadas com a finalidade de melhorar o entendimento da população alvo.

Na questão 28 haviam duas ações sendo avaliadas no mesmo item. Usar o alimento para “acalmar” e “recompensar” são práticas distintas. A primeira é quando os pais usam o alimento para controlar os estados emocionais da criança e a outra é para recompensar o bom comportamento do filho²¹⁵. Portanto, para que o item expresse uma única ideia⁶⁷, optou-se por transformá-lo em dois. Essa fragmentação favoreceu a análise individual dessas práticas alimentares, consideradas não responsivas e associadas a maior risco de obesidade¹⁸⁷.

Em relação a avaliação da autoeficácia, cinco itens (1, 4, 16, 17, 25) foram identificados com baixa pontuação refletindo as dificuldades maternas em prover uma alimentação adequada ao lactente. A baixa confiança em si pode levar às mães a desistirem de realizar uma tarefa mediante os obstáculos e com isso diminuírem seus esforços para realização da mesma⁶.

O item que atingiu menor valor foi o 16 que retrata o consumo de leite de vaca antes de um ano de idade. A ingesta precoce desse alimento foi verificada no estudo conduzido por Bortolini²⁰ com dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 onde revela que o leite de vaca foi consumido por 74,6% das crianças de seis a 12 meses. É considerado um dos alimentos mais comuns no cardápio infantil²⁰⁵.

A introdução do leite de vaca, na maioria das vezes, vem em substituição ao leite materno. As mães não se sentem capazes de praticar o aleitamento até o sexto mês de vida da criança e continuar a amamentar por dois anos ou mais, fato este demonstrado com menores escores de autoeficácia. Essa falta de confiança se revela no momento em que a mulher demonstra preocupação quanto à qualidade e quantidade do seu leite; apresenta dificuldades na amamentação durante o pós-parto; manifesta alterações do seu estado emocional como ansiedade, depressão, estresse; substitui o leite materno pela fórmula infantil ou leite integral e seu retorno ao mercado de trabalho¹¹⁷.

No entanto, mulheres que se sentem autoeficazes pensam, sentem e atuam de modo diferente daquelas que se percebem ineficazes. As experiências positivas de amamentação podem influenciar de maneira significativa na autoeficácia materna, permitindo que estas estejam mais confiantes de si, apresentem menos dificuldades, preocupações e dúvidas referentes ao aleitamento¹¹⁷. Isso reafirma que as experiências pessoais atuam diretamente no desenvolvimento das crenças de autoeficácia. O sucesso em determinadas ações tende a fortalecer a percepção do indivíduo sobre sua eficácia pessoal⁶.

Além das experiências pessoais exercerem influência na confiança materna para amamentar, outro aspecto que atua nas crenças de autoeficácia são as experiências ou ensinamentos transmitidos por modelos sociais. Ao longo da vida, a mulher aprende a cuidar do filho com a própria mãe, considerando-a uma das figuras principais da sua rede social.

As avós desempenham papel fundamental, no ambiente familiar, para a disseminação das práticas de cuidado. Elas tendem a persuadir suas filhas a adotarem seus comportamentos habituais, são capazes de difundir valores, crenças e mitos acerca do aleitamento materno. Esse ícone feminino, que já experimentou a maternidade e suas dificuldades no ato de aleitar, é percebido pela filha como modelo a ser seguido. No entanto, essas avós tidas como o “exemplo” podem exercer influência negativa na prática da amamentação, tanto na sua duração quanto no tipo de aleitamento materno²¹⁶.

Por isso, estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo devem ser elaborados pelos serviços de saúde e profissionais, tais como: estímulo à amamentação na primeira hora pós-parto, visitas domiciliares a fim de aconselhar a mulher e sua rede social de apoio durante o pré-natal e o pós-natal, políticas trabalhistas que assegurem a manutenção do aleitamento materno, ampliação de hospitais com a certificação de Amigo da Criança, disseminação das evidências científicas dos benefícios ao aleitamento materno⁷⁴.

Além das dificuldades na continuidade da amamentação, observa-se ainda que as mães se sentem incapazes de não oferecer alimentos nocivos à saúde de seu filho. Estudos

comprovam o consumo precoce de alimentos ultraprocessados como açúcar, biscoito, refrigerantes, doces, bebidas adoçadas^{205' 217}. Isso porque, provavelmente, esses alimentos também fazem parte do cardápio da família. É pouco provável que mães que possuam hábitos alimentares inadequados, sejam capazes de estabelecer uma alimentação infantil apropriada³⁶.

Do mesmo modo, as mães não se sentem confiantes em insistir na oferta de um novo alimento por dez vezes ou mais até confirmar que a criança não o aceita. Esse fato pode ser considerado uma das causas de monotonia alimentar. A alimentação complementar é um processo que exige do cuidador paciência e persistência, pois a criança está sendo exposta a sabores e texturas diferentes do leite materno necessitando de um tempo maior para aceitá-los.

As dificuldades da criança na aceitação de um novo alimento, podem trazer à mulher sentimentos de tristeza, ansiedade e impotência diante da sua incapacidade em alimentar seu filho. Esses estados somáticos e emocionais podem influenciar negativamente nas crenças de autoeficácia. As reações de estresse e tensão no momento da alimentação podem ser interpretadas pela mãe como sinais de vulnerabilidade ao mau desempenho, refletindo, em dificuldades no manejo da alimentação infantil.

Os itens que apresentaram menor média de confiança corroboram com as dificuldades apresentadas pelos profissionais no processo de educação em saúde para a conscientização das mães de práticas saudáveis⁴¹, como o aleitamento materno exclusivo e a não oferta de alimentos industrializados. As práticas que compõem os itens da escala podem ser determinadas pelas fontes de construção da autoeficácia: as experiências pessoais, a observação de modelos sociais, os estados somáticos e a persuasão social^{6' 7}.

Persuadir a mãe de que ela tem habilidades necessárias para alimentar seu filho, ampliando sua autonomia e fortalecendo sua confiança nos cuidados infantis⁴⁶ deve ser o foco das ações do enfermeiro. Compete a este profissional, auxiliar as mães no enfrentamento de suas dificuldades respeitando suas crenças e conhecimento prévios, trazendo orientações de forma a solucionar os problemas apresentados.

6 CONCLUSÃO

A escala de Autoeficácia Materna na Alimentação do Lactente aborda práticas recomendadas pela OMS para promoção da alimentação do lactente tais como aleitamento materno, cardápio variado, consistência adequada, cuidados higiênicos, alimentos contraindicados. Os itens foram elaborados com a finalidade de alcançar uma linguagem simples, clara e objetiva com vistas a ser acessível ao menor estrato da população alvo.

Dentre várias escalas de autoeficácia que fazem referência ao cuidado infantil, nenhuma aborda de maneira peculiar as práticas maternas na alimentação do lactente. A avaliação da confiança das mães no manejo da alimentação de crianças menores de 2 anos, é essencial, haja visto que os hábitos alimentares adquiridos nos primeiros anos de vida irão repercutir na idade adulta.

O diferencial da escala é que ela está ancorada na Teoria da Autoeficácia reconhecidamente capaz de identificar mães com baixa confiança e com maior risco de desenvolver práticas inadequadas de alimentação infantil evidenciado pelos seus resultados. Contempla aspectos não só da prática alimentar, mas da alimentação responsiva, tema que precisa ser mais explorado no Brasil. A interação entre mãe e filho no momento da refeição é um princípio amplamente recomendado auxiliando o cuidador a desenvolver comportamentos adequados que contribuirão para prevenção do sobrepeso e obesidade infantil.

O instrumento consta de 30 itens e dois domínios (prática alimentar e comportamento materno) que representam o traço comportamental do construto de interesse, comprovada por sua validade de conteúdo e semântica. No processo de validação de conteúdo e semântica, o instrumento é considerado válido, pois a maioria dos itens foi considerada adequada pelos juízes e mães atingindo valores satisfatórios de CVC e IC conforme recomenda a literatura. No entanto, foi identificado baixa concordância entre os juízes em relação aos domínios da escala.

Recomenda-se que esses domínios sejam reavaliados em etapas posteriores ao estudo, bem como o instrumento deve ser submetido a novas pesquisas a fim de concluir a análise das propriedades psicométricas e disponibilizar, no âmbito científico, um instrumento válido e confiável. A escala permitirá aos enfermeiros e demais profissionais da saúde avaliar a confiança materna identificando suas dificuldades no manejo da alimentação do lactente. Isto propiciará o direcionamento das ações educativas no serviço de puericultura.

REFERÊNCIAS

1. PLUCIENNIK, G.A.; LAZZARI, M; CHICARO, MF (Org.). **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015.
2. JABLONSKI, B. A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. **Psicologia: ciência e profissão**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 262-75, jun. 2010.
3. GUIMARÃES, M.G.V.; PETEAN, E.B.L. Carreira e Família: Divisão de tarefas domiciliares na vida de professoras universitárias. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 103-10, jan./jun. 2012.
4. ÁVILA, M.B.; FERREIRA, V. Trabalho remunerado e trabalho doméstico no cotidiano das mulheres. **SOS CORPO**, 2014. Disponível em:
<https://agenciapatriciagalvao.org.br/wpcontent/uploads/2014/07/livro_trabalho_versaoonline.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.
5. VERZA, F.; SATTLER, M.K.; STREY M.N. Mãe, mulher e chefe de família: perspectivas de gênero na terapia familiar. **Pensando Famílias**, São Paulo, v.19, n.1, p.46-60, jun. 2015.
6. BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, mar. 1977.
7. BANDURA, A. Self-efficacy. In: RAMACHAUDRAN, V. S. **Encyclopedia of human behavior**. 2.ed. New York: Academic Press, 1994.
8. PRASOPKITTIKUN T, et al. Self-efficacy in infant care scale: development and psychometric testing. **Nursing & health sciences**, Bangkok, v. 8, n. 1, p. 44-50, mar. 2006.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary Feeding. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**, 2009. Disponível em:
<<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/>>. Acesso em: 25 de jul. 2016.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica**, 2015A. Disponível em:
<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. 2001. Disponível em:
http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf. Acesso em: 23 ago. 2016.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. CAB 23. **Saúde da criança: nutrição infantil**. Brasília, DF, 2015B. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2016.

13. HODGES, E.A. et al. Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. **Appetite**. v. 50, n. 2-3, p. 333-9, mar./maio 2008.
14. BLACK, M.M, ABOUD, F.E. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. **The Journal of Nutrition**, v. 141, n. 3, p. 490-4, mar. 2011.
15. BROWN, A.; LEE M. Maternal child-feeding style during the weaning period: association with infant weight and maternal eating style. **Eating Behaviors**, v. 12, n. 2, p. 108-111, abr. 2011.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential nutrition actions**: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84409/1/9789241505550_eng.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2016.
17. VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**. v. 387, n. 10017, p. 475-490, jan. 2016.
18. THOMPSON, A.L., BENTLEY, M.E. The critical period of infant feeding for the development of early disparities in obesity. **Social Science & Medicine**, v. 97, n.1, p. 288-296, nov. 2013.
19. ALZAHEB, R.A. Factors associated with the early introduction of complementary feeding in Saudi Arabia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Arábia Saudita, v. 13, n. 7, p. 702-714, jul. 2016.
20. BORTOLINI, G.A. Consumo precoce de leite de vaca entre crianças brasileiras: resultados de uma pesquisa nacional. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 6, p. 608-613, nov./dez. 2013.
21. MATOS, S.M.A. et al. Padrões alimentares de crianças menores de cinco anos de idade residentes na capital e em municípios da Bahia, Brasil, 1996 e 1999/2000. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 44-54, jan. 2014.
22. SOUZA, F.I.S. et al. Complementary feeding of infants in their first year of life: focus on the main pureed baby foods. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 231-235, mai./jun. 2014.
23. ANTUNES, M.M.L.; SICHIERI, R.; COSTA, R.S. Consumo alimentar de crianças menores de três anos residentes em áreas de alta prevalência de insegurança alimentar domiciliar. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1642-1650, ago. 2010.
24. CAMPAGNOLO, P.D.B. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição Campinas**, v. 25, n. 4, p. 431-9, jul./ago. 2012.
25. KASSA, T. et al. Appropriate complementary feeding practices and associated factors among mothers of children age 6–23 months in Southern Ethiopia, 2015. **BMC Pediatrics**, v. 16, n. 131, p.123-135, ago. 2016.

26. CAETANO, M.C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 196-201, mai./jun. 2010.
27. IMAI, C.M. et al. Associations between Infant Feeding Practice Prior to Six Months and Body Mass Index at Six Years of Age. **Nutrients**, v. 6, n. 4, p. 1608-17, abr. 2014.
28. WANG, J. et al. Introduction of complementary feeding before 4months of age increases the risk of childhood overweight or obesity: a meta-analysis of prospective cohort studies. **Nutrition Research**, v. 36, n. 8, p. 759-770, ago. 2016.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the commission on ending childhood obesity**. 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016
30. THOMPSON, A.L. et al. Development and Validation of the Infant Feeding Style Questionnaire. **Appetite**, v. 53, n. 2, p. 210-21, out. 2009.
31. SILVA, G.A.P.; COSTA, K.A.O.; GIUGLIANI, E.R.J. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 3, p. 2-7, mai./jun. 2016.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on infant and young child feeding**. 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42590/1/9241562218.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.
33. INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE. **Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: ending Malnutrition by 2030**. 2016. Disponível em: https://www.ifpri.org/search?f%5B1%5D=sm_content_type_to_terms%3Apub&f%5B2%5D=sm_content_type_to_terms%3A91>. Acesso em: 25 jul. 2017.
34. BLACK, E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 382, n. 9890, p. 427-51, ago. 2013.
35. LIMA, A.P.E. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Recife, v. 67, n. 6, p. 965-971, nov./dez. 2014.
36. LEAL, L.P. et al. Prevalência da anemia e fatores associados em crianças de seis a 59 meses de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, Recife, v. 45, n. 3, p. 457-466, jun. 2011.
37. ISSAKA, A.I. et al. Determinants of Early Introduction of Solid, Semi-Solid or Soft Foods among Infants Aged 3–5 Months in Four Anglophone West African Countries. **Nutrients**. v. 6, n. 7, p. 2602-2618, jul. 2014.
38. MAIS, L.A. et al. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 93-104, jan. 2014.
39. SALEM, A.F. et al. Impact of Maternal Education about Complementary Feeding on Their Infants' Nutritional Outcomes in Low- and Middle-income Households: A Community-

based Randomized Interventional Study in Karachi, Pakistan. **Journal of Health, Population and Nutrition**, Pakistan, v. 32, n. 4, p. 623-33, dez. 2014.

40. SALDIVA, S.R.D.M. et al. The consumption of unhealthy foods by Brazilian children is influenced by their mother's educational level. **Nutrition Journal**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 332-8, abr. 2014.

41. BROIOLO, M.C. et al. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 485-491, set./out. 2013.

42. MORGADO, C.M.C.; Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 367-376, fev. 2013.

43. TSAI S. Influence of Partner Support on an Employed Mother's Intention to Breastfeed After Returning to Work. **Breastfeeding Medicine**, Taiwan, v. 9, n. 4, p. 222-30, mai. 2014.

44. EMMOTT, E.H. Mace R. Practical Support from Fathers and Grandmothers Is Associated with Lower Levels of Breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. **PLoS One**. v. 10, n. 7, p. 13354-13357, jul. 2015.

45. MUKURIA, A.G. et al. Role of Social Support in Improving Infant Feeding Practices in Western Kenya: A Quasi-Experimental Study. **Global Health: Science and Practice**, v. 4, n. 1, p. 55-72, mar. 2016.

46. SANTOS, J.S. et al. Cuidado cotidiano da criança: necessidades e vulnerabilidades na perspectiva de mães adolescentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, n.1, p. 26-35, set. 2016.

47. MARTINS, M.L.; HALLK, A. Conhecimentos maternos: influência na introdução da alimentação complementar. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 353-359, jul./set. 2012.

48. CAMPOS, A.A.O. et al. Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-538, out. 2014.

49. WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. **Regional Office for Europe**. 1998. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/0014/102173/E69927.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

50. BESERRA, E.P. et al. Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 848-52, set./out. 2010.

51. AZZI, R.G.; POLYDORO, S.A.J. **A autoeficácia nos diferentes contextos**. Campinas: Alínea, 2006.

52. PEREIRA, M.M. et al. Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 4, p. 767-74, out./dez. 2015.

53. DODT, R.C.M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 610-618, jul.-set/ 2013.
54. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. [Internet]. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. 2012A. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.
55. CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-74, out. 2011.
56. LOPES, T.C. et al. Avaliação da autoeficácia materna para a prevenção da diarreia infantil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Quixada-CE, v. 14, n. 6, p. 1103-11, nov./dez. 2012.
57. GLASSMAN, M.E. et al. Impact of Breastfeeding Self-Efficacy and Sociocultural Factors on Early Breastfeeding in an Urban, Predominantly Dominican Community. **Breastfeeding Medicine**, v. 9, n.6, p. 301-7, jul. 2014.
58. POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Avaliação de evidências para a prática em enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
59. TRISTÃO, R.M. et al. Validation of the scale of perceived self-efficacy of maternal parenting in brazilian sample. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 282-281, fev. 2015.
60. DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in Nursing & Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, out. 1999.
61. GOMES, A.L.A. et al. Tradução e adaptação cultural da escala self-efficacy and their child's level of asthma control: versão brasileira. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, vol. 25, n.3, p.1-9, out. 2016.
62. VAN RIJEN, E.H.M. et al. Psychometric Qualities of the Short Form of the Self-efficacy for Parenting Tasks Index-Toddler Scale. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 45, n.1, p. 443-455, mar. 2014.
63. JOVENTINO, E.S. et al. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-9, jan./fev. 2013.
64. SERVO, M.L.S.; OLIVEIRA, M.A.N. **A pesquisa e o enfermeiro com qualidade formal e qualidade política: caminho para a consolidação da enfermagem como ciência**. Sitientibus, Feira de Santana, v.1, n. 33, p. 11-21, jul./dez. 2005.
65. ALEXANDRE, N.M.C. et al. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida psicológica na área de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 15, n. 3, p. 802-809, jul./set. 2013.

66. CARVAJAL, A. et al. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**. 2011; 34(1): 63-72.
67. PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica. Fundamentos e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
68. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline**: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.
69. MOORE, E.R.; ANDERSON, G.C.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 18, n.3, p.1-38, jul. 2007.
70. NEW ZEALAND. Ministry of Health. **Food and nutrition guidelines for healthy infants and toddlers (aged 0–2)**: a background paper. 2008. Disponível em: <<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/food-and-nutrition-guidelines-healthy-infants-and-toddlers-revised-dec12.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2017.
71. VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet**, Reino Unido, v. 3, n.4, p.199-205, abr. 2015.
72. GIUGLIANI, E.J. et al. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: a systematic review and meta-analyses. **Acta Pediatrica**, Portugal, v. 104, n. 467, p. 20-29, dez. 2015.
73. HORTA, B.L.; DE MOLA, C.L.; VICTORA, C.G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: systematic review and meta-analysis. **Acta Pediatrica**, Portugal, v. 104, n. 467, p. 30-7, dez. 2015.
74. ROLLINS, N.C. et al. Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, jan. 2016.
75. WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. 2007. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/iycf_indicators_for_peer_review.pdf> Acesso em: fev. 2017.
76. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2014A [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2017.
77. CRIBB, V.L. et al. Sources of vitamin A in the diets of pre-school children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). **Nutrients**, v. 5, n. 5, p. 1609-1621, mai. 2013.
78. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Division of Health Promotion and Protection. Food and Nutrition

Program. **Pan American Health Organization/World Health Organization**. 2005.

Disponível em:

<http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf>.

Acesso em: 15 set. 2016.

79. PÉREZ-ESCAMILLA, R; SEGURA-PÉREZ S; LOTT, M. **Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A Responsive Parenting Approach**. Healthy Eating Research

Building evidence to prevent childhood obesity. 2017. Disponível em:

<https://healthyeatingresearch.org/wpcontent/uploads/2017/02/her_feeding_guidelines_report_021416-1.pdf> Acesso em: 18 set. 2016.

80. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI criança / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde 2014B. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maual_aidpi_quadro_procedimentos.pdf>.

Acesso em: 18 set. 2016.

81. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**.

Departamento de Nutrologia. 2012. Disponível em:

<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf> Acesso em: 18 set. 2016.

82. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e saúde da Criança e da Mulher (PNDS)**. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 2009.

Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.

Acesso em: 18 set. 2016.

83. MENDES, M.S.F.; CAMPOS, M.D.; LANA, F.C.F. Avaliação do estado nutricional de crianças menores de 10 anos no município de Ferros, Minas Gerais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44. n.2, p. 34-46, jun. 2010.

84. CORSO, A.C.T; Caldeira G.V.; Giovanna Medeiros Rataichesk Fiates G.M.R; Schmitz BAS; Ricardo G.D.; F.A.G. Fatores comportamentais associados ao sobrepeso e à obesidade em escolares do Estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Estudos da População**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 117-131, jan./jun. 2012.

85. SPINELLI, M.G.N. et al. Estado nutricional e consumo alimentar de pré-escolares e escolares de escola privada. **Revista Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro ,v. 6, n. 2, p. 94-101, maio/ago. 2013.

86. FLORES, L.S.; GAYA, A.R.; PETERSEN, R.D.S.; GAYA, A. et al. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 456-461, set./out. 2013.

87. CHAGAS, D.C. et al. Prevalência e fatores associados à desnutrição e ao excesso de peso em menores de cinco anos nos seis maiores municípios do Maranhão. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n.1, p. 146-156, mar. 2013.

88. RAMIRES, E.K.N.M. et al. Estado nutricional de crianças e adolescentes de um

município do semiárido do Nordeste brasileiro. **Revista Paulista de Pediatria** São Paulo, v. 32, n.3, p. 200-207, fev. 2014.

89. GUIMARÃES, R.C.R.; SILVA, H.P. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do estado do Pará. **Revista de Antropologia**, Amazônia, v.15, n.1, p. 186-209, set. 2015.

90. BORGES, S.A.C.; PORTO, P.N. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde debate**. São Paulo, v. 38, n. 101, p. 338-346, abr./jun. 2014.

91. ROECKER, S.; NUNES, E.F.P.A.; MARCON, S.S. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, 22, n. 1, p. 157-165, jan./mar. 2013.

92. COSCRATO, G.; BUENO, S.M.V. Concepção de enfermeiros de uma rede pública de saúde sobre Educação para a Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 714-721, jun. 2013.

93. ALMEIDA, E.R.; MOUTINHO, C.B.; LEITE, M.T.S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, n.57, p.389-401, fev. 2016.

94. SALCI, M.A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v.22, n.1, p. 224-30, jan./mar. 2013.

95. COUTO, I.R.R.; MARINS, D.S.; SANTO, F.H.E.; NEVES, P.S. Knowledge and practice: education in health as link facilitative in the care process. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.3485-92, jan./mar 2013.

96. JANINI, J.P.; BESSLER, D.; VARGAS, A.B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, abr./jun. 2015.

97. KRUSCHEWSKY, J.E.; KRUSCHEWSKY, M.E.; Cardoso, J.P. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Revista de Saúde Complementar**, São Paulo, v.4, n.2, p.160-71, mar. 2008.

98. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2012B. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2017.

99. VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M.A. Construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2013.

100. COSTA, G.M.; FIGUEREDO, R.C.; RIBEIRO, M.S. A importância do enfermeiro junto ao pse nas ações de educação em saúde em uma escola municipal de Gurupi – TO. **Rev. Cient. do ITPAC**, Tocantins, v.6, n.2, p 1-6, abr. 2013.
101. MACÊDO, S.M.; SENA, M.C.S.; MIRANDA, K.C.L. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 66, n. 2, p. 196-201, mar./abr. 2013.
102. GUBERT et al., F.A. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 16, n. 1, pp. 81-89, jan. /fev. 2015.
103. OLIVEIRA, E.A.R.; ROCHA, S.S. O cuidado cultural às crianças na dinâmica familiar: reflexões para a Enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 227-233, jan./fev. 2015.
104. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2004. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 17 set. 2017.
105. SILVEIRA, V.G. et al. Promoting health: action in infant nutrition. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 35, n. 1, p. 133-8, jan./jun. 2013.
106. REICHERT, A.P.S. et al. Percepção de mães sobre o vínculo com enfermeiros na consulta à criança. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 2, p. 483-490, fev. 2017.
107. MOREIRA, M.D.S.; GAIVA, M.A.M. Comunicação do enfermeiro com a mãe/família na consulta de enfermagem à criança. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 677-684, out./dez. 2016.
108. ANDRADE, R.D. et al. Puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 719-727, out./dez. 2013.
109. OLIVEIRA, M.B.; CAVALCANTE, E.G.R.; OLIVEIRA, et al. Educação em saúde como prática de enfermeiros na estratégia saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 5, p. 894-903, ago. 2013.
110. MALLMANN, D.G.; NETO, N.M.G.; SOUSA, J.C.; VASCONCELOS, E.M.R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1763-1772, out. 2015.
111. SALBEGO, L.P.; SILVEIRA, A.D.A.; HAMMERSCHMID, K.S.A. Práticas de enfermagem com educação em saúde no contexto familiar: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 8, n.12, p. 4362-72, dez./2014.
112. BALDISSERA, R.; ISSLER, R.M.S.; GIUGLIANI, E.E.J. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.9, p.1-11, set. 2016.

113. COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.925-936, set. 2015.
114. MEDEIROS, R.K.S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 4, v.4, p.127-135, jan./mar. 2015.
115. SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p.649-659, jul./set. 2017.
116. FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio século XXI escolar**: O minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017, 790p. ISBN 8520911145.
117. RODRIGUES, A.P.; PADOIN, S.M.M.; PAULA, C.C.; GUIDO, L.A. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.7, n.1, p.4144-4152, maio 2013.
118. NUNES, A.I.B.; SILVEIRA, R.N. **Psicologia da Aprendizagem** - Processos, Teorias e Contextos. 3. ed. Brasília: Liber Livro; 2008, 220p. ISBN 9788579630378.
119. BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008, 176p. ISBN 9788536311173.
120. _____. (1989). Human agency in social cognitive theory. This is a classic in the history of psychology. **American Psychologist**. p.1175-1184. [This is a classic in the history of psychology.]
121. _____. (1999). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In: R. F. Baumeister (Ed.). **The self in social psychology. Key readings in social psychology**. Philadelphia: Psychology Press/Taylor & Francis. p. 285-298.
122. BARTLE, N.C.; HARVEY, K. Explaining infant feeding: The role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. **British Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 4, p. 763-85, nov. 2017.
123. BANDURA, A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. **Psychology & Health**, v. 13, n.1, p. 623-649, 1998.
124. MOURA, T.H.M. et al. Home care for child health promotion in Brazil: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 686-98, set. 2014.
125. NUNES, M.F.O. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: uma revisão. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, São Paulo, v. 9, n.1, p. 29-42, 2008.
126. KOH, G.A. et al. Maternal feeding self-efficacy and fruit and vegetable intakes in infants. **Appetite**, v. 81, n.1, p. 44-51, out. 2014.
127. BARRETT, K.J.; THOMPSON, A.L.; BENTLEY, M.E. The Influence of Maternal Psychosocial Characteristics on Infant Feeding Styles. **Appetite**, v. 103, p. 396-402, ago. 2016.

128. HNATIUK, J.A. et al. Tracking of maternal self-efficacy for limiting young children's television viewing and associations with children's television viewing time: a longitudinal analysis over 15-months. **BMC Public Health**, v. 15, p. 517-27, set. 2015.
129. DUCH, H; FISHER, E.M.; ENSARI, I.; HARRINGTON, A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.15, n.8, p 125-35, ago. 2013.
130. LOBIONDO-WOOD G, HABER J. **Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, 352p. ISBN 8527706598.
131. MENDES, K.D.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008.
132. SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, n.1, p. 102-6, 2010.
133. URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 14, n. 1, p. 14-31, jan./fev. 2006.
134. CRITICAL APPRAISAL CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME. 1993. Disponível em: <<http://www.caspuk.net/>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
135. STILLWELL, S.B. et al. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. **American Journal of Nursing**, v. 110, n. 5, p. 41-7, mai. 2010.
136. BANDURA A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: PAJARES, F.; URDAN, T. (Eds.). **Self-efficacy beliefs of adolescents**. n. 5, p. 307-337, 2006
137. LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-5, nov./dez. 1986.
138. PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5.ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
139. JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 769-76, out. 1994.
140. MOTA, F.R.N. **Adaptação transcultural validação do Caregiver Reaction Assessesment para o uso no Brasil: aplicação em cuidadores informais em idosos dependentes [DISSERTAÇÃO]** Ceará: Universidade Federal do Ceará; 2014.
141. LOPES, M.V.; SILVA, V.M.; ARAUJO, T.L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, out. 2012.

142. LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, n. 1, p. 159-174, mar. 1997.
143. BEATON, D. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health. 2007. Disponível em: <http://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.
144. CUBAS, M.R. et al. Validação da nomenclatura diagnóstica de enfermagem direcionada ao pré-natal - Base CIPESC® em Curitiba - PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 363-70, set. 2007.
145. WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, n. 1306-16, p. 25-33, jan. 1920.
146. TERRIS, M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. **Journal of Public Health Policy**, v.13, n. 3, p. 267-276, 1992.
147. CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Fiocruz. 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
148. _____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 701-9, out./dez. 1999.
149. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. 2002A. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.
150. SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1354-60, set./out. 2004.
151. GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. **Health promotion planning, an educational and environmental approach**. 2. ed. Mountain View, Mayfield Publishing Company; 1991.
152. CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1991. 506p. ISBN 0874847796.
153. DIAS, M.C.A.P.; FREIRE, L.M.S; FRANCESCHINI, S.C.C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 475-86, maio/jun. 2010.
154. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. [Internet]. 2002. Secretaria de Políticas de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016

155. NATIONAL HEALTH & MEDICAL RESEARCH COUNCIL. **Dietary guidelines for children and adolescents**. Canberra: Commonwealth of Australia. 2003. Disponível em: <http://www.imagineeducation.com.au/files/CHC30113/Dietary_20Guidelines.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2016.
156. ABOUD, F.E.; SHAFIQUE, S.; AKHTER, S. A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. **The Journal of Nutrition**, v. 139, n. 9, p. 1738-43, set. 2009.
157. KAMUDONI, P. et al. Infant feeding practices in the first 6 months and associated factors in a rural and semiurban community in Mangochi District, Malawi. **Journal of Human Lactation**, v. 23, n. 4, p. 325-32, nov. 2007.
158. MBADA, C.E. et al. Knowledge, attitude and techniques of breastfeeding among Nigerian mothers from a semi-urban community. **BMC Research Notes**, v. 6, n.1, p. 552-565, dez. 2013.
159. GYAMPOH, S.; OTOO, G.E.; ARYEETAY, R.N.O. Child feeding knowledge and practices among women participating in growth monitoring and promotion in Accra, Ghana. **BMC Pregnancy & Childbirth**, v. 14, n.1, p. 180-91, mai. 2014.
160. LAWAN, U.M. et al. Age-appropriate feeding practices and nutritional status of infants attending child welfare clinic at a Teaching Hospital in Nigeria. **Journal of Family and Community Medicine**, v. 21, n. 1, p. 6-12, jan./abr. 2014.
161. ONAH, S. et al. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. **International Breastfeeding Journal**, v. 9, n.1, p. 6-16, mai. 2014.
162. SEMAHEGN, A.; TESFAYE, G.; BOGALE, A. Complementary feeding practice of mothers and associated factors in Hiwot Fana Specialized Hospital, Eastern Ethiopia. **Pan African Medical Journal**, Ethiopia, v. 18, n.1, p. 143-54, jun. 2014.
163. BEYENE, M.; WORKU, A.G.; WASSIE, M.M. Dietary diversity, meal frequency and associated factors among infant and young children in Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 15, n.1, p. 1007-25, out. 2015.
164. KAMUDONI, P. et al. Exclusive breastfeeding duration during the first 6 months of life is positively associated with length-for-age among infants 6–12 months old, in Mangochi district, Malawi. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 69, n. 1, p. 96-101, jan. 2015.
165. MOGRE, V.; DERY, M.; GAA, P.K. Knowledge, attitudes and determinants of exclusive breastfeeding practice among Ghanaian rural lactating mothers. **International Breastfeeding Journal**, v. 11, n. 1, p. 12, dez. 2016.
166. SISAY, W.; EDRIS, M.; TARIKU, A. Determinants of timely initiation of complementary feeding among mothers with children aged 6–23 months in Lalibela District, Northeast Ethiopia, 2015. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 884, ago. 2016.

167. TADELE, N. et al. Knowledge, attitude and practice towards exclusive breastfeeding among lactating mothers in Mizan Aman town, Southwestern Ethiopia: descriptive cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 11, n.1, p. 3-12, fev. 2016.
168. UDOH, E.E.; AMODU, O.K. Complementary feeding practices among mothers and nutritional status of infants in Akpabuyo Area, Cross River State Nigeria. **Springerplus**, v. 5, n. 1, p. 2073-85, dez. 2016.
169. VITTA, B.S. et al. Infant and young child feeding practices among children under 2 years of age and maternal exposure to infant and young child feeding messages and promotions in Dar es Salaam, Tanzania. **Maternal & Child Nutrition**, v. 12, n. 2, p. 77-90, abr. 2016.
170. AGIZE A, JARA D, DEJENU G. Level of Knowledge and Practice of Mothers on Minimum Dietary Diversity Practices and Associated Factors for 6–23-Month-Old Children in Adea Woreda, Oromia, Ethiopia. **Biomed Research International**, v. 2017, n. 53, p. 9-17, 2017.
171. DANGURA, D.; GEBREMEDHIN, S. Dietary diversity and associated factors among children 6-23 months of age in Gorche district, Southern Ethiopia: Cross-sectional study. **BMC Pediatrics**, v. 17, n. 1, p.1-12, jan. 2017.
172. DEMILEW, Y.M.; TAFERE, T.E.; ABITEW, D.B. Infant and young child feeding practice among mothers with 0–24 months old children in Slum areas of Bahir Dar City, Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, Int Breastfeed J., v.12, n.26, p1-13, jun. 2017.
173. OGBO, F. et al. Infant feeding practices and diarrhoea in sub-Saharan African countries with high diarrhoea mortality. Global Child Health Research Interest Group. **PLoS One**, v. 12, n. 2, p 34-43, fev. 2017.
174. PAUL, I.M. et al. Preventing obesity during infancy: a pilot study. **Obesity (Silver Spring)**, v. 19, n. 2, p. 353-61, fev. 2011.
175. FLORES-HUERTA S, KLÜNDER-KLÜNDER M, MUÑOZ-HERNÁNDEZ O. Feeding practices and nutritional status of Mexican children affiliated to the Medical Insurance for a New Generation. **Salud Pública de México**, v. 54, n. 1, p. 20-7, 2012.
176. DISANTIS, K.I.; HODGES, E.A.; FISHER, J.O. The association of breastfeeding duration with later maternal feeding styles in infancy and toddlerhood: a cross-sectional analysis. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 10, n.1, p. 53-65, abr. 2013.
177. THOMPSON, A.L.; ADAIR, L.S.; BENTLEY, M.E. Pressuring and Restrictive Feeding Styles Influence Infant Feeding and Size among a Low-Income African-American Sample. **Obesity (Silver Spring)**, v. 21, n. 3, p. 562-71, mar. 2013. 2013; 21(3): 562-71.

178. GOLEN, R.P.; VENTURA, A.K. What are mothers doing while feeding their infants? Exploring the prevalence of maternal distraction during infant feeding interactions. **Early Human Development**, v. 91, n. 12, p. 787-91, dez. 2015
179. SCHROEDER, N. et al. Early Obesity Prevention: A Randomized Trial of a Practice-Based Intervention in 0–24-Month Infants. **Journal of Obesity**, v. 2015, n.1, p. 1-11, maio 2015.
180. STIFTER, C.A.; MODING, K.J. Understanding and measuring parent use of food to soothe infant and toddler distress: A longitudinal study from 6 to 18 months of age. **Appetite**, v. 95, n.1, p. 188-96, dez. 2015
181. SINIGAGLIA, O.E. et al. Breastfeeding practices, timing of introduction of complementary beverages and foods and weight status in infants and toddlers participants of a WIC clinic in Puerto Rico. **Springerplus**, v. 5, n. 1, p. 1437, ago. 2016.
182. LINDSAY, A.M. et al. Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. **Food Nutr Bull**, v.29, n.1, p.15-24, mar. 2008.
183. LANDE, B. et al. Breast-feeding at 12 months of age and dietary habits among breast-fed and non-breast-fed infants. **Public Health Nutrition**, v. 7, n. 4, p. 495-503, jun. 2004.
184. GIOVANNINI, M. et al. Exclusive versus predominant breastfeeding in Italian maternity wards and feeding practices through the first year of life. **Journal of Human Lactation**, v. 21, n. 3, p. 259-65, ago. 2005.
185. BROWN, A.; LEE, M. Breastfeeding Is Associated with a Maternal Feeding Style Low in Control from Birth. **PLoS One**, v.8, n.1, p.544-554, jan.2013.
186. STIMMING, M. et al. Fish and rapeseed oil consumption in infants and mothers: dietary habits and determinants in a nationwide sample in Germany. **European Journal of Nutrition**, v. 54, n. 7, p. 1069-80, out. 2015.
187. FILDES, A. et al. Parental control over feeding in infancy. Influence of infant weight, appetite and feeding method. **Appetite**, v. 91, n.2, p. 101-6, ago. 2015.
188. SHLOIM, N. et al. Breast is best: Positive mealtime interactions in breastfeeding mothers from Israel and the United Kingdom. **Health Psychology Open** v. 2, n. 1, p. 454-37, jan. 2015.
189. CARLETTI, C. et al. Introduction of Complementary Foods in a Cohort of Infants in Northeast Italy: Do Parents Comply with WHO Recommendations? **Nutrients**, v. 9, n. 1, p. 34, jan. 2017.
190. HA, P.B. et al. Caregiver styles of feeding and child acceptance of food in rural Viet Nam. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 23, n. 4, p. 92-98, dez. 2002.
191. ABOUD, F.E.; MOORE, A.C.; AKHTER S. Effectiveness of a community-based responsive feeding programme in rural Bangladesh: a cluster randomized field Trial. **Matern Child Nutr.**, v.4, n.4, p. 275-86, out. 2008.

192. NIZAME, F.A. et al. Handwashing before Food Preparation and Child Feeding: A Missed Opportunity for Hygiene Promotion. **The American Journal of Tropical Medicine Hygiene**, v. 89, n. 6, p. 1179-85, dez. 2013.
193. RADWAN, H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. **BMC Public Health**, v. 13, n.2, p. 171-85, fev. 2013.
194. WU, Q. et al. Improving the intake of nutritious food in children aged 6-23 months in Wuyi County, China -- a multi-method approach. **Croatian Medical Journal**, v. 54, n. 2, p. 157-70, abr. 2013.
195. VIJAYALAKSHMI, P.; SUSHEELA, T.; MYTHILI, D. Knowledge, attitudes, and breast feeding practices of postnatal mothers: A cross sectional survey. **International Journal Of Health Sciences (QASSIM)**, v. 9, n. 4, p. 364-74, out. 2015.
196. OWAIS, A. et al. Minimum Acceptable Diet at 9 Months but Not Exclusive Breastfeeding at 3 Months or Timely Complementary Feeding Initiation Is Predictive of Infant Growth in Rural Bangladesh. **PLoS One**, v. 11, n. 10, p. 157-165, out. 2016.
197. GREGORY, J.E., PAXTON, S.J.; BROZOVIC, A.M. Maternal feeding practices predict fruit and vegetable consumption in young children. Results of a 12-month longitudinal study. **Appetite**, v. 57, n. 1, p. 167-72, ago. 2011.
198. ARORA, A.; GAYA M, THIRUKUMARA, D. Parental choice of infant feeding behaviours in South West Sydney: A preliminary investigation. **Health Education Journal**, v.71, n 4, p. 461–473, abr. 2012.
199. VAZ, D.S.S.; BENNEMANN, R.M. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**, v.20, n.1, p.108-112. out./dez. 2014.
200. VIANA, V.I. CANDEIAS, L.I.I.; REGO, C.I.I.I.; SILVA, D.I.V. Comportamento alimentar em crianças e controle parental: uma revisão da bibliografia. **Revista da SPCNA**, v.15, n.1, p.9-16, mar./jun. 2009.
201. ALVES, D.A.; SANTOS, F.C.; ALMEIDA, L.A.; MATTOS, M.P. Educação em saúde no processo de posicionamento da mãe com o bebê durante a amamentação. **Em Extensão**, v. 16, n. 2, p. 242-252, jul./dez. 2017.
202. ALLEO, L.G.; SOUZA, S.B.; SZARFARC, S.C. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Journal of Human Growth and Development**, v.24, n. 2, p.195-200, fev. 2014.
203. VALMÓRBIDA, J.L.; VITOLO, M.R. Factors associated with low consumption of fruits and vegetables by preschoolers of low socio-economic level. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n.1, p.464-71, set./out. 2014.
204. VILLA, J.K.D. et al. Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 302-9, jun./2015.

205. MELLO, C.S.; BARROS, K.V.; MORAIS, M.B. Alimentação do lactente e do pré-escolar brasileiro: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.92, n.5, p.451-463, out. 2016.
206. GIZAW, Z.; WOLDU, W.; BITEW, B.D. Child feeding practices and diarrheal disease among children less than two years of age of the nomadic people in Hadaleala District, Afar Region, Northeast Ethiopia. **International Breastfeeding Journal**, v. 12, n.1, p. 24-31, jun. 2017.
207. ROMANELLI, G. **O significado da alimentação na família**: uma visão antropológica. Medicina, Ribeirão Preto, v. 39, n.3, p.333-9, jul./set. 2006.
208. TAGLIETTI, R.L.; LAZAROTTO, K.; PINTO, S.L.B.; TEO, C.R.O.A. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde. **Scientia Medica**. São Paulo, v.24, n.1, p.39-45, set. 2014.
209. VAUGHN, A.E. et al. Fundamental constructs in food parenting practices: a content map to guide future research. **Nutrition Reviews**, v.74, n 2, p. 98–117, fev. 2016.
210. REVORÊDO, L.S. et al. Content validation of an instrument for identifying violence against children. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 205-17, mar./abr. 2016.
211. POLIT, D.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York, v.29, n.5, p.489-97, out. 2006.
212. ORTIZ, Y.M.B.; NAVARRO, C.C.; RUÍZ, G.G. Lactancia materna exclusiva: la conocen las madres realmente? **Revista Cuidarte**. 2014; 5(2): 723-30.
213. SILVA, N.M.; WATERKEMPER, R.; SILVA, et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v.67 n.2 mar./abr. 2014.
214. ALVISI, P. et al. Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 41, n.1, p. 36-9, abr. 2015.
215. MAYER, A.P.F, WEBER, L.N.D. Relações entre a obesidade na infância e adolescência e a percepção de práticas de alimentação e estilos educativos parentais. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 32, n. 79, p. 143-53, abr. 2014.
216. MONTE, G.C.S.B.; LEAL, L.P.; PONTES, C.M. Rede social de apoio à mulher na amamentação. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 18, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2013.
217. MARINHO, L.M.F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n. 3, p. 977-86, set. 2016.

APÊNDICE A – Carta convite aos juízes

Eu, Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, irei construir e validar o conteúdo da Escala de Autoeficácia Materna na Alimentação do Lactente. Reconhecendo sua experiência profissional na área da alimentação infantil você foi escolhido, na qualidade de juiz, para emitir seu julgamento sobre o conteúdo da escala.

As atividades que solicito ao (a) Senhor (a) são:

- 1) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- 2) Leitura da sinopse da Teoria da Autoeficácia a fim de melhor compreender o referencial teórico utilizado no estudo.
- 3) Apreciação do conteúdo da escala (validação de conteúdo).
- 4) Sugestões e comentários acerca dos domínios e itens da escala. Tendo a liberdade para sugerir exclusão, inclusão ou modificação de qualquer item que achar pertinente.

A fim de cumprir o cronograma da pesquisa, solicito que o senhor (a) devolva os formulários dentro do prazo de 15 dias e em tempo hábil essa etapa de validação seja concluída. No entanto, caso não haja retorno, um novo contato por e-mail será realizado e outro prazo será estipulado. Antecipadamente, agradecemos sua disponibilidade em contribuir com nossa pesquisa. Estamos à disposição para possíveis esclarecimentos que se façam necessários.

Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães

Dr. Rinaldo Victor Fernandes, n.103, Jiquiá, Recife-PE.

Telefone: 987051256

email: viviclistenis@yahoo.com.br

Prof. Dra. Luciana Pedrosa Leal

Orientadora

email: lucianapleal@hotmail.com

Recife, ____ de _____ de 2017

APÊNDICE B – Formulário de qualificação profissional aos juízes

Identificação Juíz n° _____
Nome
Idade
Universidade que se graduou
Sexo: 1. MASCULINO 2. FEMININO
Local de trabalho
Área de atuação
Atua na docência? 1. SIM 2. NÃO
Se sim, há quanto tempo (em anos)?
Experiência com o tema alimentação infantil (em anos)
Experiência anterior com validação de instrumentos: 1. SIM 2. NÃO
Participação de algum projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO
Se sim, qual a temática?

Qualificação	
Formação	Ano:
Especialização	Ano:
Especialização na modalidade de Residência	Ano:
Mestrado em	Ano:
Tema da dissertação:	
Doutorado em	Ano:
Tema da Tese	
Outros:	
Ocupação Atual: 1. Ensino 2. Assistência 3. Pesquisa 4. Consultoria	
Tempo em (anos):	
Ensino:	
Assistência:	
Pesquisa:	
Consultoria:	

Trajetória Profissional		
Instituição	Tempo de atuação	Área de atuação

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre Esclarecido aos Juízes

Convidamos o(a) Sr (a) para participar da pesquisa “Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente” que está sob responsabilidade da mestrandia Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães (Rua Dr. Rinaldo Victor Fernandes, n.103, Jiquiá, Recife-Pe. CEP:50771250, telefone: 987051256, email: viviclistenis@yahoo.com.br), sob orientação da Prof. Dr^a. Luciana Pedrosa Leal (telefone: 991829930, email: lucianapleal@hotmail.com). Sua participação na pesquisa será na qualidade de juiz.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

O objetivo da pesquisa é construir uma escala para mensurar a autoeficácia materna na alimentação do lactente. O (a) senhor (a) receberá a escala por meio eletrônico e as instruções para proceder à análise do instrumento. Será solicitado o preenchimento de um formulário relacionado à qualificação e trajetória profissional. Será necessário um tempo de duas horas para o preenchimento do todo instrumento.

Informamos que esta pesquisa poderá acarretar riscos de possível constrangimento ou desconforto, porém a pesquisadora estará atenta para cumprir os princípios básicos da Bioética: a autonomia, não maleficência e beneficência. Não estão previstos benefícios diretos para o (a) senhor (a), no entanto, destaca-se que essa pesquisa trará para a comunidade acadêmica um novo instrumento capaz de mensurar a autoeficácia que revelará as dificuldades maternas na alimentação infantil podendo trazer subsídios para o fortalecimento e implementação de ações em saúde e novas tecnologias educativas a fim de promover a saúde infantil.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os formulários coletados ficarão armazenados na pasta de arquivo pessoal sob responsabilidade da Prof. Dr^a. Luciana Pedrosa Leal no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal

de Pernambuco (Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901) no período de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a 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 desse estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE 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 do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador:

Testemunhas:

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D – Sinopse da Teoria da Autoeficácia

Os pressupostos da Teoria da Autoeficácia foram delineados pelo psicólogo canadense Albert Bandura em 1977. A autoeficácia é definida como “crenças que os indivíduos têm em sua própria capacidade de organizar e executar determinado curso de ação para alcançar determinado resultado. Pessoas que se consideram autoeficazes pensam, sentem e atuam de modo diferente daquelas que se percebem ineficazes. Concretamente, criam incentivos que mobilizam seus interesses e seu envolvimento nas atividades, intensificam seus esforços, executam as tarefas ameaçadoras sem ansiedade, experimentando pouca reação de estresse nas tarefas difíceis e exigentes e apresentam atribuições dos seus fracassos numa perspectiva de sucesso.

As percepções de eficácia não afetam apenas a quantidade de esforço que as pessoas dispõem, afetam também a sua persistência frente aos obstáculos e experiências adversas que experimentam. Quanto mais a autoeficácia percebida, mais vigorosos e persistentes serão seus esforços, maior será a visualização de cenários de sucesso e a espera de resultados favoráveis. Do contrário, pessoas que duvidam de sua capacidade diminuem seus esforços e logo desistem da tarefa a ser realizada mediante dificuldades, vislumbram fracassos ou realizações medíocres.

Para que haja desenvolvimento das crenças de autoeficácia Bandura descreve quatro principais fontes: experiência de mestria- as próprias experiências de vida do indivíduo; modelação social – onde há observação de outros atuando como modelo a ser seguido; persuasão social – quando as pessoas são persuadidas de forma a obter sucesso; estados emocionais – onde as pessoas julgarão suas capacidades em função de seu estado emocional.

As experiências de mestria é de longe considerada de maior influência, uma vez que é baseada em uma experiência de sucesso autêntica. O autor destaca que o sucesso em determinadas ações tende a aumentar ou fortalecer as apreciações sobre a eficácia pessoal, enquanto o fracasso repetido tende a diminuir a crença de autoeficácia, especialmente ocorrendo logo no início da ação e quando não reflete em falta de esforço ou circunstância externa adversa. O indivíduo que tem um forte senso de eficácia por meio do sucesso repetido, um fracasso ocasional provavelmente terá pouco efeito no julgamento de sua própria capacidade.

As pessoas que são seguras de suas próprias capacidades tendem a levar em consideração fatores situacionais, esforço insuficiente ou estratégias inadequadas como causa do fracasso isolado reduzem os estresse e ansiedade agindo de maneira a transformar

ambientes ameaçadores em benignos. A segunda maneira de criar e fortalecer as crenças de eficácia é através das experiências vicárias fornecidas pelos modelos sociais. O impacto da modelagem sobre a autoeficácia percebida é fortemente influenciada pela similaridade percebida pelos modelos. Quanto maior a semelhança assumida, mais persuasivos são os sucessos e fracassos dos modelos. Da mesma forma, observar as falhas dos outros, apesar do autoesforço, diminui a avaliação dos observadores de sua própria eficácia e mina seus esforços.

Vendo pessoas semelhantes a si mesmo tendo sucesso, acredita-se que isso pode elevar a crença dos observadores de que eles também possuem capacidades para obtê-lo. Quando os modelos são muito diferentes de si mesmos, a autoeficácia percebida não é muito influenciada pelos comportamentos dos modelos e pelos resultados obtidos.

As influências de modelagem fazem mais do que fornecer um padrão social para julgar as próprias capacidades. Através de seu comportamento e formas expressas de pensar, modelos competentes transmitem conhecimentos e ensinam aos observadores competências e estratégias para gerir as demandas afetadas (Bandura, 1998). Aprendizagem vicária é mais frágil que as experiências pessoais, no entanto, podem produzir mudanças significativas e duradoras por meio do seu efeito indireto na melhora da performance.

A persuasão social é uma terceira forma de fortalecer as crenças das pessoas em suas próprias capacidades. Aqui tenta-se convencer as pessoas de que elas têm necessárias para alcançar o que buscam. A persuasão social, isoladamente, pode ter uma força limitada no aumento da autoeficácia permanente ou duradoura, mas ainda assim, pode contribuir para a performance de sucesso se a área considerada está dentro dos limites da realidade. Contrariamente, a persuasão de ineficácia pode diminuir o esforço e gerar afastamento das atividades desafiadoras, o que pode ser considerado um modo de restringir os comportamentos e de criar uma confirmação empírica para a autodesvalorização.

As pessoas que são convencidas de que possuem capacidades para realizarem determinadas tarefas provavelmente se esforçarão o suficiente para obter sucesso, promovendo o desenvolvimento de habilidades adicionais que tiverem dúvidas e baseando-se nas experiências pessoais. O impacto da persuasão será tão forte quanto a confiança do observador na pessoa que o persuade.

E por fim, para que a autoeficácia seja desenvolvida no indivíduo seus estados somáticos e emocionais ao julgar suas capacidades são influentes fatores. Eles interpretam suas reações de estresse e tensão como sinais de vulnerabilidades ao mau desempenho. Dentro

das atividades que envolvem força e resistência, as pessoas julgam sua fadiga e dores como sinais de debilidade física.

A informação obtida através de diferentes fontes não influencia automaticamente a autoeficácia. O efeito de diferentes fontes sobre ela depende acima de tudo do modo como as experiências são apreciadas cognitivamente. Acreditar não é tudo. Para ações efetivas, o desenvolvimento de habilidades e motivação são necessárias. O processo de formação e reavaliação do sentimento de autoeficácia depende, entre outros fatores, da dificuldade da tarefa, do esforço dispendido, da qualidade e quantidade de ajuda externa, das circunstâncias do momento, bem como padrão temporal de sucesso e insucessos pessoais.

No âmbito da saúde as escolhas que as pessoas fazem a cerca da manutenção do seu bem estar é fundamental. Bandura descreve que autoeficacia medeia comportamentos promotores de saúde porque as pessoas precisam acreditar que podem aderir a comportamentos saudáveis, empreendendo o esforço necessário para alcança-la

A autoeficácia não foi apenas estudada na esfera da provação da saúde, acrescentam-se ainda as áreas da educação nas disfunções clínicas, no esporte, no funcionamento organizacional e nos sistemas sociais e políticos demonstrando a importância deste construto no sentido de motivar o ser humano a realizar com êxito ações concretas, escolhas, execuções de comportamentos, instigando-o a desenvolver habilidades para enfrentar as diversas situações que lhe são impostas diariamente.

APENDICE E – Instruções para os juízes referente à validação de conteúdo

Prezado juiz, a validação de conteúdo se dará por meio da avaliação dos itens relacionados aos seguintes critérios: clareza na linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica (Pasquali, 2010). Essa avaliação será realizada através de escala tipo Likert que varia de 1 a 5, em que 1 representa “pouquíssimo”, 2- “pouco”, 3- “médio”, 4 – “muito” e 5 “muitíssimo”.

O critério de **clareza de linguagem** considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população alvo. “O senhor acredita que a linguagem de cada item é suficientemente clara, compreensível e adequada para essa população?”

A **pertinência prática** analisa se cada item foi elaborado de forma a avaliar o construto de interesse em uma determinada população. Identifica se de fato cada item possui importância para o instrumento. “O senhor acredita que os itens propostos são pertinentes para aquela população? Em que nível?”

Na **Relevância teórica** será considerado o grau de associação entre o item e a teoria. Analisa se o item está relacionado ao construto de interesse. “O senhor acredita que o conteúdo desse item é representativo do comportamento que se quer medir, ou de uma das dimensões dele, considerando a teoria em questão? Em que nível?”

A **dimensão teórica** averigua a adequação de cada item à teoria estudada. “O senhor acredita que este item pertence a que dimensão (fator)?” Assinale aquele que melhor representa o item avaliado. Será solicitado que sejam escritos sugestões e comentários acerca dos domínios e itens da escala. Você terá a liberdade para sugerir exclusão, inclusão ou modificação de qualquer item que achar pertinente.

Apêndice F – Formulário para validação de conteúdo

Descrição do item da escala	Clareza de linguagem	Pertinência na prática	Relevância teórica	Dimensão teórica	Sugestões
	O item possui linguagem clara, compreensível e adequada para a população alvo?	O item possui importância para o instrumento?	O conteúdo do item é representativo do comportamento que se quer medir?	O item pertence a que dimensão (fator)?	
1. Eu sou capaz de amamentar meu bebê exclusivamente até o sexto mês	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
2. Eu consigo amamentar meu bebê numa posição confortável	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
3. Eu sou capaz de introduzir alimentos complementares ao leite materno a partir do sexto mês	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	

4. Eu sou capaz de continuar amamentando meu filho até os dois anos	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
5. Eu sou capaz de oferecer ao meu filho alimentos amassados ou cortados	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
6. Eu consigo oferecer a alimentação do meu filho com uma colher	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
7. Eu consigo separar um prato para alimentar meu filho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
8. Eu sou capaz de oferecer líquidos ao meu filho num copo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
9. Eu consigo oferecer água filtrada, fervida ou mineral ao meu filho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio	1. Prática alimentar 2.Comportamento	

	4.Muito 5. MUITÍSSIMO	4.Muito 5. MUITÍSSIMO	4.Muito 5. MUITÍSSIMO	materno	
10. Eu sempre posso preparar em casa os alimentos consumidos por meu filho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
11. Eu consigo oferecer ao meu filho alimentos ricos em ferro (ex: folhas verdes, carnes, fígado e outras vísceras)	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
12. Eu sou capaz de oferecer diariamente ao meu filho frutas e legumes	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
13. Eu consigo oferecer ao meu filho ovos e carne (boi, frango, peixe, fígado e outras vísceras)	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
14. Eu consigo oferecer ao meu filho uma alimentação com grãos, raízes e tubérculos (ex: arroz, feijão, mandioca, batata doce, beterraba, cenoura, batata inglesa, inhame)	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	

15. Eu posso oferecer ao meu filho leite e derivados (queijo, iogurte natural).	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
16. Eu sou capaz de evitar oferecer mel ao meu filho antes do primeiro ano de vida	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
17. Eu sou capaz de evitar que meu filho consuma leite de vaca antes do primeiro ano de vida	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
18. Eu posso evitar que meu filho consuma alimentos industrializados/processados	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
19. Eu sempre sou capaz de lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de oferecer à refeição ao meu filho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5. Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
20. Eu consigo alimentar meu filho quando está doente respeitando sempre sua aceitação	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio	1. Prática alimentar 2.Comportamento	

	4.Muito 5. MUITÍSSIMO	4.Muito 5.MUITÍSSIMO	4.Muito 5.MUITÍSSIMO	materno	
21. Eu sou capaz de reconhecer quando meu filho está com fome	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
22. Eu consigo reconhecer os sinais de que meu filho não quer mais comer	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
23. Eu consigo alimentar meu filho sem estar distraída com outros afazeres	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
24. Eu sou capaz de conversar e interagir positivamente com meu filho no momento em que estou oferecendo sua refeição	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
25. Eu posso evitar alimentar meu filho em frente à televisão, celular ou tablete	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.MUITÍSSIMO	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	

26. Eu sou capaz de oferecer um novo alimento por pelo menos 10 vezes antes de afirmar que meu filho não gosta dele	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
27. Eu posso estimular meu filho a comer sozinho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
28. Eu sempre evito pressionar meu filho a comer alimentos quando ele não quer	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
29. Eu sou capaz de não usar o alimento para acalmar ou recompensar meu filho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	
30. Eu consigo manter uma alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1.Pouquíssimo 2.Pouco 3.Médio 4.Muito 5.Muitíssimo	1. Prática alimentar 2.Comportamento materno	

APÊNDICE G – Formulário de Caracterização da amostra (mães)

Nome: USF: Data da Entrevista: __/__/____		
VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS		
1	Idade Materna: _____ anos	
2	Anos de estudo: _____ anos	
3	Estado Civil: 1- casada 2- união consensual 3-solteira 4-divorciada 5-viúva	
4	Presença do companheiro: 1- sim 2- não	
5	Você trabalha fora de casa? 1- sim 2- não	
6	Se sim, quem ajuda a cuidar de seu filho < 2 anos quando você está no trabalho? 1- marido 2- mãe 3- avó 4- sogra 5- cuidador 6- creche 7.outros_____	
7	Número de crianças menores de dois anos no domicílio: ____	
8	Número de filhos vivos: ____ filhos	
9	Tipo de Moradia: 1- casa 2- apartamento 3- quarto/cômodo 4- outros ____	
10	Regime de ocupação da moradia: 1- própria 2-alugada 3-cedida 4- outros____	
11	Tratamento da água de beber: 1- fervida 2- filtrada 3- mineral 5- Sem tratamento 5- Outros _____	
12	Abastecimento de água: 1- ligada à rede 2- poço ou nascente 3- cisterna 4- cacimba 5- Outros _____	
13	Destino dos dejetos: 1- rede geral 2- fossa com tampa 3- fossa rudimentar (sem tampa) 4- cursos d'água 5- céu aberto 6- outro _____	
14	Destino do lixo: 1- coletado 2- enterrado 3- queimado 4- terreno baldio 5- depositado em caçamba para coleta 5- outro _____	
15	Bens de Consumo: 1-geladeira 2- rádio 3- TV 4- computador 5-máquina de lavar roupa 6- automóvel 7- tanquinho 8- moto 9- fogão	
16	Recebe o benefício do Programa Bolsa Família? 1- sim 2- não	
17	Renda familiar: ____ (em salário mínimo)	
18	Quem é responsável por comprar os alimentos? 1- marido 2- mãe 3- avó 4- sogra 5- cuidador 6. outros_____	

VARIÁVEIS RELACIONADAS À CRIANÇA		
19	Sexo: 1- masculino 2- feminino	
20	Idade atual da criança: ____ meses	
21	Data de nascimento: ____/____/____	
22	Peso ao nascer: _____ gramas 99- ignorado	
23	Idade gestacional ao nascer: 1- pré-termo 2- termo 3-pós-termo	
24	Alimentação atual 1.aleitamento materno exclusivo 2. aleitamento materno predominante 3. aleitamento artificial 4.aleitamento materno e alimentação complementar 5.aleitamento artificial e alimentação complementar. 6. alimentação da família 7- alimentação da família e aleitamento materno	
25	Em casa, quem prepara o alimento da criança? 1- marido 2- mãe 3- avó 4- sogra 5- cuidador 6-outros_____	
26	Em casa, quem oferece a comida da criança? 1- marido 2- mãe 3- avó 4- sogra 5- cuidador 6- outros_____	

	Eu sou capaz de...	Confiança (0-100)	Nível de compreensão	Dúvidas	Sugestões
1	Amamentar meu bebê até os seis meses de idade, sem dar água, chá, outros leites ou qualquer outro alimento.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
2	Amamentar meu bebê em uma posição confortável para nós (ou para mim e ele).		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
3	Dar leite materno e outros alimentos saudáveis ao meu filho a partir dos seis meses de idade.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
4	Continuar amamentando meu filho até os dois anos de idade ou mais.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
5	Dar alimentos amassados, desfiados ou cortados de acordo com a idade do meu filho.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
6	Dar comida ao meu filho com uma colher.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		

7	Dar a comida ao meu filho em um prato só para ele.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
8	Dar água filtrada, fervida ou mineral ao meu filho após seis meses de idade.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
9	Dar água ao meu filho em um copo ou xícara após seis meses de idade.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
10	Dar comidas preparadas em casa ao meu filho.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
11	Dar alimentos ricos em ferro (carnes, fígado, coração, moela folhas verdes escuras) ao meu filho todos os dias.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
12	Dar frutas ao meu filho todos os dias.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
13	Dar legumes e verduras (ex: jerimum, acelga, alface, beterraba, cenoura, chuchu, pimentão, tomate) ao meu filho todos os dias.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		

14	Dar ovos, carnes (ex: boi, frango, peixe) ou miúdos (ex: fígado, moela, coração) ao meu filho todos os dias.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
15	Dar feijão, cereais (ex: arroz, milho), raízes e tubérculos (ex: batata inglesa, batata doce, macaxeira, inhame, cará,) ao meu filho todos os dias.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
16	Não dar mel ao meu filho antes de um ano de idade.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
17	Não dar leite de vaca líquido ou em pó ao meu filho antes de um ano de idade.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
18	Não dar alimentos que fazem mal à saúde do meu filho (ex: açúcar, café, salsicha, enlatados, frituras, refrigerantes, doces, achocolatados, salgadinhos, biscoito recheado, iogurte industrializado, macarrão instantâneo)		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
19	Lavar as mãos com sabão antes de preparar e no momento de dar comida ao meu filho.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		

20	Dar os alimentos preferidos (saudáveis) do meu filho quando ele está doente, respeitando seu apetite.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
21	Reconhecer quando meu filho está com fome.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
22	Reconhecer os sinais de que meu filho está satisfeito e não quer mais comer.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
23	Alimentar meu filho com atenção, sem estar distraída com outras coisas (ex: celular, televisão, tarefas domésticas).		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
24	Conversar e estimular meu filho (ex:dizendo nomes e cores dos alimentos) no momento em que estou dando a comida para ele.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
25	Não distrair meu filho com televisão, celular ou tablet no momento em que estou dando comida para ele.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
26	Dar um novo alimento,por pelo menos 10 vezes, antes de dizer que meu filho não gosta		1- não compreendi 2-compreendi pouco		

	dele.		3-compreendi bem		
27	Ajudar meu filho a comer com sua própria mão a partir de um ano de idade.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
28	Alimentar meu filho sem forçá-lo a comer quando ele não quer.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
29	Não usar alimentos para acalmar ou recompensar meu filho.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		
30	Ter uma alimentação saudável e ser o exemplo para meu filho.		1- não compreendi 2-compreendi pouco 3-compreendi bem		

APÊNDICE I - Procedimento Operacional Padrão

Pesquisa: “Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

Mestranda: Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães

Orientações gerais para aplicação do instrumento

- 1) Apresentar-se à mãe, informar seu nome e instituição de origem;
- 2) Explicar o objetivo da pesquisa;
- 3) Ler o TCLE;
- 4) Caso a mãe aceite participar da pesquisa, solicitar assinatura do TCLE;
- 5) Preencher o formulário de caracterização da amostra
- 6) Entregar uma cópia do instrumento de pesquisa à mãe a fim de que acompanhe a leitura dos itens;
- 6) Esclarecer quanto ao preenchimento do instrumento:
 - 6.1) Orientar a participante acerca da pontuação da escala de autoeficácia:

De 1 a 100, assinale o quanto se sente confiante em realizar a ação que está escrita no item.

Por exemplo:

“Se consegue realizar sempre ou quase sempre marque perto de 100.”

“Se a senhora se sente mais ou menos confiante, consegue realizar algumas vezes marque em torno de 50”.

“Se a senhora se sente pouco confiante em realizar o item, se é difícil de realizar... marque menor que 50.
 - 6.2) Orientar que a participante terá que avaliar o nível de compreensão sobre cada item podendo escolher uma das três alternativas (1- não compreendi, 2- compreendi pouco, 3- compreendi bem)
- 7) Iniciar a entrevista. Deixar claro que as dúvidas podem ser esclarecidas.
- 8) Após a primeira leitura junto com a mãe, será dada uma segunda explicação caso ela tenha dúvidas, evitando induzir as respostas. O item só poderá ser esclarecido duas vezes. Caso a mãe ainda não compreenda deverá ser excluída da pesquisa.

Por exemplo: Eu sou capaz de dar comida ao meu filho em um prato preparado somente para ele.

Sugestão: “Você se sente capaz em dar comida ao seu filho em um prato preparado só para ele?”

9) Após fornecer os esclarecimentos necessários, a participante deverá responder o item sem nenhuma outra interferência do entrevistador.

10) Ao finalizar a entrevista agradeça a participante.

APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre Esclarecido às Mães

Convidamos você para participar como voluntária da pesquisa: “Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente” que está sob responsabilidade da mestrandia Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães, (Rua Dr. Rinaldo Victor Fernandes, n.103, Jiquiá, Recife-PE. CEP:50771250, telefone: 987051256, email:viviclistenis@yahoo.com.br) sob orientação da Prof. Dr^a. Luciana Pedrosa Leal, telefone: 991829930 e email: lucianapleal@hotmail.com.

Se este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

O objetivo da pesquisa é construir uma escala para medir a confiança materna na alimentação da criança. Será realizada uma entrevista para preenchimento do instrumento com duração de 20 minutos. Informamos que esta pesquisa poderá acarretar riscos de possível constrangimento ou desconforto, porém a pesquisadora estará atenta para cumprir os princípios básicos da Bioética: a autonomia, não maleficência e beneficência.

Os benefícios diretos para você é que a pesquisadora estará disponível para tirar qualquer dúvida acerca da alimentação infantil após a pesquisa. Destaca-se que a contribuição dessa pesquisa trará para a comunidade científica um novo instrumento capaz de medir a confiança materna e revelar as dificuldades das mães na alimentação infantil para que as ações educativas em saúde sejam direcionadas.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os formulários coletados ficarão armazenados na pasta de arquivo pessoal sob responsabilidade da Dr^a. Luciana Pedrosa Leal no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901) no período de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a 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 Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente” como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Impressão digital (opcional)

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A- Instrumento de coleta de dados

Identificação
Título do artigo:
Título do periódico:
Autores:
País:
Idioma:
Ano de publicação:
Instituição sede do estudo:
Tipo de revista científica:
Tipo de publicação:
Características metodológicas do estudo
Objetivo: Pesquisa: () abordagem quantitativa () delineamento experimental () delineamento quase experimental () delineamento não experimental () abordagem qualitativa Não pesquisa: () revisão de literatura () relato de experiência () outras. Qual?
Amostra: Seleção: () randômica () conveniência () outra Tamanho (n): inicial _____ final _____ Características: idade _____; Sexo : masculino () feminino () raça: _____; Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos:
Tratamento dos dados:
Intervenções realizadas:
Variável independente:
Variável dependente:
Grupo controle: () sim () não
Instrumento de medida: () sim () não
Duração do estudo:
Métodos empregados para mensuração da intervenção:
Resultados:
Análise:
Tratamento estatístico:

Nível de significância:
Implicações: As conclusões são justificadas com base nos resultados: Quais são as recomendações dos autores:
Nível de evidência

Fonte: Ursi, Galvão, 2006

ANEXO B – Instrumento de avaliação do rigor metodológico

Questões	Considerações	
1) Objetivo está claro e justificado?	☐ explicita objetivo ☐ explicita relevância do estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
2) Há adequação do desenho metodológico ?	☐ há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
A AVALIAÇÃO DO ARTIGO SÓ DEVE SER PROSEGUIDA SE AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ANTERIORES FOREM “SIM”.		
3) Os procedimentos teórico- metodológicos são apresentados e discutidos?	☐ há justificativa da escolha do referencial, método ☐ explicita os procedimentos metodológicos Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	☐ explicita os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo. Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
5) A coleta de dados está detalhada?	☐ explicita a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) ☐ explicita o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte

6) A relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada?	☐ o pesquisador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção da amostra, na formulação de perguntas) ☐ descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
7) Os aspectos éticos de uma pesquisa foram respeitados?	☐ há menção de aprovação por comitê de ética ☐ há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	☐ explicita o processo de análise ☐ explicita como as categorias de análise foram identificadas ☐ os resultados refletem os achados Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
9) Resultados são apresentados e discutidos com propriedade?	☐ explicita os resultados ☐ dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores ☐ os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte
10) Qual o valor da pesquisa?	☐ explicita a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento) ☐ indica novas questões de pesquisa Comentários:	☐ Sim ☐ Não ☐ Em parte

* Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2013. Allrights reserved.

ANEXO C – Carta de anuência

PRÉFECTURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Viviane Maria Pereira de Carvalho Magalhães**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente"**, sendo orientada por Luciana Pedrosa Leal.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

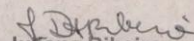
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização 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, 19 de julho de 2017.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Dantas Torres Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na
Saúde/UGES/DEGTES/SESAU
Matrícula 99 986-8

Rua Alfredo de Medeiros, 71, Espinheiro – CEP 52.021-030 – Recife – Pernambuco
fone: (81) 3355-1707 – CNPJ: 10.565.000/0001-92