



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

MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA

VALIDADE DE CONSTRUTO E CONFIABILIDADE DA *SELF-EFFICACY IN INFANT
CARE SCALE* – VERSÃO BRASILEIRA

RECIFE
2019

MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA

**VALIDADE DE CONSTRUTO E CONFIABILIDADE DA *SELF-EFFICACY IN
INFANT CARE SCALE* – VERSÃO BRASILEIRA**

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

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de enfermagem.

Grupo de Pesquisa: Cuidando da criança e família.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Luciana Pedrosa Leal.

Coorientadora: Prof^{fa} Dr^a Cleide Maria Pontes

RECIFE
2019

O48c Oliveira, Maria Clarissa Ferreira de
Validade de construto e confiabilidade da *self-efficacy in infant care scale* – versão brasileira/ Maria Clarissa Ferreira de Oliveira. – 2019.
85 f.; il.

Orientadora: Luciana Pedrosa Leal.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2019.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cuidado da criança. 2. Autoeficácia. 3. Estudos de Validação. 4. Educação em Saúde. 5. Enfermagem Pediátrica. I. Leal, Luciana Pedrosa. (orientadora). II. Título.

616.73 CDD (22.ed.) UFPE (CCS 2020 - 016)

MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA

VALIDADE DE CONSTRUTO E CONFIABILIDADE DA SELF-EFFICACY IN INFANT
CARE SCALE – VERSÃO BRASILEIRA

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

Dissertação aprovada em: 27/02/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Luciana Pedrosa Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Eliane Rolim De Holanda (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Iracema da Silva Frazão (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Gabriela Cunha Schechtman Sette (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico àqueles que me incentivaram a não desistir dos meus sonhos: meus pais, minha avó e meu irmão.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida, pelas bênçãos e graças derramadas ao longo desses anos. Por me socorrer diante dos momentos mais difíceis, por me dar forças e cuidar de mim com misericórdia e compaixão.

Aos meus pais, **Luiz Antonio de Oliveira** e **Alcioneide Ferreira da Silva Oliveira**, por todo amor, carinho e paciência. Por serem os meus melhores amigos e estarem presentes em todas as situações da minha vida, me encorajando, me auxiliando e me estimulando a vencer.

Ao meu irmão, **Luiz Antonio de Oliveira Júnior**, por ser uma das minhas maiores inspirações, o meu exemplo de dedicação, persistência, coragem e fé.

À minha avó, **Aliete Ferreira da Silva**, pelas orações realizadas, por acreditar na minha capacidade e por todo amor e cuidado ofertados a mim.

Aos meus **familiares** por todo carinho, acolhimento e atenção.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a **Luciana Pedrosa Leal** e à minha coorientadora, Prof^a Dr^a **Cleide Maria Pontes**, por confiarem no meu potencial, pela disponibilidade e por todos os conselhos e ensinamentos essenciais para o desenvolvimento desse estudo e para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE** por contribuírem para o enriquecimento dos meus conhecimentos técnico-científicos.

Aos **profissionais das Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário IV** por terem me acolhido e permitido a execução deste estudo nos seus ambientes de trabalho.

Às **mães** participantes por terem cedido o seu tempo para o compartilhamento de suas experiências acerca dos cuidados com às crianças.

À doutoranda **Bárbara Helena de Brito Angelo** por ter colaborado com seus conhecimentos e conselhos para a elaboração da capacitação e padronização dos procedimentos de coleta de dados.

Às participantes do grupo de pesquisa Cuidando da Criança e Família, **Milena Conceição Pereira da Silva**, **Rita de Cássia Sofia Barreto Bezerra** e **Thayse Andressa Nascimento Silva**, por terem auxiliado nas entrevistas com as mães.

Ao professor **Marcos Venícios Lopes** pela disponibilidade e consultoria estatística imprescindível para a análise dos dados deste estudo.

Às professoras prof^a Dr^a **Eliane Rolim de Holanda**, prof^a Dr^a **Gabriela Cunha Schechtman Sette** e prof^a Dr^a **Iracema da Silva Frazão** por terem aceitado o convite para

participarem da banca examinadora e pelas contribuições feitas para o enriquecimento deste trabalho.

Aos meus colegas da turma oito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, em especial, **Laura Cristhiane Mendonça Rezende Chaves, Valesca Patriota de Souza e Cibele Pessoa de Albuquerque** pelo compartilhamento de vivências e auxílio durante esse processo de aprendizagem.

À minha professora, **Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli**, por ter me feito despertar o desejo pela área acadêmica e por ter contribuído para que eu alcançasse os requisitos necessários para o desenvolvimento das minhas habilidades profissionais.

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas [...]Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.” (CORALINA, 1964).

RESUMO

Os procedimentos necessários à construção e validação de instrumentos são bastante rigorosos, a fim de garantir sua confiabilidade e que realmente avaliem aquilo a que se propõem. As escalas que mensuram a autoeficácia dos cuidados à criança, como a *Self Efficacy in Infant Care Scale* - SICS, são ferramentas facilitadoras do processo de investigação do enfermeiro, pois permitem identificar a qualidade dos cuidados ofertados. No Brasil, essa escala foi traduzida e teve seus elementos adaptados à realidade cultural do país, além de ter sido submetida a validação de conteúdo, seguindo os procedimentos cientificamente adotados para a validação de instrumentos. Para que a SICS seja utilizada, por profissionais brasileiros, é necessário concluir a avaliação de suas características psicométricas. O objetivo do estudo foi avaliar a validade do construto e a confiabilidade da *Self - efficacy in Infant Care Scale* (SICS) – versão brasileira. A pesquisa desenvolvida é um estudo metodológico, executado nas Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário IV do município de Recife-PE. A amostra foi composta por 215 mães sorteadas, a partir das listas de cadastro das consultas de puericultura, que referiram ser as responsáveis pelos cuidados prestados aos seus filhos de zero a 12 meses. A coleta dos dados foi realizada em duas etapas, o teste e o reteste, respectivamente. As mulheres foram convidadas a participar do estudo no dia agendado para a consulta de puericultura. Os instrumentos utilizados foram a versão traduzida e adaptada para o português da SICS e um formulário sócio demográfico. As entrevistas ocorreram na unidade, ou no domicílio da mãe, de acordo com a sua preferência. Os dados coletados foram digitados em dupla entrada, armazenados e analisados pelo software IBM-SPSS for Windows, versão 21.0. Houve a execução dos procedimentos analíticos referentes a validação de construto, a partir da análise fatorial confirmatória e a confiabilidade do instrumento, por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação Intraclasse. Todos os aspectos éticos foram respeitados, conforme a Resolução 466/12 e suas complementares. A análise fatorial confirmatória revelou que a versão original da SICS não possuía valores satisfatórios (χ^2 582, 626 p < 0,001; TLI 0,681), havendo a necessidade de retirar alguns itens para que a escala se tornasse adequada (RMSEA: 0,055; SRMR: 0,071). O modelo final apresenta 20 variáveis, distribuídas em quatro fatores. Possui boa consistência interna (α 0,85) e os coeficientes de correlação intraclasse foram significativos. A SICS – versão brasileira é um instrumento válido e confiável para mensurar a autoeficácia materna nos cuidados a crianças de zero a 12 meses, porém a sua versão final apresentou melhores ajustes na análise fatorial confirmatória do que o seu modelo com 43 itens.

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

ABSTRACT

The construction and validation of instruments require rigorous procedures, in order to guarantee reliable instruments that really evaluate what they propose. Scales that measure self-efficacy in child care, such as the Self-Efficacy in Infant Care Scale (SICS), are tools that facilitate the investigation process of nurses, since they aim to identify the care quality offered. In Brazil, this scale was translated to portuguese had its elements adapted to the cultural reality of the country, and was subjected to content validation, following the scientific procedures for instruments validation. Before Brazilian professionals start using SICS, it is necessary to complete the evaluation of this scale's psychometric characteristics. The aim of this study was to evaluate the construct validity and reliability of the Self-Efficacy in Infant Care Scale - Brazilian version. The developed research is a methodological study, carried out in the Family Health Units that belong to the Sanitary District IV of the city of Recife-PE. The sample consisted of 215 mothers chosen randomly from the list of patients that attended to child care consultations and who reported being responsible for the care provided to their children from zero to 12 months. The data was collected in two stages, the test and the retest, respectively. The women were invited to participate in the study, on the scheduled day of the child care consultation. The instruments used were the version of SICS adapted and translated to portuguese and a socio-demographic form. The interviews occurred either at the unit, or at the mother's home, according to their preference. Firstly, the collected data was typed in double entry, stored and analyzed by the software for Windows IBM-SPSS, version 21.0. Then, we employed Confirmatory Factor Analysis for construct validity, and the Cronbach Alpha Coefficient and the Intraclass Correlation Coefficient to measure the instrument reliability. All ethical aspects have been respected, in accordance with Resolution 466/12 and its complementary ones. The Confirmatory Factor Analysis revealed that the original version of the SICS did not have satisfactory values (χ^2 582, 626 $p < 0.001$; TLI 0.681), therefore it was necessary to remove some of the items to make the scale adequate (RMSEA: 0.055; SRMR: 0.071). The final model presents 20 variables, distributed in four factors. It has good internal consistency (α 0.85) and the Intraclass Correlation Coefficients were significant. The SICS - Brazilian version is a valid and reliable instrument to measure maternal self-efficacy in the care of children from zero to 12 months, but the final version presented better adjustments in the Confirmatory Factor Analysis than the full model with 43 items.

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

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Plano amostral referente ao teste da Self-Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira.....	38
Tabela 2 –	Características sociodemográficas das mães cadastradas nas USF do DSIV.....	47
Tabela 3 –	Características referentes à moradia, abastecimento/tratamento da água para consumo e destino dos dejetos das mães cadastradas nas USF do DS IV.....	49
Tabela 4 –	Fatores relacionados aos cuidados com a criança e orientações recebidas por mães cadastradas nas USF do DS IV.....	49
Tabela 5 –	Análise fatorial confirmatória do modelo construído para a escala <i>Self-Efficacy in Infant Care Scale</i> – versão brasileira.....	50
Tabela 6 –	Valores das correlações entre os itens e alfa de Cronbach da versão construída para a <i>Self-Efficacy in Infant Care Scale</i> – versão brasileira.....	51
Tabela 7 –	Estabilidade teste-reteste para os itens da versão final da SICS.....	52
Tabela 8 –	Média dos escores global e domínios da <i>Self-Efficacy in Infant Care Scale</i> – versão brasileira.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
et al.	e outro
PE	Pernambuco
POP	Procedimento Operacional Padrão
RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i>
RPA	Região Político Administrativa
SICS	<i>Self-Efficacy in Infant Care Scale</i>
SRMR	<i>Standard- ized Root Mean squared Residual</i>
TLI	<i>Tucker-Lewis Indice</i>
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVO	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	A parentalidade para o desenvolvimento do cuidado	20
3.2	Teoria da autoeficácia e o processo do cuidar	23
3.3	Aspectos históricos dos cuidados à criança	26
3.4	Enfermagem e educação em saúde no cuidado à criança	29
3.5	Instrumentos avaliativos dos cuidados à criança	31
4	MÉTODO	36
4.1	Tipo de estudo	36
4.2	Procedimentos empíricos	36
4.2.1	Local do estudo.....	36
4.2.2	População e amostra	38
4.2.3	Instrumento.....	40
4.2.4	Coleta de dados.....	41
4.3	Procedimentos analíticos.....	42
4.3.1	Validação de construto	42
4.3.2	Confiabilidade do instrumento	45
4.4	Aspectos éticos	46
5	RESULTADOS	47
6	DISCUSSÃO	54
7	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS.....	61
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	69
	APÊNDICE B - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO.....	72
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74
	ANEXO A - SELF EFFICACY IN INFANT CARE SCALE	76
	ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA.....	78
	ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....	79
	ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	80
	ANEXO E - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS.....	85

1 INTRODUÇÃO

A infância constitui-se em um período importante do desenvolvimento humano. Nela, há uma série de alterações físicas, psicossociais, cognitivas e emocionais, o surgimento de habilidades motoras, de linguagem, além de outras aquisições necessárias às funções cotidianas do indivíduo e à sua interação com o meio (SOUZA, VERÍSSIMO, 2015).

O desenvolvimento neuropsicomotor nessa fase é intenso, sobretudo nos primeiros anos de vida, e as potenciais características emocionais e sociais, formadoras da personalidade e condutas humanas, são construídas (BRASIL, 2016). A criança se desenvolverá de acordo com os recursos e estímulos disponíveis, ofertados pelo cuidado responsivo às suas necessidades (SOUZA, VERÍSSIMO, 2015).

O crescimento e o desenvolvimento infantil estão susceptíveis a interferência de inúmeros fatores biológicos e socioambientais que, de acordo com sua origem, podem ser complicadores e/ou facilitadores desse processo. As ações de saúde e os cuidados prestados ao público infantil devem ser priorizados a fim de potencializar os elementos favoráveis à sua proteção e minimizar os riscos (BRASIL, 2014).

A qualidade desse cuidado exerce influência direta na saúde, sucesso escolar, concentração e aprendizagem, autoestima, interação social, autoproteção, dentre outros. Portanto, a criança necessita de cuidados adequados à sua faixa etária, que promovam não apenas as condições necessárias à sua sobrevivência, mas que contribuam para o seu crescimento e desenvolvimento saudável e a prepare para a vida familiar e comunitária (PEREIRA, *et al.*, 2015).

Por a criança apresentar déficit do autocuidado, em virtude da imaturidade física e cognitiva, característica da infância, os cuidados são prestados por atores da sua rede social. Esse termo refere-se ao conjunto de relações significativas que o ser humano estabelece ao longo de sua vida com outros indivíduos e que o auxilia nas suas atividades cotidianas (SANÍCOLA, 2015).

A família é reconhecida como o principal elemento da rede social pertencente a infância devido a sua função de promover os cuidados essenciais à manutenção da saúde e ao desenvolvimento humano, sobretudo nos primeiros anos de vida (DOLAN, *et al.*, 2015). O primeiro contato social da criança ocorre dentro do contexto familiar e a figura materna, na maioria das vezes, é a principal responsável por assumir esses cuidados, sobretudo porque, nos primeiros meses de vida, a mãe é a pessoa que passa a maior parte do tempo ao seu lado (GOMES, *et al.*, 2015).

A relação parental estruturada por meio do vínculo afetivo estabelecido entre os pais e o seu filho e a interação existente entre eles com a família são fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento infantil. A capacidade que os pais têm em cuidar e alimentar sentimentos positivos para com a criança, contribuirá para o aumento da sua qualidade de vida e bem-estar (BOING, CREPALDI, 2016).

As ações em saúde, realizadas pela família no cuidado à criança, são estruturadas a partir de práticas, saberes, crenças e valores adquiridos culturalmente pela sociedade e transmitidos através das gerações. A maior parte delas está voltada a atender as suas necessidades gerais de saúde, assim como a dieta, estímulo ao desenvolvimento e práticas para prevenção de acidentes (MOURA, *et al.*, 2014).

Contudo, muitos familiares apresentam dúvidas em relação a prestação desses cuidados (OLIVEIRA, ROCHA, 2015). Aspectos relacionados a limpeza do coto umbilical, escolha de vestimentas, terapia não-medicamentosa para prevenção e tratamento das cólicas intestinais, primeiros socorros, aleitamento materno, transição alimentar são alguns dos aspectos que geram incertezas e interferem na aquisição da autoeficácia dos cuidadores (GOMES, *et al.*, 2015).

A crença que o ser humano apresenta, em relação a sua capacidade de desempenhar uma determinada função ou comportamento com segurança, define a autoeficácia (BANDURA, 1997). No processo do cuidar da criança, essa crença é um importante preditor de práticas parentais positivas, incentiva a execução de ações benéficas e otimiza a capacidade de superar obstáculos e entraves (OLIVEIRA, *et al.*, 2013).

As experiências prévias dos pais com o cuidado com as crianças, o apoio da família, o afeto pelos filhos, aconselhamento pessoal, o nível socioeconômico e de escolaridade, o desejo pela gravidez, a capacidade de interpretar e compreender as informações em saúde relacionadas ao processo do cuidar são fatores que exercem influência direta na percepção da autoeficácia parental (GNYAWALI, LAMSAL, 2016).

Na atenção básica, mais precisamente, nas consultas de puericultura, o enfermeiro realiza a consulta de enfermagem, que tem como objetivo principal acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e oferecer subsídios para que a criança alcance todo o seu potencial evolutivo. Para isso, ele precisa conhecer a família e apoiá-la durante esse processo do cuidar, do ponto de vista emocional, informativo e presencial (MERG, MENEZES, 2018).

O enfermeiro, assim como outros profissionais da saúde, possui a responsabilidade e o compromisso de desenvolver práticas educativas com a finalidade de orientar a família e a comunidade acerca dos cuidados necessários ao bem-estar das crianças, que estimulem o seu

desenvolvimento e crescimento saudáveis e eliminem ou minimizem os riscos que podem afetar a qualidade de vida desses indivíduos (PEREIRA, *et al.*, 2015).

As ações de educação em saúde, realizadas pelo enfermeiro, devem considerar a autoeficácia dos cuidadores e o seu saber popular, a fim de nortear as práticas educativas, fundamentadas nos conhecimentos científicos, reconstruir significados e atitudes junto à comunidade; e otimizar os cuidados voltados ao público infantil (FALKENBERG, *et al.*, 2014).

Para identificar a autoeficácia dos cuidadores de crianças são utilizados instrumentos de medição validados. No meio científico, há diversas escalas que avaliam a confiança das pessoas, em relação aos cuidados prestados. A Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS) é um exemplo desses instrumentos. A SICS foi construída e validada com o intuito de reunir todos os elementos envolvidos no processo do cuidar, em lactentes de zero a 12 meses (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

A SICS, em sua versão original, é um instrumento em formato de questionário auto administrado, constituído por 44 questões divididas em quatro domínios, pertinentes à autoeficácia das mães, no que diz respeito à promoção do desenvolvimento, cuidados gerais da saúde, segurança e dieta das crianças. Essa escala foi validada por juízes e pelo público alvo, formado por mães tailandesas (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

Os procedimentos necessários à construção e validação de instrumentos são bastante rigorosos e complexos, a fim de que sejam utilizados de forma confiável e que realmente avaliem aquilo a que se propõem (PASQUALI, 2011). As escalas que avaliam a autoeficácia dos cuidados à criança, como a SICS, são ferramentas facilitadoras do processo de investigação do enfermeiro, pois oferecem subsídios na identificação de como os cuidados estão sendo ofertados (MOURA, 2015).

Para que a SICS seja utilizada por profissionais brasileiros, é necessário que suas características psicométricas sejam avaliadas. Essa análise pode ser realizada a partir da validação de conteúdo, validação relacionada ao critério e validação de construto (RIBEIRO, *et al.*, 2013). No Brasil, após ter sido traduzida, adaptada à realidade cultural do país e submetida a validação de conteúdo, seguindo os procedimentos cientificamente adotados para a validação de instrumentos, a escala apresenta 43 itens, subdivididos em quatro domínios relacionados a promoção do desenvolvimento, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. (MOURA, 2015).

A validação de construto da versão brasileira da SICS permitirá avaliar se suas propriedades realmente apresentam medidas da variável latente que pretende medir. A validade e a confiabilidade são aspectos analisados nesse tipo de método. A validade refere-se à

capacidade da escala medir exatamente aquilo a que se propõe, e a confiabilidade indica a consistência e a estabilidade com que o instrumento mede um atributo (CUNHA, NETO, STACKFLETH, 2016). Após a realização dessa etapa, a SICS será totalmente validada e poderá ser utilizada com segurança pelos enfermeiros e outros profissionais do Brasil durante as suas atividades de assistência à saúde da criança.

No que se refere à assistência do enfermeiro, este é responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, anamnese, exame físico, identificação das possíveis queixas relatadas pelos familiares e orientação quanto aos cuidados prestados à criança. No desempenho dessas atividades, muitas vezes, esses profissionais desconsideram os conhecimentos prévios das mães e/ou cuidadores e fornecem informações desarticuladas das necessidades individuais. Essa escala contribuirá para investigar a autoeficácia das mães nos cuidados à criança; identificar em que domínio/ações elas se sentem menos confiantes e direcionar a seleção das informações durante as práticas assistenciais.

A SICS poderá auxiliar os profissionais da saúde no desenvolvimento de estratégias educacionais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das crianças e no incentivo aos cuidadores, para que se tornem cada vez mais ativos nesse processo. Diante disso, essa dissertação buscou responder à pergunta de pesquisa: Qual a validade do construto e a confiabilidade da *Self-efficacy in Infant Care Scale* – versão brasileira?

De acordo com as normas estabelecidas pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, essa dissertação foi construída em sete capítulos referentes a introdução, objetivo, revisão da literatura, método, resultados, discussão e conclusão.

2 OBJETIVO

Avaliar a validade de construto e a confiabilidade da *Self - efficacy in Infant Care Scale* (SICS) – versão brasileira.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A parentalidade para o desenvolvimento do cuidado infantil

A parentalidade é um termo com conceituações amplas e diversas, que apresenta peculiaridades a depender do seu contexto, mas que de modo geral, é utilizado para designar as funções e os papéis exercidos pelos pais no sustento socioeconômico, manutenção da saúde, garantia da vida e bem-estar dos seus filhos (STRECHT, 2015). É uma construção social da relação dinâmica entre pais e filhos que está em constante transformação e readaptação. Varia conforme o meio familiar, a cultura e o tempo (SOUZA, FONTELLA, 2016).

Para a formação da parentalidade, o indivíduo é submetido a uma reorganização das suas funções nos âmbitos intra e interpessoais. As mudanças nessa fase permitem o surgimento da identidade materna e paterna. Todavia, ser um progenitor não garante o desenvolvimento do senso e condutas parentais. É necessário que os indivíduos vivenciem os desafios e as particularidades dessa fase, caracterizada pela dualidade entre sentimentos de incerteza/incapacidade e aquisição da autoeficácia para a construção do comportamento parental destinado ao cuidado da criança (MARTINS, ABREU, FIGUEIREDO, 2017).

Por se tratar de uma fase dinâmica, complexa e de intensas transformações, a parentalidade requer mudança de hábitos, esforço e dedicação por parte dos pais para se adaptarem ao novo contexto social em que estão inseridos, tendo a consciência de que serão os responsáveis por prover os cuidados necessários a manutenção da vida e da saúde dos seus filhos (GOUVEIA, PIRES, HIPÓLITO, 2015).

Os comportamentos parentais, frente às ações do cuidado aos filhos, apresentam características diversificadas a depender do gênero e das configurações familiares. A parentalidade é construída tanto entre os pais biológicos, quanto naqueles que apresentam um vínculo afetivo e são os responsáveis legais da criança (MACHADO, CARNEIRO, MAGALHÃES, 2015).

A figura materna, adquire os primeiros sinais da formação parental a partir do desejo de ter um filho. O planejamento para cuidar de uma nova vida e o período de gravidez até a concepção podem favorecer o início da formação do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. Os cuidados pré-natais auxiliam a mãe na percepção de que ela é a responsável por manter a subsistência do seu filho (GOUVEIA, PIRES, HIPÓLITO, 2015).

Com a chegada da criança, a mãe, na maioria das vezes, apresenta-se como sua principal cuidadora, tendo em vista que principalmente nos primeiros meses de vida, é ela quem

permanece a maior parte do tempo ao seu lado e supre as suas necessidades físicas, psíquicas e emocionais, fato que fortalece e estimula a construção da parentalidade (MARTINS, ABREU, FIGUEIREDO, 2014).

A parentalidade materna sofre a interferência dos aspectos emocionais e comportamentais da mulher, suas ideologias, anseios, lembranças positivas e traumáticas da infância, medos e expectativas acerca do futuro (GORIN, et al., 2015). Sendo consolidada, a parentalidade promove uma maior interação entre a mãe e o seu filho, rica em sentimentos afetuosos e de segurança, importantes para a promoção do desenvolvimento da criança (LINS *et al*, 2015).

Na perspectiva da paternidade, a ideia de receber e cuidar de um filho geralmente desperta no pai a necessidade de reorganização da estrutura familiar e preparação do ambiente para o seu acolhimento. O homem começa a interagir com o bebê por meio de conversas e toques ainda no período intra-útero e ao longo das fases da vida da criança, vai se envolvendo emocionalmente e de forma comportamental (SOARES, et al., 2015).

Houve uma modificação do papel do pai nas últimas décadas. A figura paterna era percebida como um cuidador secundário, sendo apenas responsável por essa tarefa em casos de necessidades especiais, quando a mulher se apresentava doente ou quando não estava presente no meio familiar. A função do homem resumia-se ao sustento do lar (MARTINS, ABREU, FIGUEIREDO, 2014).

Na contemporaneidade, há uma maior participação paterna nas ações de cuidado e educação dos filhos. O homem tem se preocupado em ser mais ativo dentro da dinâmica familiar, tornando-se mais presente no processo do cuidar e sensível as necessidades de afeto e fortalecimento do vínculo afetivo com a criança (SILVA, SILVA, 2014).

As funções parentais variam de acordo com a faixa etária da criança. Durante o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, ela apresentará necessidades físicas, sociais e emocionais diferentes e, portanto, o comportamento na prestação dos cuidados deve ser modificado a fim de atender tais particularidades. A base da formação dos estilos parentais de cuidado acontece nos primeiros meses de vida da criança e certos costumes irão se perpetuar ao longo dessa relação entre pais e filhos (MACANA, COMIM, 2015).

Um comportamento parental inadequado ou a sua ausência, pode resultar em alterações na saúde e no desenvolvimento biopsicossocial da criança que repercutirão ao longo de todo o seu ciclo vital. Alguns fatores, como a disponibilidade ou não de um apoio social consistente, os padrões culturais e ideologias envolvendo a conjuntura familiar e suas funções, interferem

na formação da parentalidade e na maneira como o cuidado, segurança, fortalecimento do vínculo afetivo e proteção são oferecidos pelos pais a sua prole (TAYLOR, et al., 2015).

A relação existente entre pais e filhos media a aprendizagem e o desenvolvimento infantil através das interações que a criança vivencia e das habilidades cognitivas alcançadas pelos estímulos disponíveis nesse meio. Essas influências sociais e parentais afetam significativamente a aquisição das funções intelectuais da infância (PAPALIA, OLDS, FELDMAN, 2009).

O envolvimento parental é um fator contribuinte para o alcance da formação do vínculo social da criança. Os pais são os responsáveis por gerar estímulos que permitem o desenvolvimento e consolidação de habilidades cognitivas e emocionais. A partir do vínculo afetivo entre pais e filhos, a criança constrói uma maior interação com o meio, desenvolvendo suas aptidões sociais e cognitivas de forma eficaz. Os pais que apresentam um maior nível de conhecimento sobre a importância do desenvolvimento infantil promovem momentos de interatividade e estimulação dos seus filhos com maior qualidade (RONCALLO, BARRETO, MIGUEL, 2018).

O reconhecimento da criança como um ser que necessita de proteção e de condições viáveis para a sua sobrevivência e dos pais como fornecedores do cuidado responsivo a essas necessidades caracteriza a parentalidade positiva. Esse termo refere-se ao conjunto de atribuições e funções que os genitores executam para a prevenção da saúde física, emocional, cognitiva e segurança dos seus filhos. Além de promover uma educação satisfatória por meio da comunicação, relação afetiva, disciplina, promoção do autocontrole e estabelecimento de limites com consistência e amor (SEAY, FREYSTEINSON, MCFARLANE, 2014).

A parentalidade positiva direciona a conduta utilizada pelos pais no cuidado com seus filhos para a criação de um meio que viabilize o processo educacional da criança favorecendo a constituição das funções cognitivas durante os primeiros anos de vida. Além disso, torna-os capazes de desenvolver comportamentos que auxiliam na interação com sua prole, através da demonstração de afeto e de uma relação cordial, encorajando a criança a explorar os estímulos ao seu redor com segurança e atitudes saudáveis (SEAY, FREYSTEINSON, MCFARLANE, 2014).

O equilíbrio emocional dos pais permite que os mesmos executem ações de cuidado positivas possibilitando que o bebê adquira sensação de segurança pela regulação da sua relação com os estímulos externos, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia, capacidade de interação social e resolução de conflitos. Vale ressaltar que comportamentos negativos e persistentes dos pais podem conduzir a problemas no desenvolvimento cognitivo, atraso das

suas funções executivas, alterações comportamentais e até físicas nas crianças (MARTINS, LEÓN, SEABRA, 2016).

As condutas parentais mais adequadas devem estar de acordo com cinco princípios: sustento, em que os pais tem a obrigação de suprir as necessidades da criança com afeto e amor; estrutura e orientação relacionadas a proporcionar a criança sensação de segurança e uma estrutura necessária ao seu crescimento e desenvolvimento; reconhecimento, considerando a criança como um ser pleno de direitos; empoderamento e autonomia fator que contribui para ajudar a criança a desenvolver competências e autocontrole; e por fim, educação não-violenta, princípio em que exclui todos os castigos corporais e psicológicos nocivos e humilhantes (COUNCIL OF EUROPE, 2006).

Realizar esses comportamentos, respeitando todos os princípios da parentalidade positiva, é um desafio que requer dedicação, mudanças familiares e aprendizagem. Na maioria das vezes, os pais vivenciam situações que podem gerar dúvidas e dificuldades que interferem na sua confiança e no processo de cuidar dos seus filhos. Quanto maior a autoeficácia dos pais, mais suave será a construção da parentalidade com atitudes saudáveis para a manutenção da saúde e preservação do crescimento e desenvolvimento infantil (WITTKOWSKI, GARRET, CALAM, WEISBERG, 2017).

3.2 Teoria da autoeficácia e o processo do cuidar.

O termo autoeficácia refere-se as percepções do indivíduo em relação as suas próprias ações, o julgamento que ele tem sobre a sua capacidade de realizar com destreza uma determinada tarefa ou comportamento. Essa crença afetará os eventos de sua vida, a maneira como se percebe no mundo, seus sentimentos, motivações e o modo como reage diante de entraves e situações adversas (BANDURA, 2012).

Tal conceito foi definido pela primeira vez a partir da Teoria da Aprendizagem Social, posteriormente denominada de Teoria Social Cognitiva, fundamentada pelo psicólogo Albert Bandura que defende a ideia de que o homem não é apenas um produto, mas também é quem produz os sistemas sociais. As condutas humanas, segundo a teoria, são regidas por fatores interativos, em sua grande maioria. O homem não controla quais eventos terá de vivenciar, mas exerce influência sobre suas ações e como elas repercutirão ao longo de sua existência (BANDURA, 1986).

As crenças da autoeficácia irão repercutir na maneira como o ser humano age e se percebe diante dos eventos cotidianos. Elas influenciam nas escolhas e ações humanas,

determinam o nível de dedicação e esforço destinado ao alcance de objetivos, na perseverança em ultrapassar obstáculos, no sentimento de resiliência frente às adversidades, no modo de pensar, na satisfação pessoal e segurança diante de comportamentos e atitudes (NUNES, 2008).

As pessoas, que se julgam capazes, esperam que suas ações tenham resultados positivos e se sentem mais seguras em executá-las. Todavia, pode haver o surgimento de alterações da realidade. O indivíduo, nesse caso, acredita que é detentor de habilidades que não o pertence, prejudicando a sua relação harmônica com o meio. Já os indivíduos com baixa autoeficácia acreditam que não são aptos a realizar certas atividades e muitas vezes isso os priva de tentar desempenhá-las e os impedem de desenvolver suas potencialidades (NUNES, 2008).

A percepção da autoeficácia é adquirida a partir de quatro fontes que são descritas como: a experiência de domínio, a experiência vicária, a persuasão verbal e os estados somáticos e emocionais (BANDURA, AZZI, POLYDORO, 2008).

A experiência de domínio refere-se à vivência pessoal do indivíduo em relação a uma determinada situação, é o percurso que o indivíduo cursou para enfrentar adversidades e superar obstáculos. O senso de autoeficácia é adquirido dessa forma, de acordo com as experiências prévias de cada pessoa. Uma experiência positiva pode contribuir para o aumento da motivação em realizar atividades que sejam semelhantes as situações vivenciadas anteriormente. Um evento negativo, no entanto, despertará um sentimento de insegurança e incapacidade, prejudicando o desempenho de suas ações. Essa é a fonte de maior influência, tendo em vista que a sua aquisição é baseada em uma experiência de sucesso autêntica (BANDURA, 1977).

A experiência vicária, também denominada de observacional ou de aprendizagem vicária, diz respeito à observação de pessoas realizando determinadas ações. É o compartilhamento de experiências de outros indivíduos próximos que podem servir como modelos de informações sobre um dado comportamento. Analisar a ação bem-sucedida de outras pessoas pode estimular o ser humano a acreditar que ele também é capaz de obter êxito em atividades semelhantes (BANDURA, 1977).

O fato de o observador acreditar que é similar a pessoa que age com sucesso numa determinada tarefa, o torna igualmente capaz e viabiliza o aumento da sua autoeficácia. Em contrapartida, quando enxerga o fracasso na ação de seus semelhantes, apesar da dedicação e esforço despendidos, ele pode se sentir desestimulado e ter sua dedicação e desempenho enfraquecidos (BANDURA, 1977).

A persuasão verbal/social é um fator dessa crença que fortalece os demais, pois quando há argumentos convincentes que estimulem o indivíduo a ter segurança em si mesmo e que valorizem as suas habilidades, maior será a sua percepção de autoeficácia. E por fim, há o fator

estado somático e emocional. Algumas emoções como a ansiedade, o estresse, a excitação podem interferir no senso de autoeficácia dos seres humanos de forma negativa, já o estado afetivo e fisiológico positivo pode aumentar (BANDURA, 1977).

O termo autoeficácia tem sido utilizado como parâmetro de avaliação do desempenho humano em diversos contextos e áreas do conhecimento. No que se refere a prestação dos cuidados, esse conceito é definido como a crença do indivíduo na sua capacidade de executar com segurança ações voltadas à prevenção, reabilitação e promoção da saúde (HAMPTON, NEWCOMB, 2018).

Durante o processo do cuidado à criança, a autoeficácia é considerada um importante preditor de comportamentos positivos e práticas preventivas relacionadas à preservação da saúde e ao crescimento e desenvolvimento infantil. No que diz respeito as situações de grandes mudanças de vida e hábitos, como na transição para a parentalidade ou para o exercício do papel de cuidador em situações de doença, essa crença pode servir como um recurso de adaptação pessoal ou de vulnerabilidade, a depender do seu nível (WITTKOWSKI, *et al.*, 2017).

No campo das relações familiares, níveis elevados de autoeficácia são contribuintes para o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e filhos e promotores da execução de ações bem-sucedidas destinadas ao cuidado à criança. Já os baixos níveis dessa crença estão associados ao aumento da sobrecarga e estresse e a diminuição da satisfação quanto ao papel parental (CRNIC, ROSS, 2017).

No campo da experiência de domínio, as vivências prévias de cuidado dos pais são importantes recursos pessoais que interferem na segurança dos seus atos e preocupações sentidas a respeito das demandas dos seus filhos. Prestar os cuidados a um primeiro filho, torna-os mais habilidosos e seguros para cuidar dos demais. Assim sendo, um pai em idade produtiva e madura, em virtude das suas vivências, pode se sentir mais confiante em prestar assistência e reconhecer as necessidades do seu filho do que um pai adolescente ou de primeira viagem (SILVA, SILVA, 2014).

As experiências positivas e o nível de conhecimento dos cuidadores contribuem para o aumento da percepção de autoeficácia percebida e faz com que as pessoas realizem os cuidados adequados e consigam ter mais agilidade na tomada de decisões para resolução de problemas. Altos níveis de autoeficácia são fatores que contribuem para o desenvolvimento de competências que auxiliam na prestação dos cuidados à criança tanto em situações corriqueiras quanto de adoecimento (GOMES, *et al.*, 2017).

Na experiência vicária, os cuidadores que compartilham as suas vivências e observam o sucesso de seus pares, aumentam a crença em relação as suas habilidades durante o processo

do cuidar. Estudo que avaliou a autoeficácia de cuidadores de crianças do espectro autista evidenciou que as pessoas que compartilharam suas vivências, minimizaram as situações impactantes e estressoras advindas da sobrecarga do cuidado (TABAQUIM, VIEIRA, RAZERA, CIASCA, 2015).

Outro fator que interfere no julgamento da capacidade de cuidar do outro é o estado emocional e fisiológico. No âmbito dos cuidados maternos, em relação a sua capacidade de amamentar, experiências como fadiga, dor, estresse e ansiedade são significativos para a redução dos níveis de autoeficácia percebidos (CONDE, et al., 2017).

Além do mais, o profissional da saúde, especialmente o enfermeiro, é essencial para o fortalecimento do senso de confiança percebido pelos cuidadores. As ações educativas em saúde são estratégias importantes para a persuasão verbal da família, estimulando o desenvolvimento de habilidades e o sentimento de segurança durante a prestação dos cuidados à criança (SABINO, et al., 2018). Essas orientações, ofertadas pelos profissionais para auxiliar os familiares durante o processo do cuidar, tornou-se mais evidente por meio do fortalecimento das políticas que preconizam a atenção integral à saúde infantil.

3.3 Aspectos históricos dos cuidados à criança.

A construção histórica das políticas públicas envolvendo à saúde da criança inicia-se com a percepção das peculiaridades da infância e a mudança da sua representação social frente à família, à comunidade e ao Estado. Durante o período medieval, a infância não era reconhecida como uma fase de características próprias e cuidados específicos. As crianças recebiam tratamentos similares aos adultos, a taxa de mortalidade infantil era bastante elevada e não havia estratégias relacionadas ao controle de morbidades, prevenção de agravos ou promoção da saúde voltadas a esse público (ARIÉS, 1981).

Todavia, há relatos de que ainda na idade média, médicos escreviam cartas sobre higiene, dieta, atividade física e hábitos de sono das crianças (RANGROO, 2008). No século XVI, estudiosos começaram a dar mais atenção para a área da pediatria, disseminando ideologias que corroboravam com a assertiva de que a infância corresponde a um período único na vida do ser humano, com necessidades e condutas específicas (KRAMER, 2002; ARAÚJO, et al., 2014).

A implementação de um cuidado sistematizado e distinto surgiu a partir do século XVIII (KRAMER, 2002). Com as mudanças ocorridas nas relações de trabalho e dinâmica familiar, o afeto entre pais e filhos tornou-se evidente. A possibilidade da geração de renda e

enriquecimento do Estado em virtude da educação e formação das crianças, trouxe consigo a preocupação com o futuro da população infantil e a necessidade de preservar os meios para o seu crescimento e desenvolvimento (ÁRIES, 1981).

Com a revolução industrial houve um aumento significativo no número de habitantes em áreas urbanas, fato que culminou em condições insalubres de vida e o surgimento de epidemias. O Estado necessitou intervir com medidas preventivas e de controle da morbimortalidade. A compreensão da possibilidade de se prevenir doenças por meio da prática de higiene ambiental e pessoal foi um fator importante para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde e da atenção à saúde da criança compatíveis com o desenvolvimento do comércio, da indústria e da urbanização (SANTOS, RESEGUE, PUSSINI, 2012).

Em meados do século XIX, a pediatria tornou-se uma especialidade médica. Na França, essa área do conhecimento apresentou grandes avanços tanto nos aspectos clínicos quanto preventivos, momento importante que contribuiu para a construção das bases teóricas da puericultura. Esse termo foi empregado pela primeira vez no ano de 1762 pelo suíço Jacques Ballexserd (CÓLON, 1999).

Do latim, a palavra puericultura significa criação – cultura – da criança – puer. É um conjunto de saberes científicos e práticas voltadas a garantia da saúde e promoção do crescimento/desenvolvimento infantil. No entanto, apesar de possuir uma definição tão complexa, o seu discurso, nessa época, foi propagado sem o reconhecimento da diversidade cultural, reproduzindo condutas inflexíveis, contendo apenas uma única forma de cuidar como sendo a correta e tolhendo a dinamicidade desse processo (CÓLON, 1999).

A implantação da puericultura no Brasil, teve o seu início com o médico Carlos Artur Moncorvo Filho que realizou campanhas em defesa da saúde da criança e em 1899 fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Também propôs o primeiro curso da especialidade e a disciplina de Clínica de Moléstias de Crianças na Escola de Medicina do Rio de Janeiro (ROCHA, 1996).

Em 1920, houve uma preocupação nacional, por parte dos estudiosos, em relação aos altos índices de mortalidade infantil, justificados pela ausência de uma alimentação saudável e hábitos inadequados de higiene. As ações do Estado destinadas à saúde da criança, nessa época, eram ditadas por pressões sociais e movimentos operários, sendo criado, na década de 1923, o Departamento Nacional de Saúde Pública, contendo nas suas atribuições a Inspetoria de Higiene Infantil (SINGER, CAMPOS, OLIVEIRA, 1981).

O Estado passava a ser o responsável por assegurar a proteção da criança no que diz respeito a sua integridade física, segurança, educação, assistência médica, dentre outros. Foi

criado em 1940 o Departamento Nacional da Criança e até meados de 1950 as ações, referentes à saúde infantil eram normativas e voltadas, em sua maioria, para o meio urbano, em virtude do desenvolvimento industrial. Em 1970 houve o desenvolvimento do Programa Nacional de Saúde Materno-infantil com a finalidade de reduzir a morbimortalidade infantil e materna (BRASIL, 1975).

Já em 1978, a declaração de Alma-Ata definia a atenção primária à saúde como um conjunto de ações planejadas pelos serviços governamentais visando o acesso à saúde a todos sem distinção de gênero, cor, raça, faixa etária ou condições socioeconômicas (OMS, 1978). Essa declaração influenciou as políticas públicas de diversos países, inclusive as do Brasil (SANTOS, RESEGUE, PUCCINI, 2012).

Na década de 1980 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) e em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), criado com o intuito de promover a saúde de forma integral, priorizando a execução de ações destinadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, aleitamento materno, controle de doenças respiratórias agudas, diarreicas, imunização e orientações familiares destinadas a promoção da saúde (FRIAS, MULACHERY, GIUGLIANE, 2008).

Em 1988, após a reforma sanitária e a mudança na estrutura política do país, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como premissa a saúde como direito de todos e dever do Estado e como princípios a universalidade, equidade e integralidade. As políticas voltadas a saúde da criança foram sendo cada vez mais fortalecidas e a puericultura ganhou posição de destaque, especialmente após a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 1993 (SANTOS, RESEGUE, PUCCINI, 2012).

No ano de 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi implementado com o intuito de reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal por meio de estratégias que proporcionassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e ao recém-nascido (SILVA, SILVEIRA, MORAIS, 2017).

Em virtude dos níveis preocupantes de mortalidade infantil e de internação por diarreia e pneumonias, em 2004, foram criados a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; e em 2006, o Pacto pela Saúde. Neles continham orientações sobre o desenvolvimento de estratégias no que diz respeito a vigilância em saúde, educação continuada para aprimoramento técnico-científico dos profissionais e redução de mortalidade infantil e

materna, além de modificações sobre as três esferas de gestão do SUS para melhoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2014).

Um novo programa intitulado ‘Mais Saúde Direito de Todos 2008-2011’ foi construído com o intuito de melhorar as condições de saúde da população brasileira por meio de estratégias de prevenção de agravos e ações promotoras do bem-estar e qualidade de vida. No que diz respeito a saúde da criança, ele direcionava o desenvolvimento de ações que fortaleciam a atenção integral durante a primeira infância (BRASIL, 2010).

Em 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída considerando eixos estratégicos para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis. Essa política contempla desde a atenção humanizada ao perinatal e ao recém-nascido até a prevenção do óbito infantil (BRASIL, 2018).

As ações preconizadas pela PNAISC de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento são implementadas por meio das consultas de puericultura. Na enfermagem, essa consulta é uma atribuição privativa do enfermeiro, legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamenta o exercício da enfermagem e reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MERG, MENEZES, 2018).

3.4 Enfermagem e educação em saúde no cuidado à criança.

A consulta de enfermagem, realizada durante a assistência à criança, objetiva a investigação de alterações fisiológicas relacionadas ao processo saúde-doença e ao planejamento/execução de cuidados sistematizados que possibilitem a prevenção, promoção e reabilitação do seu bem-estar e qualidade de vida (MERG, MENEZES, 2018).

O Ministério da Saúde (2002) preconiza a realização de no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida. Sendo a primeira realizada até o 15º dia de vida e as subsequentes com um, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses. É por meio desse processo que o enfermeiro é capaz de identificar alterações no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança (BRASIL, 2012).

É atribuição do profissional de enfermagem, durante as consultas, a realização da anamnese e exame físico; o preenchimento das curvas de crescimento na caderneta de saúde da criança e no prontuário; a avaliação do desenvolvimento e identificação de fatores de risco; a verificação e administração de vacinas conforme calendário vacinal; além de agendar consultas com o médico pediatra ou demais profissionais em casos de riscos de agravos à saúde (SUTO, LAURA, COSTA, 2014).

A puericultura possui alicerce nas ações de promoção à saúde por meio de orientações referentes ao Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e à alimentação complementar após desmame; prevenção de acidentes; cuidados gerais de saúde; higiene pessoal, do ambiente e alimentos; promoção do desenvolvimento; imunização e esclarecimento de possíveis dúvidas da mãe ou de outros membros da família (BRASIL, 2014).

Essas orientações geralmente acontecem por meio da educação em saúde, em que não há apenas a transmissão de informações, mas a construção de um pensamento crítico e reflexivo a partir da problematização da realidade evidenciada. Tal estratégia oportuniza a troca de saberes, no qual o saber popular e o científico se unem com a finalidade de fortalecer o processo de aprendizagem (BOMFIM, et al., 2016).

Para que as crianças cresçam e se desenvolvam de forma saudável, é necessário que os cuidadores identifiquem as suas necessidades e realizem atividades com a finalidade de satisfazê-las. A educação em saúde, nesse sentido, é uma importante ferramenta para a aquisição da autonomia dessas pessoas na mudança de comportamentos, atitudes e práticas que previnam agravos e melhorem a qualidade de vida infantil (FALKENBERG *et al.*, 2014).

As ações educativas devem ser executadas levando em consideração as vivências dos pais e familiares, suas dificuldades e fragilidades. Além disso, o enfermeiro necessita incentivá-los a serem participativos na construção dos conhecimentos, atribuindo atividades de acordo com suas crenças, culturas e costumes na tentativa de facilitar a formação do conhecimento acerca das temáticas abordadas (BOMFIM, 2017).

Fortalecer o vínculo entre o enfermeiro e a família é uma importante estratégia para o sucesso das práticas educativas. Quanto mais os pais se sentirem próximos aos profissionais da saúde melhor será a relação existente entre eles. Isso facilita a troca de informações e deixam os familiares mais à vontade para esclarecer dúvidas e solucionar problemas (CARVALHO, SANTANA, OLIVEIRA, 2016).

Palestras, rodas de discussão, recursos áudio visuais, cartilhas, reuniões, orientações individuais, são boas estratégias para a transmissão de informações e conscientização da comunidade sobre as questões que envolvem a saúde da criança. A permanência e continuidade dessas atividades facilitam a mudança de hábitos e o empoderamento dos pais e cuidadores durante o processo do cuidar (VIEIRA *et al.*, 2017).

As orientações sobre os cuidados à criança devem ter início no pré-natal e serem fortalecidas ao longo das consultas na puericultura. Assuntos como aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar; higiene, sono e vigília; imunizações; prevenção e tratamento de cólicas, diarreias; cuidados gerais de saúde; prevenção de acidentes e estímulos

para o desenvolvimento devem ser priorizados durante as intervenções educativas (ROLIM *et al.*, 2016).

Avaliar o nível de autoeficácia das mães e cuidadores e identificar como os cuidados estão sendo ofertados à criança é um importante recurso para guiar os profissionais da saúde no desenvolvimento dessas estratégias.

3.5 Instrumentos avaliativos dos cuidados à criança

Para o desenvolvimento de uma assistência à saúde efetiva, é essencial executar procedimentos investigativos e de avaliação com o propósito de direcionar o planejamento dos cuidados e sanar entraves que dificultariam as ações preventivas e promotoras de uma boa qualidade de vida. No campo que envolve a saúde da criança, avaliar o desempenho dos seus cuidadores é de suma importância, visto que ela necessita de uma maior demanda de cuidados, em virtude de suas limitações físicas e cognitivas (SOUZA, VERÍSSIMO, 2015).

A utilização de instrumentos é a forma mais fidedigna de mensurar os dados que auxiliam os profissionais durante as suas práticas assistenciais. Os instrumentos de medida são ferramentas que avaliam características, fenômenos ou desfechos da prática clínica e das outras áreas que envolvem à saúde. Para a sua construção e aplicação é necessário a realização de uma série de procedimentos complexos e rigorosos com o objetivo de comprovar que suas propriedades são válidas e confiáveis (CERVELLINI, GAMBA, ABRÃO, 2015).

Há dois critérios fundamentais que oferecem segurança para os profissionais da saúde de que o instrumento realmente mensura aquilo que se propõe, a confiabilidade e a validade. Ferramentas confiáveis são consistentes e apresentam os mesmos resultados em suas replicações, já as válidas, contém itens que representam com precisão as características que pretendem medir (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

A validade indica que o conteúdo de uma ferramenta mensura exatamente o construto que está sendo avaliado. Informa a representatividade que um conjunto de domínios e itens possuem em relação ao fenômeno medido. Há diversas maneiras de comprovar se um instrumento é válido e as mais utilizadas são a validade de conteúdo, de critério e de construto (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Na validação de conteúdo geralmente utiliza-se uma abordagem de avaliação qualitativa a partir da escolha de um comitê de especialistas que julgarão se os itens de um instrumento são adequados ou não. Após essa etapa é feita uma avaliação quantitativa que na área de enfermagem tem sido comumente realizada por meio do índice de validade de conteúdo (IVC).

(POLIT, 2011). O IVC entre os juízes deve ser preferencialmente acima de 0,90, mas os que apresentarem valores a partir de 0,80 são considerados válidos (RIBEIRO, *et al.*, 2013).

A validade de critério refere-se à avaliação da relação existente entre um instrumento com algum critério externo. Nesse caso, os resultados do instrumento a ser avaliado é comparado com uma outra ferramenta semelhante a ele, que contenha as mesmas características e o mesmo construto (MEDEIROS, *et al.*, 2015).

A validação de construto avalia se um conjunto de variáveis representa exatamente o construto medido pelo instrumento. Essa validade, portanto, é obtida por meio de testes estatísticos, como a análise fatorial e a testagem de hipóteses a fim de verificar quais os itens se correlacionam entre si por meio da análise dos seus escores. (RAYMUNDO, 2009).

No âmbito da atenção à saúde infantil, existe uma série de instrumentos validados que foram construídos com o intuito de avaliar a autoeficácia e os cuidados realizados pela rede social da criança. Alguns deles abordam temáticas mais genéricas como parentalidade, cuidados gerais de saúde e outros são mais específicos avaliando assuntos como prevenção de acidentes, saúde bucal e dieta.

A *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy* (PMP S-E), por exemplo, é uma escala que tem o objetivo de avaliar a confiança da mãe no que diz respeito ao seu papel parental nos cuidados ao recém-nascido (RN) prematuro ou a termo. O instrumento é constituído por vinte itens distribuídos em quatro domínios (1 - tomando cuidado; 2 - eliciando comportamento; 3 - leitura do comportamento; e 4 - crenças situacionais) (BARNES, ADAMSOM-MACEDO, 2007).

Os itens desse instrumento referem-se aos comportamentos maternos sobre os cuidados com o RN como, por exemplo, a capacidade da mãe em compreender quando o seu bebê está doente, em fazê-lo feliz, em perceber os sinais do seu filho, dentre outros aspectos. A versão original foi construída e validada no Reino Unido, porém pesquisadores brasileiros realizaram a adaptação transcultural da PMP S-E e analisaram suas propriedades psicométricas segundo a perspectiva de mães que possuíam filhos internados em unidades de terapia intensiva (TRISTÃO, *et al.* 2015).

A *Parental Self-Efficacy Scale* também é uma escala que avalia a parentalidade na prestação dos cuidados a criança, no entanto esse instrumento serve tanto para as mães quanto para os pais de crianças de zero a 6 anos. O instrumento apresenta 18 itens divididos em quatro domínios sobre informações quando a criança está saudável, cuidados gerais relacionados a problemas de saúde; uso e capacidade de resposta dos serviços de saúde durante um período

específico e perguntas sociodemográficas. As respostas são obtidas por meio de escala Likert e opções dicotômicas de sim ou não (WITTKOWSKI, *et al.*, 2017).

No que diz respeito a dieta a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* possui o objetivo de mensurar a autoeficácia das mães na sua habilidade para amamentar. Ela foi inicialmente criada no Canadá, porém teve suas propriedades psicométricas avaliadas em outros países como China, Polônia e Brasil. A estrutura do instrumento foi organizada em dois domínios (técnico e pensamento intrapessoal) contendo 33 itens no total. Cada item pode receber uma pontuação de 0 a 5 pontos. Quanto maior for o escore, maior será a confiança materna para amamentar (ORIÁ, *et al.*, 2009).

A *Creating Healthy Eating Environments Scale* (CHEERS) avalia os cuidados ofertados por clínicas de cuidado existentes no Canadá sobre a nutrição e a atividade física das crianças de zero a quatro anos assistidas nesses locais. A escala é composta por 63 itens subdivididos em cinco fatores: alimentos servidos; planejamento de programas; alimentação saudável; atividade física e ambiente de imagem corporal (LAFAVE, *et al.*, 2016).

Sobre os cuidados gerais em saúde para a prevenção de agravos, a Escala de Autoeficácia para Prevenção da Diarreia Infantil verifica o nível de confiança das mães para prevenir a ocorrência da diarreia. Apresenta um domínio referente a higiene da família (15 itens) e outro sobre práticas alimentares e gerais (9 itens). As respostas são escolhidas a partir de pontuações em formato Likert. Os escores variam de 24 a 120 pontos. Escores mais elevados significam maiores níveis de autoeficácia (JOVENTINO, *et al.*, 2013).

A *Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control* é uma escala do tipo Likert de cinco pontos com 17 itens divididos em dois domínios relacionados a expectativas de eficácia dos pais em executar os cuidados para controle da asma e de que os cuidados realizados são capazes de reduzir as complicações provenientes desse agravo. Os escores variam de 17 a 85 pontos. Quanto maior a pontuação, maiores os níveis de autoeficácia dos pais. O instrumento foi traduzido e passou por procedimentos de adaptação transcultural para a realidade brasileira (GOMES, *et al.*, 2016).

O questionário *Parent Supervision Attributes Profile Questionnaire* (PSAPQ) foi criado com o objetivo de avaliar o comportamento, atitudes e crenças dos pais relacionadas a prevenção de acidentes. Os 29 itens que compõem o PSAPQ são divididos em quatro categorias: proteção (9 itens), supervisão (9 itens), risco de tolerância (8 itens) e fatalidade (3 itens). A *Self-Efficacy in Infant Care Scale* (SICS) analisa o nível de autoeficácia materna nos cuidados à criança de zero a 12 meses. Essa escala foi criada a partir da teoria da autoeficácia de Bandura, considerando a experiência de domínio, a vicária, a persuasão verbal e o estado

emocional como determinantes do nível de confiança das mães durante a execução dos cuidados aos lactentes (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

O seu modelo inicial foi constituído por 67 itens divididos em cinco domínios relacionados ao desenvolvimento infantil, interação, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. A definição dos itens se deu a partir da análise de grupos focais e entrevistas individuais na tentativa de elencar as atividades mais relevantes no processo de cuidar da criança (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

Após a construção do instrumento, a SICS foi submetida a validação de conteúdo por enfermeiros docentes em saúde da criança e um pediatra e teve suas características psicométricas avaliadas na perspectiva de 397 mães tailandesas. Os dados revelaram adequada estabilidade e consistência interna. Com a execução da análise fatorial, a escala passou a ser composta por 40 itens (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

Novos procedimentos de validação foram realizados e a análise de construto em uma amostra de 235 mães tailandesas por meio da análise fatorial confirmatória e convergente revelou a existência de 44 itens distribuídos em quatro domínios: promoção do desenvolvimento, que avalia a confiança da mãe relacionada aos cuidados que estimulem o desenvolvimento infantil; cuidados gerais de saúde, contendo cuidados para preservar a saúde e o bem-estar da criança; segurança, no que diz respeito a prevenção de acidentes; e dieta sobre aleitamento materno e alimentação complementar (PRASOPKITTIKUN, TILOKSKULCHAI, 2010).

A SICS é auto administrada e contém uma escala numérica de 0 a 100 pontos para análise do escore da autoeficácia materna, em que 0 refere-se a nenhuma confiança, 50 moderadamente confiante e 100 definitivamente confiante. A pontuação da escala é obtida por meio da média dos itens existentes em cada domínio. Os escores podem ser avaliados por itens separadamente, por domínios ou de forma global. Quanto maior o valor, maior o nível de autoeficácia materna (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

No Brasil, esse instrumento passou por procedimentos de tradução para a língua portuguesa, adaptação transcultural, validação de conteúdo por especialistas e validação de aparência numa amostra de 30 mães. A SICS obteve Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 0,959 e índice de concordância global de 0,980. O item 15 “Desviar a atenção do meu bebê quando ele estiver fazendo alguma coisa para realizar outra atividade” foi retirado em virtude da falta de clareza ao término das análises realizadas. A escala apresenta, na sua versão brasileira, 43 itens (MOURA, 2015).

O presente estudo avaliou as propriedades psicométricas da Self-Efficacy in Infant Care Scale afim de comprovar a sua validade e confiabilidade, para que ela possa ser utilizada pelo enfermeiro e outros profissionais da saúde como uma ferramenta auxiliadora no processo de investigação da autoeficácia materna.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico, por meio do qual se deu continuidade à validação da *Self-Efficacy in Infant Care Scale*, para uso no Brasil. A pesquisa metodológica utiliza técnicas complexas e rigorosas para a análise dos dados, elaboração, validação e avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa. A finalidade desse tipo de estudo é o desenvolvimento de ferramentas de medição confiáveis, precisas e exequíveis (CUNHA, NETO, STACKFLETH, 2016).

Na elaboração e validação de instrumentos é necessário, a fim de medir o grau de precisão, seguir procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. Os primeiros, referem-se a definição das suas propriedades, construção de itens e a validação de conteúdo e de aparência (PASQUALI, 2011).

Os procedimentos empíricos estão relacionados com a definição da amostra, a administração do instrumento e a coleta dos dados, utilizados posteriormente, para a análise de suas características psicométricas. Durante a execução dos procedimentos analíticos, são realizados testes estatísticos a fim de comprovar a validade, precisão e normatização do instrumento. É nessa fase em que há a validação de construto e de critério (PASQUALI, 2011).

O processo teórico, para a elaboração da SICS, em sua versão brasileira, foi realizado no estudo de Moura (2015). Para essa pesquisa, foram executados os procedimentos empíricos e analíticos referentes à validação de construto.

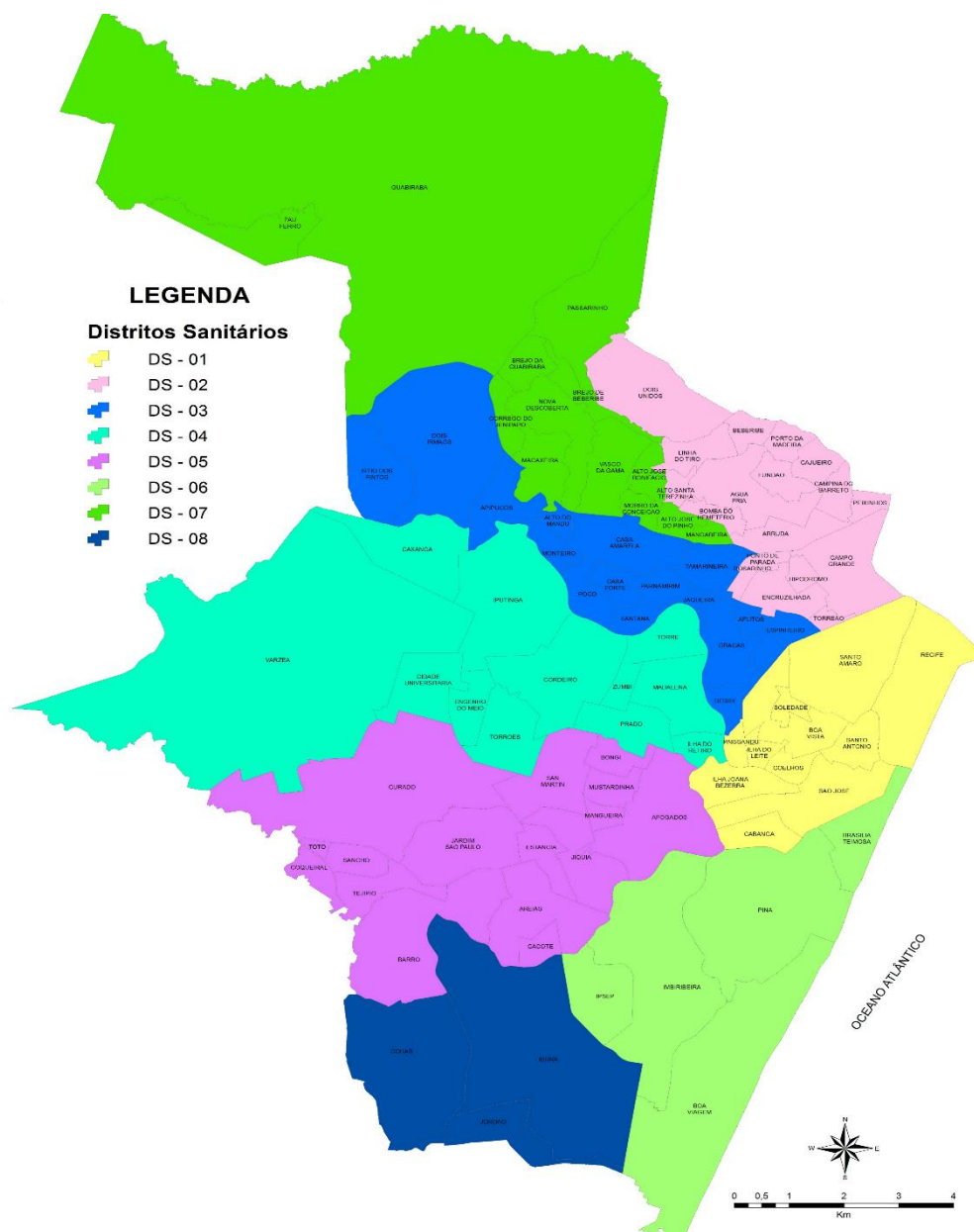
4.2 Procedimentos empíricos

A *Self-efficacy in Infant Care Scale*, versão brasileira, foi aplicada em uma amostra de mães de lactentes de zero a 12 meses, a qual a escala é destinada, com a finalidade de mensurar a sua confiabilidade e validade (PASQUALI, 2011).

4.2.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes ao Distrito Sanitário (DS) IV do município de Recife-PE. Recife é a capital do estado de Pernambuco, situada no Nordeste do Brasil. A sua área geográfica apresenta 94 bairros aglutinados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Na esfera correspondente ao setor saúde, cada RPA equivale a um Distrito Sanitário (figura 1).

Figura 1. Divisão territorial de Recife, PE.



Fonte: Google imagens

O DS IV compreende os bairros Caxangá, Cidade Universitária, Várzea, Cordeiro, Engenho do Meio, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões e Zumbi. Apresenta 20 Unidades de Saúde da Família (USF), 3 territórios de saúde e 40 Equipes de Saúde da Família (ESF).

A escolha desse DS, deveu-se ao fato dele pertencer ao campo de atuação das atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Essa instituição possui o compromisso social de oferecer um retorno à comunidade das ações de pesquisa que são desenvolvidas nesse local, a fim de identificar as necessidades dessa população e desenvolver estratégias para a melhoria da sua qualidade de vida.

4.2.2 População e amostra

A população alvo foi composta por mães, biológicas ou não, que referiram ser as responsáveis pelos cuidados prestados aos seus filhos e que eram residentes do Distrito Sanitário IV, no período de agosto a dezembro de 2018, do município de Recife – PE. Os critérios de inclusão foram: mães cadastradas nas USF referentes ao DS IV; mães de crianças com idade de zero a 12 meses, por ser a faixa etária a qual se aplica a SICS; mães que acompanharam seus filhos nas consultas da puericultura nas USF do DS IV.

Foram excluídas as mães de crianças prematuras ou diagnosticadas com doenças crônicas, tendo em vista que a SICS é destinada para avaliar a autoeficácia nos cuidados aos lactentes saudáveis; menores de 18 anos; ou aquelas que não conseguiram responder as perguntas contidas nos instrumentos de coleta, mesmo após as explicações dos entrevistadores.

Nesse estudo foram calculadas duas amostras. A primeira para a realização do teste do instrumento e a segunda para o reteste, conforme etapas para avaliar a validade e confiabilidade, respectivamente (STREINER, NORMAN, 2008). A amostra do teste foi definida a partir do número de itens presentes no instrumento, considerando para cada item cinco respondentes (GORSUCH, 1983). A SICS – versão brasileira, apresenta 43 itens, resultando em 215 mães selecionadas.

Foi identificado inicialmente o quantitativo de mães de crianças de 0 a 12 meses pertencentes às USF do DS IV e realizada a amostragem seguindo um plano estratificado para garantir a representatividade de todas as unidades do distrito (TABELA 1). Após essa etapa, foi solicitada a lista com o nome das mães elegíveis para a pesquisa e se procedeu um sorteio aleatório simples para a definição daquelas que seriam entrevistadas.

TABELA 1 – Plano amostral referente ao teste da Self-Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira. Recife-PE, 2019. (continua)

USF	Nº de mães (crianças de 0 – 12 meses)	Amostra
1	47	10
2	58	12
3	55	12
4	75	16

TABELA 1 – Plano amostral referente ao teste da Self-Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira. Recife-PE, 2019. (conclusão)

USF	Nº de mães (crianças de 0 – 12 meses)	Amostra
5	25	5
6	67	14
7	99	21
8	21	5
9	28	6
10	51	11
11	87	18
12	39	8
13	90	19
14	56	12
15	42	9
16	54	11
17	27	6
18	23	5
19	24	5
20	48	10
Total	1016	215

Após a primeira coleta dos dados, houve um reteste, com parte das mães que foram recrutadas no primeiro momento, para comprovar a estabilidade do teste a partir da pontuação dos entrevistados. A amostra do estudo para essa fase foi determinada segundo o Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI). O cálculo amostral obedeceu a seguinte fórmula:

$$z'(p) = \frac{1}{2} \cdot 1n \frac{(1+p)}{(1-p)}$$

$$z'(p-L) = \frac{1}{2} \cdot 1n \frac{(1+p-L)}{(1-p-L)}$$

$$n = \left[\frac{Z_{\alpha/2}}{z'(p) - z'(p-L)} \right] + 3$$

$Z_{\alpha/2} = 1,96$ (quantil normal para probabilidade de 0,95)

$\rho = 0,80$ (coeficiente de correlação intraclasse considerado ideal)

$L = 0,10$ ($\frac{1}{2}$ intervalo de confiança)

Portanto, foram selecionadas 41 mães, por meio de um sorteio aleatório simples, para fazer parte da amostra do reteste.

4.2.3 Instrumento

O instrumento utilizado nessa pesquisa foi a versão traduzida e adaptada para o português da *Self-efficacy in Infant Care Scale* (ANEXO A). Esse instrumento, em sua versão original, apresenta 44 itens, no idioma inglês, referentes a autoeficácia percebida pela mãe em relação aos cuidados prestados a crianças menores de um ano, e teve a sua validade de construto confirmada a partir da perspectiva de mães tailandesas (PRASOPKITTIKUN, *et al.*, 2006).

No estudo de Moura (2015), a SICS sofreu um processo de adaptação transcultural e de tradução de acordo com as cinco etapas metodológicas recomendadas por Beaton et al. (2007): 1 – tradução inicial, em que foi realizada duas traduções independentes da SICS para o idioma português, por dois tradutores distintos; 2 – síntese das traduções, na qual houve a junção das duas traduções em uma única versão, etapa realizada por um profissional da área da saúde da criança, com experiência em puericultura; 3 – tradução de volta ao idioma original, etapa referente a *back-translation*, em que a versão produzida na segunda etapa foi traduzida de volta ao idioma inglês; 4 – comitê de juízes, momento em todas as versões produzidas anteriormente foram avaliadas em relação a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, obtendo-se assim, uma versão traduzida para o pré-teste com a população alvo; 5 – pré-teste da versão final, no qual a SICS, em sua versão aprovada pelos juízes, foi respondida por 30 mães que avaliaram a compreensão dos itens da escala.

Além dos procedimentos de tradução e adaptação transcultural, também foi realizada a validação de conteúdo dessa escala, pelos juízes, e de aparência com a população alvo que resultou na retirada do item 15 da SICS, por falta de clareza e compreensão das mães. A sua versão final apresentou um Índice de Validação de Conteúdo (CVI) global de 0,959 e Índice de Concordância (IC) de 0,983 (MOURA, 2015).

Após ter o seu conteúdo validado, a SICS – versão brasileira (ANEXO A), constitui-se de 43 itens distribuídos em quatro domínios: promoção do desenvolvimento (14 itens); cuidados gerais de saúde (15 itens); segurança (seis itens) e dieta (oito itens). O primeiro domínio diz respeito aos estímulos, interação afetiva e a compreensão das necessidades da criança. Os cuidados gerais de saúde contêm itens referentes às condutas da mãe em caso de adoecimento e prevenção de agravos.

O domínio segurança versa sobre aspectos para prevenção de acidentes domésticos e outras situações de risco à saúde. Em relação a dieta são apresentados aspectos referentes à alimentação adequada às crianças e higiene dos utensílios. A escala é auto administrada e a mãe indica o grau da sua autoeficácia em relação aos cuidados ofertados no intervalo de zero a 100. Zero refere-se a nenhuma confiança, 50 moderadamente confiante e 100 definitivamente confiante (PRASOPKITTIKUN, et al., 2006).

Também foi aplicado um formulário sócio demográfico adaptado, baseado em instrumentos utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), para caracterização da amostra, contendo alguns itens específicos da mãe, como idade, estado civil, presença do companheiro, nível de escolaridade, nº de filhos, religião, ocupação profissional, trabalho fora do lar, auxílio para cuidar do filho, orientação sobre os cuidados da criança, tipo de orientação, estratégia de educação em saúde utilizada, além de dados referentes à família como renda familiar, tipo de moradia e saneamento básico (APÊNDICE C).

4.2.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, aconteceu o teste e na segunda, o reteste. Os profissionais enfermeiros, responsáveis por cada ESF do Distrito Sanitário IV, foram contatados e houve uma apresentação da pesquisa, de modo a evidenciar sua relevância e etapas metodológicas, com ênfase nos critérios de inclusão da amostra e um momento destinado para esclarecimento das dúvidas acerca do estudo. Após isso, a mestrandia solicitou a listagem das mães que se adequariam aos critérios de elegibilidade do estudo para realização de um sorteio aleatório simples e definição daquelas que seriam entrevistadas. Apesar da SICS ser auto administrada, ela foi respondida por meio de entrevista para evitar o viés de coleta de dados e garantir que as respondentes passassem pelo mesmo processo.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa no dia em que compareceram a USF para a consulta de puericultura. Quando não estavam presentes no dia, foi solicitada a ajuda de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) para agendar, com as mães, uma entrevista em suas residências. Nesse contato inicial, foi explicado o objetivo, o método da pesquisa e esclarecido que sua participação era voluntária. Nos casos em que a mãe se recusou a participar, ou quando a mãe não era encontrada no domicílio após três tentativas, foi sorteada uma nova mãe em substituição.

As entrevistas foram executadas pela mestrandia e por discentes da graduação de enfermagem da UFPE, participantes do grupo de pesquisa “cuidando da criança e família”, que

foram capacitados para a padronização dos procedimentos de coleta de dados. Essa capacitação se deu por meio de dois encontros, com duração de aproximadamente 6h cada um.

No primeiro encontro, foi abordado o objetivo, os aspectos metodológicos da pesquisa, além da apresentação da estrutura da SICS e algumas técnicas de entrevista. No segundo encontro, houve a aplicação dos conhecimentos com a simulação de uma entrevista, para verificar se os membros da equipe de pesquisa estavam coletando os dados de forma padronizada, a fim de minimizar os possíveis vieses no momento da coleta. Também foi construído um Procedimento Operacional Padrão (POP) para auxiliar e sanar possíveis dúvidas (APÊNDICE D). No POP continha o objetivo da pesquisa e as etapas a serem seguidas pelo entrevistador para a realização da coleta de dados com as mães.

A aplicação do instrumento aconteceu em um ambiente restrito e silencioso, definido pelo enfermeiro responsável da unidade e no próprio domicílio da mãe. Para a coleta de dados do reteste, foi realizado um novo sorteio aleatório simples, com as mães que já tinham sido entrevistadas, e as que foram selecionadas responderam novamente a escala. Nessa fase, a entrevista foi feita apenas duas semanas após a execução da primeira etapa (KESZEI, NOVAK, STREINER, 2010) e seguiu as mesmas normas estabelecidas no teste. Essa conduta foi adotada na tentativa de diminuir o viés recordatório, tendo em vista que se o período de tempo entre as duas entrevistas fosse menor, as mães poderiam lembrar facilmente das respostas, enviesando os dados.

4.3 Procedimentos Analíticos

Os dados coletados foram digitados em dupla entrada, armazenados e analisados pelo software IBM-SPSS *for Windows*, versão 21.0. Os dados sociodemográficos foram analisados utilizando-se a estatística descritiva, sendo calculadas as frequências relativa e absoluta, para as variáveis categóricas e a média, desvio padrão, para as variáveis contínuas. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para verificação da normalidade da distribuição de variáveis contínuas.

4.3.1 Validação de Construto

A validação de construto preocupa-se em avaliar a relação existente entre os conceitos que um instrumento pretende medir e outros conceitos referentes ao construto. É um conjunto de técnicas rigorosas que avaliam o conceito envolvido. Pode ser executada por meio de análises fatoriais e testagem de hipóteses (FILHO, JÚNIOR, 2010).

Existem dois tipos de análise fatorial, a exploratória, que possui como principal função distribuir as variáveis observadas em um conjunto reduzido de fatores, e a confirmatória, que normalmente ocorre durante os procedimentos de revisão e refinamento dos instrumentos avaliativos. Esse método permite conferir se a estrutura fatorial preestabelecida é adequada aos dados observados, podendo haver a comparação entre modelos. (LAROS, 2012).

Nesse sentido, a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi utilizada para verificar se a estrutura inicialmente desenvolvida para o instrumento Self-Efficacy in Infant Care Scale era mantida após as adaptações e aplicação da mesma numa amostra de 215 mães.

Os 43 itens da escala foram submetidos às análises estatísticas para comprovação da sua validade e estão apresentados no quadro 1. Cada item recebeu uma codificação de acordo com os domínios o qual pertence. Assim, para o fator Promoção do Desenvolvimento, os itens receberam a sigla PD; para o domínio Cuidados Gerais da Saúde - CGS; para segurança – SE e dieta – DI.

Quadro 1 – *Versão inicial da Self-Efficacy in Infant Care Scale* – versão brasileira.

Codificação	
Domínio 1: Promoção do Desenvolvimento	
PD1	Dizer o que meu bebê pode fazer nesta idade.
PD2	Dar brinquedos musicais ou cantar uma canção para o meu bebê.
PD3	Criar um espaço para o meu bebê engatinhar, se arrastar ou tentar ficar em pé.
PD4	Ensinar ao meu bebê nomes de pessoas, animais e objetos.
PD5	Estimular meu bebê a comer com as próprias mãos, enquanto eu o alimento, mesmo que isso cause bagunça.
PD6	Brincar com meu bebê todos os dias mesmo que esteja muito ocupado(a).
PD7	Ensinar o meu bebê a brincar, brincando com ele.
PD8	Deixar que o meu bebê faça o que está tentando fazer antes de oferecer ajuda.
PD9	Identificar o significado dos diferentes choros do meu bebê.
PD10	Fazer o meu bebê rir.
PD11	Identificar o que meu bebê gosta ou não gosta.
PD12	Demonstrar carinho por meu bebê todos os dias.
PD13	Identificar o que o meu bebê quer ou precisa por meio de seus gestos.
PD14	Conversar com meu bebê e fazer contato “olho no olho” quando estiver amamentando ou dando a mamadeira.
Domínio 2: Cuidados Gerais da Saúde	
CGS1	Limpar a boca do meu bebê diariamente.
CGS2	Limpar o nariz do meu bebê usando corretamente o soro fisiológico.
CGS3	Dar remédio para meu bebê sem que ele engasgue.
CGS4	Usar corretamente o termômetro para medir a temperatura do meu bebê.
CGS5	Prevenir assaduras no meu bebê.
CGS6	Decidir quando devo dar um banho se meu bebê estiver com febre.
CGS7	Aliviar as cólicas em meu bebê causadas por gases.

CGS8	Diferenciar quando meu bebê vomitou ou regurgitou (golfou).
CGS9	Identificar se o funcionamento do intestino do meu bebê está normal.
CGS10	Cuidar corretamente do meu bebê quando ele tiver diarreia.
CGS11	Decidir se meu bebê deve ser avaliado por um profissional da saúde quando estiver com diarreia.
CGS12	Usar medidas para aliviar a prisão de ventre do meu bebê.
CGS13	Ajudar o meu bebê corretamente caso ele tenha uma convulsão.
CGS14	Dar os primeiros socorros ao meu bebê se ele estivesse engasgado com um objeto.
CGS15	Cuidar corretamente do meu bebê para evitar sufocamento quando estiver vomitando.
Domínio 3: Segurança	
SE1	Proteger o meu bebê de fumaça de cigarro.
SE2	Proteger meu bebê para que ele não fique perto de pessoas gripadas.
SE3	De forma gentil não deixar meu bebê brincar com brinquedos/objetos que podem machucar ou ficar em lugares perigosos.
SE4	Fazer do lar um ambiente seguro para meu bebê.
SE5	Segurar meu bebê com firmeza durante o banho ou quando estou alimentando-o.
SE6	Dar ao meu bebê brinquedos seguros adequados para a idade.
Domínio 4: Dieta	
DI1	Escolher a alimentação adequada à idade do meu bebê.
DI2	Limpar corretamente os utensílios usados por meu bebê.
DI3	Preparar uma refeição adequada (de consistência pastosa e com alimentos saudáveis) quando meu bebê estiver com 6 meses.
DI4	Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) e dois lanches quando ele estiver com 12 meses.
DI5	Oferecer alimento sólido apropriado à idade do meu bebê.
DI6	Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto quando eu não estiver em casa.
DI7	Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado/ alimentado.
DI8	Fazer meu bebê arrotar sempre após ser amamentado/alimentado com outro leite.

Para a realização da AFC, primeiramente foi aplicado um teste de qui-quadrado para função com o objetivo de verificar se o modelo construído é correto na população e se seus pressupostos (estrutura inicial) também o são (BYRNE, 2010).

Esse método expressa a magnitude da discrepância entre a matriz de covariância observada e modelada. Nesse caso, índices de qui-quadrado significativos indicam que estas hipóteses compostas são improváveis de serem verdadeiras, já valores não significativos ($p > 0.05$) indicam bom ajuste (CARVALHO, CHIMA, 2014). Como esta estatística é sensível ao tamanho da amostra, apresentando significância estatística sempre que o número de sujeitos é grande, procedeu-se a análise de outros itens.

Os Índice de ajuste comparativo (CFI) e de Tucker-Lewis (TLI) foram utilizados para comparar o modelo ajustado com o modelo básico (que supõe que todas as variáveis são não correlacionadas). Seus valores podem variar em torno de 0 a 1. CFI e TLI iguais ou superiores a 0,9 indicam bom ajuste. A Raiz do erro quadrado médio de aproximação (*Root Mean Square Error of Approximation* - RMSEA) foi outro critério para verificar o ajuste do modelo. Este índice evita os problemas relacionados ao tamanho da amostra ao analisar a discrepância entre o modelo proposto e a matriz de covariância populacional. A RMSEA varia entre 0 e 1, com valores pequenos indicando melhor ajuste. Valores inferiores a 0,05 são indicativos de ajuste aceitável. No entanto, há autores que consideram valores até 0,08 (SCHREIBER, *et al.*, 2006).

Outra medida similar é a raiz padronizada do quadrado médio residual (*Standardized Root Mean squared Residual* - SRMR) que também varia entre 0 e 1, com valores inferiores a 0,08 indicando um modelo aceitável (SCHREIBER, *et al.*, 2006). Por fim, foram apresentadas as estimativas dos valores para cada item de acordo com os domínios da escala, bem como o teste de Wald para verificar se o valor dos parâmetros (item) é igual a zero na população (ULLMAN, 2007). Além disso, são apresentadas as covariâncias entre os domínios da escala.

4.3.2 Confiabilidade do instrumento

A confiabilidade refere-se à capacidade de uma ferramenta avaliativa ser aplicada diversas vezes ao seu público alvo e reproduzir resultados iguais e consistentes. Há diversas formas de mensurá-la, sendo as mais utilizadas a estabilidade e a consistência interna (PASQUALI, 2011).

A estabilidade mede o grau em que os dados de um instrumento colhido em dois momentos, apresenta resultados similares. Se a correlação entre eles for alta, o instrumento será considerado confiável. Para o estudo, a estabilidade teste reteste foi avaliada por meio do Coeficiente de Correlação Intraclass (CCI) com um intervalo de confiança de 95%. Para a interpretação dos resultados, verifica-se que valores a partir de 0,70 são considerados satisfatórios (POLIT, BECK, 2011).

A consistência interna avalia se todas os itens e domínios de um instrumento medem o mesmo construto. Quanto menos variabilidade um item produz, mais acurado é o instrumento. Essa análise foi realizada a partir do Coeficiente Alfa de Cronbach. O valor mais apropriado para testes cognitivos, seria um alfa de, no mínimo, 0,80 e para testes de habilidades 0,70 (STREINER, 2003). Para construtos psicológicos, valores abaixo de 0,70 podem ser esperados por causa da diversidade de fenômenos que são avaliados (KLINE, 1994).

4.4 Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução 466/12 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, com a anuência da Prefeitura do Recife (ANEXO B) e o comprometimento da mestranda por meio da assinatura do Termo de Compromisso e Confidencialidade (ANEXO C).

Após ser submetido a julgamento, o estudo foi aprovado sob CAAE de nº 88382818.5.0000.5208 e protocolo de nº 2.695.588 (ANEXO D). Em seguida, foi solicitada a elaboração de um documento permitindo o início da coleta de dados emitido pela Prefeitura do Recife (ANEXO E). Esse documento foi enviado ao DS IV para início dos procedimentos de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas com os participantes que aceitaram participar do estudo, assegurando total confidencialidade dos seus dados, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E).

5 RESULTADOS

A média de idade das mães foi de 26,13 anos ($DP \pm 6,170$) compreendida no intervalo entre 18 a 38 anos. Já a das crianças foi de 5,13 meses ($DP \pm 3,083$), dentro da faixa de idade de um a 12 meses. A maioria das participantes possuía união estável (56,7%), vivia com o companheiro (98,0%), estudou até o ensino médio (62,8%), não trabalhava fora (87,0%), possuía até dois filhos (75,8%), apresentava renda familiar que variava entre um a dois salários mínimos (77,7%) e não recebia auxílio bolsa família (58,6%) (TABELA 2).

TABELA 2 – Características sociodemográficas das mães cadastradas nas USF do DS IV, Recife-PE, 2018. (continua)

Variáveis	n=215	%
Idade das mães (anos)		
18 – 26	113	52,6
27 – 38	102	47,4
Idade das crianças (meses)		
4 – 8	102	47,4
1 – 3	71	33,0
9 – 12	42	19,5
Estado Civil		
União Estável	122	56,7
Casada	77	35,8
Solteira	15	7,0
Viúva	1	0,5
Vive com o companheiro ^a		
Sim	196	98,0
Não	4	2,0
Nº de filhos		
1 – 2	163	75,8
3 – 4	45	20,9
5 – 6	7	3,3
Escolaridade		
Ensino Médio	135	62,8
Ensino fundamental	64	29,8
Ensino superior	14	6,5
Analfabeto	2	0,9
Trabalha fora		
Não	187	87,0
Sim	28	13,0
Renda familiar (salário mínimo)		
1 – 2	167	77,7
< 1	28	13,0
≥ 3	20	9,3

TABELA 2 – Características sociodemográficas das mães cadastradas nas USF do DS IV, Recife-PE, 2018. (conclusão)

Variáveis	n=215	%
Auxílio Bolsa Família		
Não	126	58,6
Sim	89	41,4

^a Dados referentes aos estados civis união estável, casada e viúva.

Todas moravam em casas de alvenaria, sendo 67,0% em residências próprias, com abastecimento de água ligado à rede geral em 97,7% das casas. Com relação ao tratamento da água utilizada para consumo, 91,6% era mineral, 89,8% do destino dos dejetos era por meio da rede geral e todas possuíam coleta de lixo nos seus bairros (TABELA 3).

TABELA 3 – Características referentes à moradia, abastecimento/tratamento da água para consumo e destino dos dejetos das mães cadastradas nas USF do DS IV, Recife-PE, 2018.

Variáveis	n= 215	%
Moradia		
Própria	144	67,0
Alugada	55	25,6
Cedida	16	7,4
Abastecimento da água		
Ligado à rede	210	97,7
Poço ou nascente	4	1,9
Cisterna	1	0,5
Tratamento da água para consumo		
Mineral	197	91,6
Filtrada	10	4,7
Fervida	5	2,3
Sem tratamento	3	1,4
Destino dos dejetos		
Rede geral	193	89,8
Fossa com tampa	20	9,3
Céu aberto	2	0,9

No que diz respeito aos cuidados com a criança, 83,7% cuidavam dos seus filhos durante mais de 12h por dia. 78,1% recebiam auxílio para cuidar da criança, sendo 45,6% ajuda recebida

das mães, 37,7% dos maridos e 26,5% de outras pessoas da rede social primária das participantes (TABELA 4).

A maioria das mães (80,7%) recebeu algum tipo de orientação sobre os cuidados com a criança, sendo 70,7% advindos da sua rede social primária e 36,3% da sua rede social secundária. O tipo das orientações foi sobre cuidados gerais de saúde (66,5%), dieta (57,2%), segurança (22,8%) e promoção do desenvolvimento (12,6%). No que diz respeito as orientações recebidas durante as consultas de puericultura, 94% referiram receber algum tipo de orientação, 74,9% foram sobre cuidados gerais de saúde, 74% sobre dieta, 17,7% promoção do desenvolvimento e 16,3% segurança. As estratégias em saúde utilizadas para a aquisição dos conhecimentos foram, em sua maioria, orientações individuais (93,0%) e palestras (21,4%) (TABELA 4).

TABELA 4 – Cuidados com a criança e orientações recebidas por mães cadastradas nas USF do DS IV, Recife-PE, 2018. (continua)

Variáveis	n=215	%
Tempo disponível para cuidar da criança (horas/dia)		
> 12	180	83,7
≤ 12	35	16,3
Auxílio para cuidar da criança		
Sim	168	78,1
Não	47	21,9
Pessoa que auxilia nos cuidados ^a		
Mãe	98	41,6
Marido	81	34,3
Outras	57	24,1
Orientações recebidas		
Sim	173	80,5
Não	42	19,5
Rede social que orientou ^a		
Primária	152	66,1
Secundária	78	33,9
Tipo de orientação ^a		
CGS	140	41,3
Dieta	123	36,3
Segurança	49	14,4
PD	27	8,0
Orientações recebidas na Puericultura		
Sim	202	94,0
Não	13	6,0
Tipo de orientação ^a		
CGS	161	41,0

TABELA 4 – Cuidados com a criança e orientações recebidas por mães cadastradas nas USF do DS IV, Recife-PE, 2018. (conclusão)

Variáveis	n=215	%
Dieta	159	40,3
PD	38	9,7
Segurança	35	9,0
Estratégia educacional utilizada^a		
Orientações individuais	200	74,1
Palestra	46	17,0
Cartilha	18	6,7
Rodas de discussão	6	2,2

^a Respostas múltiplas; CGS – Cuidados Gerais de Saúde; PD – Promoção do Desenvolvimento.

Verificou-se que a escala, em sua versão inicial – composta por 43 itens, apresentava algumas variáveis não ajustadas e índices de ajustes inadequados (χ^2 582, 626 p < 0,001; TLI 0,681). Com isso, o instrumento precisou ser reduzido para que o modelo apresentasse ajuste adequado (RMSEA: 0,055; SRMR: 0,071) (TABELA 5).

Os itens excluídos após a análise foram: PD2, PD4, PD6, PD8, PD9, PD10, PD11, PD12, PD13, do primeiro domínio; CGS1, CGS2, CGS3, CGS4, CGS5, CGS6, CGS7, CGS9, CGS2, do segundo; SE4, SE5, SE6, do terceiro; DI2 e DI7 do quarto. A versão final consta de 20 variáveis distribuídas em quatro domínios (TABELA 5).

TABELA 5 – Análise fatorial confirmatória do modelo construído para a escala Self-Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira. Recife-PE, 2019. (continua)

1. Convergência do modelo					
Teste estatístico de função mínima	χ^2	GL	Valor p	Modelo do pesquisador vs. Modelo básico	
Modelo do pesquisador	272,055	164	<0,001	CFI	TLI
Modelo básico	582,626	190	<0,001	0,725	0,681
2. Raiz do erro quadrado médio de aproximação					
RMSEA: 0,055	IC90%: 0,043 – 0,067		Valor p (RMSEA <= 0,05): 0,219		
SRMR: 0,071					
3. Variáveis latentes		Estimativa	Erro Padrão	Z	Valor p
Domínio 1					
PD1		1,000			
PD3		0,833	0,261	3,196	0,001
PD5		1,144	0,329	3,474	0,001
PD7		0,346	0,102	3,373	0,001
PD14		0,365	0,105	3,474	0,001
Domínio 2					
CGS13		1,000			
CGS14		1,103	0,206	5,363	<0,001
CGS15		0,82	0,156	5,254	<0,001

TABELA 5 – Análise fatorial confirmatória do modelo construído para a escala Self-Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira. Recife-PE, 2019. (conclusão)

3. Variáveis latentes	Estimativa	Erro Padrão	Z	Valor p
CGS8	0,411	0,132	3,113	0,002
CGS10	0,437	0,119	3,671	<0,001
CGS11	0,226	0,068	3,31	0,001
Domínio 3				
SE2	1,000			
SE1	0,788	0,293	2,69	0,007
SE3	0,422	0,155	2,724	0,006
Domínio 4				
DI1	1,000			
DI3	0,48	0,16	2,992	0,003
DI4	0,798	0,169	4,716	<0,001
DI5	0,56	0,135	4,138	<0,001
DI6	0,511	0,23	2,219	0,026
DI8	0,305	0,089	3,428	0,001
Covariâncias				
Domínio 1				
Domínio 2	106,204	28,745	3,695	0
Domínio 3	32,116	15,203	2,113	0,035
Domínio 4	60,717	19,052	3,187	0,001
Domínio 2				
Domínio 3	52,792	27,333	1,931	0,053
Domínio 4	113,815	36,108	3,152	0,002
Domínio 3				
Domínio 4	74,021	23,85	3,104	0,002

CFI – Índice de Ajuste comparativo; TLI – Índice de Tucker-Lewis; SRMR – Raiz padronizada do quadrado médio residual; RMSEA - Raiz do erro quadrado médio de aproximação

A versão final da SICS obteve bom índice de consistência interna, apresentando Alfa de Cronbach de 0,85 para os 20 itens. Analisando-os separadamente, nenhum deles apresentou mudanças estatísticas significantes quando excluídos (TABELA 6). Os valores do α para cada domínio foram de 0,45 para Promoção do Desenvolvimento; 0,71 para Cuidados Gerais de Saúde; 0,59 para Segurança e 0,77 para Dieta.

Os valores das correlações entre os itens de cada um dos quatro domínios foi, em sua maioria, de moderada a forte magnitude ($r = 0,31$ a $0,58$), com exceção das variáveis PD1, PD7, CGS22 E SE30 que apresentaram valores abaixo de 0,30 (TABELA 6).

TABELA 6 – Valores das correlações entre os itens e alfa de Cronbach da versão construída para a *Self-Efficacy in Infant Care Scale* – versão brasileira. Recife, PE, 2019. (continua)

	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
PD1	,28	,85
PD3	,34	,84

TABELA 6 – Valores das correlações entre os itens e alfa de Cronbach da versão construída para a *Self-Efficacy in Infant Care Scale* – versão brasileira. Recife, PE, 2019. (conclusão)

	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
PD5	,33	,85
PD7	,22	,85
PD14	,31	,84
CGS8	,29	,85
CGS10	,48	,84
CGS11	,45	,84
CGS13	,61	,83
CGS14	,56	,83
CGS15	,44	,84
SE1	,29	,85
SE2	,52	,84
SE3	,35	,84
DI1	,71	,83
DI3	,58	,83
DI4	,57	,83
DI5	,54	,84
DI6	,49	,84
DI8	,42	,84

No reteste, o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) variou entre 0,736 e 0,944, sendo estatisticamente significativa para os 20 itens (TABELA 7).

TABELA 7 – Estabilidade teste-reteste para os itens da versão final da SICS. Recife-PE, 2019. (continua)

Itens	N	CCI	F teste	IC 95%	p
PD1	41	0,884	9,661	0,769 – 0,940	< 0,001
PD3	41	0,940	19,278	0,875 – 0,970	< 0,001
PD5	41	0,873	10,504	0,655 – 0,944	< 0,001
PD7	41	0,915	11,532	0,841 – 0,955	< 0,001
PD14	41	0,961	25,202	0,927 – 0,979	< 0,001
CGS8	41	0,890	10,903	0,756 – 0,946	< 0,001
CGS10	41	0,819	5,646	0,663 – 0,903	< 0,001
CGS11	41	0,842	6,224	0,703 – 0,916	< 0,001
CGS13	41	0,847	13,291	0,720 – 0,918	< 0,001
CGS14	41	0,798	9,215	0,652 – 0,887	< 0,001
CGS15	41	0,820	12,409	0,625 – 0,910	< 0,001
SE1	41	0,877	17,692	0,753 – 0,937	< 0,001
SE2	41	0,736	6,860	0,556 – 0,850	< 0,001
SE3	41	0,806	5,995	0,597 – 0,902	< 0,001
DI1	41	0,897	9,552	0,807 – 0,945	< 0,001
DI3	41	0,877	7,989	0,769 – 0,935	< 0,001
DI4	41	0,944	17,404	0,895 – 0,970	< 0,001
DI5	41	0,826	5,644	0,673 – 0,907	< 0,001

TABELA 7 – Estabilidade teste-reteste para os itens da versão final da SICS. Recife-PE, 2019.
(conclusão)

Itens	N	CCI	F teste	IC 95%	p
DI6	41	0,930	14,242	0,869 – 0,936	< 0,001
DI8	41	0,851	7,112	0,718 – 0,921	< 0,001

A média global dos escores da *Self-Efficacy in Infant Care Scale* foi de 83,46 (DP $\pm$ 12,82). Com relação aos domínios, as médias foram de 86,98 (DP $\pm$ 13,07) para promoção do desenvolvimento, 71,96 para cuidados gerais de saúde (DP $\pm$ 19,45), 86,85 (DP $\pm$ 14,07) para segurança e 88,06 (DP $\pm$ 16,48) para dieta (TABELA 8).

TABELA 8 – Média dos escores global e domínios da *Self-Efficacy in Infant Care Scale* – versão brasileira (n=215), Recife-PE, 2019.

Fator	Nº de itens	Média (DP)
Promoção do desenvolvimento	5	86,98(13,07)
Cuidados Gerais de Saúde	6	71,96 (19,45)
Segurança	3	86,85 (14,07)
Dieta	6	88,06 (16,48)
Escala total	20	83,46(12,86)

6 DISCUSSÃO

A SICS versão brasileira, após a validação de construto foi considerada um instrumento válido e confiável para mensurar a autoeficácia materna nos cuidados a crianças de zero a 12 meses. A SICS apresenta a vantagem de avaliar a confiança materna nos domínios da promoção do desenvolvimento, cuidados gerais da saúde, segurança e dieta com a utilização de apenas um único instrumento. A análise fatorial confirmatória da versão brasileira confirmou a existência desses quatro domínios como constituintes da estrutura da escala, conforme a sua versão original (PRASOPKITTIKUN, TILOKSKULCHAI, 2010). Entretanto, o número de itens foi reduzido de 43 para 20 no modelo final.

Para a população brasileira, o Ministério da Saúde, a partir da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), aconselha que as ações em saúde, para o alcance da atenção integral, o pleno desenvolvimento infantil e a redução de riscos e vulnerabilidades, sejam permeadas por sete eixos estratégicos contemplando a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança; atenção a agravos prevalentes na infância e doenças crônicas; a prevenção de acidentes, cuidado integral à criança em situações de violência e promoção da cultura de paz; aleitamento materno e alimentação complementar saudável (BRASIL, 2018).

Os dados corroboram que os domínios da SICS – versão brasileira representam a realidade do construto mensurado. Tendo em vista que são aspectos preconizados pelas políticas públicas do país e que é a partir dos cuidados maternos que as crianças adquirem as condições favoráveis para a construção e o desenvolvimento de suas habilidades físicas e cognitivas.

Na análise fatorial, é compreendido que haverá uma maior correlação entre os escores do instrumento, quando a amostra for heterogênea em relação as variáveis avaliadas, porque a variância é uma grandeza diretamente proporcional a correlação. Desse modo, quanto mais heterogênea uma amostra for, melhores serão os resultados obtidos (LAROS, 2012).

Como a SICS é uma escala numérica de 0 a 100 para a avaliação da autoeficácia, tendo três pontos de referência (0 = nenhuma confiança; 50 = moderadamente confiante; 100 = definitivamente confiante), a maioria das respostas das mães estiveram concentradas nesses três escores, mesmo havendo a explicação sobre a possibilidade de escolha de outras pontuações, fato que pode ter sido o motivo dos baixos índices de ajuste do modelo com 43 itens.

Talvez, se a escala apresentasse um nível de pontuação mais baixo, de 0 a 10, por exemplo ou em formato Likert, para a população desse estudo, a variância entre as respostas

fosse maior, pois durante a sua aplicação, foi observado que quando as participantes se sentiam inseguras na prestação dos cuidados, referentes as assertivas do instrumento, elas demoravam um tempo maior para decidir a pontuação dos itens e quando o faziam tinham como escolha as da referência. No entanto, no estudo que comparou a escala original com o seu modelo de seis pontos, na perspectiva de mães tailandesas, a correlação entre as escalas não comprovou a utilização da versão Likert de seis pontos como uma opção válida em detrimento da original (PRASOPKITTIKUN, VIPURO, 2008).

Os itens excluídos do modelo brasileiro foram aqueles relacionados a confiança da mãe em ensinar nomes de pessoas, animais e objetos, dar brinquedos musicais ou cantar uma canção ao seu bebê, brincar com o seu filho todos os dias, identificar os seus diferentes tipos de choro para o domínio promoção do desenvolvimento; realizar a higiene adequada da boca, nariz e região genital da criança, dar remédios sem que o bebê engasgue, usar corretamente o termômetro, identificar alterações no seu funcionamento intestinal, para o domínio cuidados gerais de saúde; fazer do seu lar um ambiente seguro para o bebê, segurá-lo com firmeza durante o banho ou durante a alimentação, para o domínio segurança; e limpar corretamente os utensílios utilizados pelo bebê para o domínio dieta.

Esses cuidados representaram os aspectos em que as mães indicavam os escores mais elevados de autoeficácia. Tal dado pode ser justificado, tendo em vista que são ações discutidas e estimuladas pelos profissionais da saúde durante as consultas da puericultura e repassadas entre as gerações pelos atores da rede social das mulheres brasileiras.

As ações educativas realizadas pelos enfermeiros, nesses casos, priorizam a construção de informações acerca da prevenção de acidentes, incentivo ao aleitamento materno, higiene da criança e do ambiente e alguns cuidados relacionados a prevenção de agravos e promoção à saúde (CAMPOS, *et al.*, 2011).

Além disso, a idade materna acima de 18 anos e possuir dois ou mais filhos pode ter contribuído para o aumento da autoeficácia materna nesses itens, pois a experiência de domínio, para o alcance dessa crença, sofre interferência do fator idade e número de filhos. Quanto mais velha é a mulher e mais filhos ela tiver, subentende-se que maior serão as suas experiências nos cuidados ofertados às crianças e conseqüentemente apresentará uma maior confiança nesse processo (CRUZ, CAVALCANTE, PEDROSO, 2014).

O nível de escolaridade das mães pode interferir na compreensão sobre a necessidade de prover as condições necessárias para o desenvolvimento, manutenção da saúde e segurança do bebê interferindo na crença da sua capacidade em cuidar do filho (TORQUATO, *et al.*, 2018). Como a maior parte das mães havia concluído o ensino médio e as suas características

sociodemográficas eram semelhantes, isso pode ter contribuído para a homogeneidade da amostra, gerando pontuações muito similares, e consequentemente, diminuindo a variância entre os escores e a correlação entre eles.

A exclusão de itens de um instrumento deve ser feita quando eles possuem distribuições assimétricas e desequilibradas durante os procedimentos de avaliação das suas propriedades psicométricas. Isso geralmente ocorre quando a maioria da população alvo responde de maneira semelhante, o que pode significar que os itens contêm pouca informação. Além disso, a variabilidade limitada indica que provavelmente a correlação entre esses itens e os do conjunto será fraca, resultando em baixos desempenhos nas análises fatoriais (LAROS, 2012).

Desse modo, as variáveis da SICS que apresentaram cargas fatoriais inadequadas tiveram de ser excluídas para que o modelo apresentasse ajustes satisfatórios. Instrumentos de medida podem sofrer alterações na sua estrutura a depender do país, região, população e métodos utilizados para a análise de suas propriedades psicométricas (KESZEI, NOVAK, STREINER, 2010; COLUCI, *et al.*, 2015).

Embora seja evidente a importância dessas variáveis para a representatividade do construto, as participantes entrevistadas já se sentiam bastante confiantes nessas situações do cuidado à criança. Por isso, a exclusão de tais itens não prejudica a avaliação dos fatores que compõem a escala, visto que o seu maior intuito é identificar os cuidados que mais geram sentimento de insegurança nas mães e auxiliar no desenvolvimento de ações que contribuam para a superação dessas dificuldades e incertezas, tornando-as cada vez mais seguras no processo do cuidar.

Em relação a Consistência Interna, é compreendido que maiores valores são alcançados quando os instrumentos apresentam em sua estrutura uma única dimensão (CORTINA, 1993). Apesar disso, tanto a SICS versão original, quanto a versão brasileira apresentaram Alfa de Cronbach acima de 0,80. A existência de uma boa consistência interna mesmo diante de medidas multidimensionais indicam que as variáveis presentes nos fatores apresentam elevados índices de correlações entre si, mesmo os domínios apresentando relações inferiores se comparados aos itens que os compõem (MAROCO, GARCIA-MARQUES, 2006).

Ao se observar os domínios separadamente, aqueles referentes à Promoção do Desenvolvimento e Segurança obtiveram índices de α abaixo do recomendado (0,45, 0,59 respectivamente). Isso se justifica porque os valores da Consistência Interna de um instrumento podem sofrer alterações quando o número de variáveis de um fator é pequeno, porém essas

pontuações isoladas não comprometem a sua confiabilidade (MAROCO, GARCIA-MARQUES, 2006).

Como a SICS – versão brasileira apresentou bons índices de ajuste na AFC, o Alfa de Cronbach com baixos valores nesses fatores podem estar relacionados a limitação da variabilidade produzida, visto que são os menores domínios da escala, contendo cinco itens no primeiro domínio e apenas três no terceiro.

No primeiro domínio, promoção do desenvolvimento, os itens que permaneceram versam sobre a segurança da mãe em relação a identificação das habilidades físicas e cognitivas da criança e as ações promotoras do seu desenvolvimento. O conhecimento sobre o desenvolvimento infantil é um importante contribuinte para o aumento da autoeficácia materna no que concerne a oferta de cuidados facilitadores desse processo (EYKEN, et al., 2015).

Os pais que possuem mais informações sobre o tema são capazes de prover um ambiente propício ao desenvolvimento social e cognitivo dos seus filhos por meio da realização de estímulos sensoriais como os táteis, visuais, auditivos e olfativos (CORREA, MINETTO, CREPALDI, 2018). As orientações ofertadas pelos enfermeiros incentivando a participação parental e a aquisição do conhecimento possibilitam tornar os pais cada vez mais ativos e seguros, encorajando-os para o sucesso dessas atividades promotoras do desenvolvimento infantil.

Sobre cuidados gerais de saúde, os itens que permaneceram referem-se a situações do cuidado em casos de diarreia, convulsão, oferta de primeiros socorros quando houver engasgos provocados por ingestão de objetos e cuidados para evitar sufocamento. Essas foram as variáveis em que as mães apresentaram menor autoeficácia (71,96), apesar de ter sido o domínio em que foi realizado um maior número de orientações pelos enfermeiros (41,0%).

No âmbito dos cuidados à saúde, as mães compreendem a importância da aquisição de conhecimentos sobre higiene e alimentação para prevenção da diarreia infantil, no entanto, agravos como convulsões, ou ações sobre primeiros socorros não são citados como prioridades (MELO, *et al.*, 2014).

O que se percebe é que como a diarreia é um problema de saúde pública, com altos índices de mortalidade, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil, mais informações sobre esse agravo são difundidas e um maior número de ações educativas realizadas (BHUTTHA, 2016). Já as convulsões e a obstrução de vias aéreas ocorrem em menor frequência e talvez por isso as mães não recebam tantas informações sobre o tema, não apresentam vivências ou experiências compartilhadas. Isso reflete em menor nível de

autoeficácia das mães e a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais da saúde nessas temáticas.

O domínio segurança, na versão final, apresenta três itens sobre a confiança da mãe em executar medidas que promovam a segurança ambiental da criança. Mães que possuem conhecimento sobre medidas de segurança tendem a se sentir mais confiantes na execução de ações para a prevenção de acidentes na infância (EYKEN, 2015). Apesar disso, durante as entrevistas com as mães para validação da SICS, algumas delas referiram ter maior dificuldade em manter as crianças longe da fumaça de cigarro ou de pessoas gripadas.

A exposição ao tabaco, por meio da inalação involuntária da fumaça pode causar efeitos agudos como irritação nasal e pulmonar, cefaleia, ataques asmáticos, hipertensão arterial e/ou provocar consequências a longo prazo como neoplasias, cardiopatias e infecções respiratórias em crianças (FIGUEIRÓ, ZIULKOSKI, DANTAS, 2016). Outro fator de risco das doenças do aparelho respiratório na infância é o contato direto com pessoas infectadas por microrganismos causadores dessas patologias (PRATO, et al., 2014). Portanto, é necessário que os enfermeiros estejam atentos a essas questões e desenvolvam ações educativas junto a família sobre as medidas profiláticas para a segurança e prevenção do adoecimento dessas crianças.

Na escala original, o item “Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto quando eu não estiver em casa” do domínio dieta, apresentou baixos níveis de correlação entre as variáveis do instrumento ($r = 0,22$) (PRASOPKITTIKUN, TILOKSKULCHAI, 2010). Já na versão brasileira, essa variável obteve 0,41, indicando moderada magnitude.

Em um estudo que buscou explorar as vivências positivas e negativas no processo da amamentação, foi percebido que as mães referiram estar sobrecarregadas por não terem condições de sair de casa, realizar atividades de autocuidado, e trabalhar por causa do aleitamento materno. Nenhuma delas considerou deixar armazenado o leite materno para ser ofertado nos horários em que estivesse fora de casa (ROCHA, et al., 2018).

A falta de conhecimento acerca dessa possibilidade, pode diminuir o nível de autoeficácia das mães nesse domínio e, portanto, é importante que os profissionais da saúde avaliem esse aspecto para o desenvolvimento de ações educativas favoráveis à aquisição do conhecimento e ao esclarecimento de dúvidas.

Ainda sobre dieta, os outros itens que compõe esse domínio referem-se a confiança das mães no que diz respeito a escolha adequada dos alimentos de acordo com a faixa etária, a preparação de refeições saudáveis e hábitos para facilitar a digestão do bebê.

Em uma pesquisa envolvendo uma amostra de mulheres brasileiras, 56,35% delas ofereceram alimentos ou líquidos aos seus filhos antes dos seis meses, mesmo estando em aleitamento materno exclusivo. Além do mais, 14,74% delas ofereceram açúcares, doces e chás como primeiros alimentos introduzidos durante a transição alimentar, fato que pode causar complicações a saúde do lactente (NUNES, 2017).

Apesar de 40,3% das mães do presente estudo terem referido receber orientações sobre dieta nas consultas da puericultura e terem apresentado bons índices de autoeficácia nesse domínio (88,06), ainda assim muitas delas apresentam dúvidas e inseguranças durante esse processo de transição alimentar.

Portanto, nota-se que a SICS – versão brasileira com 20 itens consegue identificar de forma objetiva, o nível de autoeficácia das mães de crianças de 0 a 12 meses, sendo o modelo que obteve os melhores ajustes na AFC e as pontuações mais adequadas nas análises da sua confiabilidade e estabilidade. Os instrumentos constituídos com 20 itens são capazes de representar os seus construtos sem prejuízos de informações (COLUCI, et al., 2015).

Instrumentos de medição contendo um número menor de itens podem ser mais vantajosos quanto ao tempo despendido para a sua aplicação, pois são ferramentas que permitem uma avaliação rápida do construto a ser mensurado. Em contrapartida, eles inviabilizam uma análise mais profunda. Portanto, autores sugerem que as escalas menores sejam utilizadas quando se pretende ter uma avaliação geral do construto ou realizar uma triagem (RUEDA; FARO, 2015).

Nesse caso, a SICS – versão brasileira, pode ser utilizada para investigar de forma geral a autoeficácia materna percebida nos quatro domínios propostos e nos casos em que os fatores não apresentarem pontuações satisfatórias, instrumentos mais específicos podem ser utilizados para o aprofundamento das investigações.

7 CONCLUSÃO

A Self-efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira, apresenta propriedades psicométricas adequadas para avaliar a autoeficácia materna nos cuidados à criança de zero a 12 meses. O modelo com 20 itens, obteve melhores índices de ajuste na análise fatorial confirmatória do que a sua versão com 43.

A SICS é um instrumento útil para enfermeiros e outros profissionais analisarem como as mães executam as ações de cuidado aos seus filhos, identificando fragilidades e promovendo estratégias para resolução de problemas, esclarecimento de dúvidas e consolidação do papel materno no crescimento e desenvolvimento infantil.

Para a prática clínica, o enfermeiro pode utilizar a escala avaliando a autoeficácia materna dos itens separadamente. Nos cuidados em que a mãe referir menor confiança, o profissional deverá desenvolver estratégias educativas que visem fortalecer a sua segurança e estimulá-la nesse processo. A utilização da SICS pelos profissionais da saúde no Brasil contribui para o fortalecimento da PNAISC, visto que esse instrumento aborda aspectos, sobre segurança, cuidados gerais da saúde, dieta e promoção do desenvolvimento infantil, preconizados pela política.

Recomenda-se que novos estudos sejam desenvolvidos com o objetivo de validar o construto da SICS considerando amostras de mães adolescentes e/ou primíparas, comparando os dois modelos, a versão com 43 e 20 itens, para investigar o seu uso em um público-alvo mais específico.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov/dez, 2014.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.
- BANDURA, A.; ADAMS, N.E.; BEYER, J. Cognitive processes mediating behavioral change. **J Pers Soc Psychol**, v.35, n. 3, p. 125-39, 1977.
- BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, A. (Orgs.). **Teoria Social Cognitiva: Conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BANDURA, A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. **J Manag**, 2012.
- BANDURA, A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- BARNES C.R.; ADAMSOM-MACEDO, E.N. *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. Leading Global Nursing Reaserch*, v. 60, n. 5, p. 550-560, 2005.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the crosscultural adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**, 2007. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>
- BHUTTA, Z.A. *Acute gastroenteritis in children*. In Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, et al, editors: **Nelson textbook of pediatrics**, ed 20, Philadelphia, 2016.
- BOMFIM, E.S. *et al.* Atuação do enfermeiro acerca das práticas educativas na estratégia de saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1398-402, mar. 2017.
- BOMFIM, E.S. *et al.* Práticas educativas do enfermeiro no cotidiano na estratégia de saúde da família. **Rev Saúde e Desenvolvimento**, v. 10, n. 5, p. 38-52, jul./dez. 2016.
- BOING, E.; CREPALDI, M.A. Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 59, p. 17-33, jan./mar. 2016.
- CORREA, W.; MINETTO, M.F.; CREPALDI, M.A. Família como Promotora do Desenvolvimento de Crianças que Apresentam Atrasos. **Pensando Famílias**, v. 22, n. 1, p. 44-58, 2018.
- CRUZ, E.J.S.; CAVALCANTE, L.I.C.; PEDROSO, J.S. Inventário do conhecimento do desenvolvimento infantil: estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. **Rev SPAGESP**, v. 15, n. 1, p. 49-63, 2014.

BRASIL. V Conferência Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Saúde materno-infantil**. Brasília (DF), 1975b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos**: 2008–2011. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Saúde da criança e a Saúde da Família: atenção à saúde da criança no primeiro ano de vida**. São Luís, 2014.

BYRNE, B.M. **Structural equation modeling with AMOS**. 2 ed. New York: Routledge, 2010.

CAMPOS, R.M.C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.

CARVALHO, J; CHIMA, F.O. Applications of Structural Equation Modeling in Social Sciences Research. **American International Journal of Contemporary Research**, v. 14, n 1, p. 7-11, jan 2014.

CARVALHO, M.S.; SANTANA, M.D.A.; OLIVEIRA, S.J.G. Educação em saúde durante o pré-natal com foco nos cuidados relacionados ao recém-nascido. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 3, n. 3, p. 195-208, out. 2016.

CERVELLINI, M.P.; GAMBA, M.A.; ABRÃO, A.C.F.V. Abordagens Metodológicas Utilizadas na Construção de Instrumentos de Medida Relacionados com o Cuidado de Lesões. **Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 13, n. 2, 2015.

CÓLON, A.R. **Nurturing children: a history of pediatrics**. 1 ed. Greenwood Press, 1999.

COLUCI, M.Z.O., et al. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

CONDE, *et al.* Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 383-389, 2017.

COUNCIL OF EUROPE. *Recommendation 19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting (adopted by the Committee of Ministers on 13 December 2006 at 983rd meeting of Ministers' Deputies)*. Brochura, 2006.

CORTINA, J. M. *What is coefficient alpha? An examination of theory and application*. **Journal of Applied Psychology**, v.78, p. 98-104, 1993.

CRNIC K., ROSS E. *Parenting Stress and Parental Efficacy*. In: Deater-Deckard K., Panneton R. (eds) **Parental Stress and Early Child Development**. Springer, Cham, 2017.

CUNHA, C.M.; NETO, O.P.A.; STACKFLETH, R. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 47, p. 75-83, jan./mar. 2016.

DAS JK, BHUTTA ZA. *Global challenges in acute diarrhea*. **Curr Opin Gastroenterol**, v. 32, n. 1, p. 18-23, 2016.

DENNIS, C.L.; FAUX, S. *Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale*. **Res Nurs Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DOLAN, P. *et al.* *Family support and child welfare in Ireland: Capacities and possibilities*. In Vincent, S. (ed.) *Early intervention: Supporting and strengthening families*, London: Dunedin, p. 44-54, 2015.

EYKEN, *et al.* Conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 41, n. 1 e 2, p. 23-31, jan./jun, 2015.

FALKENBERG, M.B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar., 2014.

FARO, A. Análise Fatorial Confirmatória das Três Versões da Perceived Stress Scale (PSS): Um Estudo Populacional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 28, n. 1, p. 21-30, 2015.

FIGUEIRÓ, L.R.; ZIULKOSKI, A.L.; DANTAS, D.C.M. Thirdhand smoke: quando o perigo vai além do que se vê ou sente. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.11, p. 1-13, 2016.

FILHO, D.B.F.; JÚNIOR, J.A.S. Vilão além do alcance: Uma introdução a análise fatorial. **Opinião Pública**, Campinas, v. 16, n 1, p. 160-185, Junho, 2010.

FRIAS, P.G.; MULLACHERY, P.H.; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil* [Internet]. 2008 [acesso em 08 de agosto de 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf

GNYAWALI, S; LAMSAL, A. *Knowledge Regarding Care of the First Newborn Baby among Fathers Attending a Tertiary Level Maternity Hospital of Nepal*. **J Family Med Community Health**, v. 3, n. 1, p. 1017, jan. 2016.

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 Enferm**, v. 25, n. 3, p. 1-9, 2016.

GOMES, A.L.A. et al. *Association of self-efficacy of parents/caregivers with childhood asthma control parameters*. **Rev Esc Enferm USP**, v.51, 2017.

GOMES, A.L.M. et al. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Rev Rene**, v. 16, n. 2, p. 258-265, mar./abr. 2015.

GORIN, M.C. et al. O estatuto contemporâneo da parentalidade. **Rev SPAGESP**, v. 16, n. 2, p. 3-15, 2015.

GORSUCH, R.L. **Factor analysis**. 2 ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1983.

GOUVEIA, P.R.R.; PIRES, M.R.T; HIPÓLITO, J.E.J. O novo ciclo familiar após o nascimento do primeiro filho. **Psique**, v. 21, p 135-160, 2015.

HAMPTON, M.M.; NEWCOMB, P. *Self-efficacy and Stress Among Informal Caregivers of Individuals at End of Life*. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 20, n.5, p. 471–477, 2018.

JOVENTINO, E.S. et al. *The Maternal Self-efficacy Scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability*. **Public Health Nurs**, v. 30, n. 2, p. 150-8, 2013.

KESZEI, A.; NOVAK, M.; STREINER, D.L. *Introduction to health measurement scales*. **J Psychosom Res**, v.68, n.4, p.319-323, 2010.

KLIN, P. **An easy guide to factor analysis**. Londres: Routledge, 1994.

KRAMER, S. **Por entre as pedras: arma e sonho na escola**. 3ª. Ed. São Paulo: Editora Ática, 2002.

LAFAVE, L. et al. *Content Validity for a Child Care Self-assessment Tool: Creating Healthy Eating Environments Scale (CHEERS)*. **Can J Diet Pract Res**. 2016.

LAROS, A.J. O Uso da Análise Fatorial: Algumas Diretrizes para Pesquisadores. In L. Pasquali (Org.), **Análise fatorial para pesquisadores**. Brasília: LabPAM Saber e Tecnologia, p. 141-160, 2012.

LINS, Z.M.B. et al. O papel dos pais e as influências externas na educação dos filhos. **Rev SPAGESP**, v. 16, n. 1, p. 43-59, 2015.

MACANA, E.; COMIM, F. “O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância”. In G. A. Pluciennik, M. C. Lazzari, & M. F. Chicaro (Eds.), **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: Parentalidade em foco**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, p 1-130, 2015.

MACHADO, R.N.; CARNEIRO, T.F.; MAGALHÃES, A.S. Parentalidade adotiva: contextualizando a escolha. **Psico.**, v. 46, n. 4, p. 442-451, 2015.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n.1, p. 65-90, 2006.

MARTINS, C.; ABREU, W.; FIGUEIREDO, M. C. Tornar-se pai e mãe: um papel socialmente construído. **Revista de Enfermagem Referência**, v.4, n. 2, p. 121-131, 2014.

MARTINS, C.; ABREU, W.; FIGUEIREDO, M. C. Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. In: 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 6., 2017, Espanha. Atas... Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, p. 40-49, 2017.

MARTINS, G. L. L.; LEÓN, C. B. R.; SEABRA, A. G. Estilos parentais e desenvolvimento das funções executivas. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 216-227, 2016.

MEDEIROS, R.K.S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, v. 1, n. 4, p. 127-135, 2015.

MELO, *et al.* A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 604-10, 2014.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012 [acesso em 10 de agosto de 2018].

MERG, C.C.K.; MENEZES, L.P. A implantação da consulta de enfermagem em puericultura na estratégia de saúde da família. **Espaço ciência & saúde**, v. 6, n. 1, p. 41-55, jul. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html> Acesso em: 24 de abr. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: 2016.

MOURA, T.H.M. Adaptação Transcultural da *Self-efficacy in Infant Care Scale* para o Brasil e validação de conteúdo da versão brasileira. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de ciência da saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

MOURA, T.H.M. et al. Home care for child health promotion in Brazil: an integrative review. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 4, p. 686-698, 2014.

NUNES, C.S. Avaliação dos conhecimentos maternos sobre alimentação complementar para mães de crianças de 6 a 24 meses nas escolas da cidade de Amparo-SP. **Rev Saúde em foco**,

v. 9, p. 276-290, 2017.

NUNES, M.F.O. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: Uma revisão. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 9 n. 1, p. 29-42, 2008.

OLIVEIRA, E.A.R.; ROCHA, S.S. O cuidado cultural às crianças na dinâmica familiar: reflexões para a Enfermagem. **R. Interd**, v. 8, n. 1, p. 227-233, 2015.

OLIVEIRA, F.F.S. et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev Rene**, v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Alma-Ata (1978). Genebra, 1978.

ORIÁ, M.O.B. *Psychometric Assessment of the Brazilian Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale*. **Public Health Nursing**, v. 26, n. 6, p. 574-583, 2009.

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W. & FELDMAN, R. D. O Mundo da criança: da infância à adolescência. 11ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

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

PEREIRA, M.M. et al. Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde para o desenvolvimento infantil saudável. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 4, p. 767-774, out./dez. 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011

PRASOPKITTIKUN, T. et al. *Self-efficacy in infant care scale: development and psychometric testing*. **Nursing & health sciences**, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2006.

PRASOPKITTIKUN, T; TILOKSKULCHAI, F. *Self-efficacy in Infant Care Scale: Revision and further psychometric testing*. **Nurs Health Sci**, v.12, p.450-5, 2010.

PRASOPKITTIKUN, T.; VIPURO, N. *Assessing Self-Efficacy in Infant Care: A Comparison of Two Scales*. *Asian Nursing Research*, **Nurs Health Sci** v. 2, n.3, p. 106-172, 2008.

PRATO, M.C. et al. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v.14, n.1, p 33-9, 2014.

RANGROO, V. *The evolution of paediatrics from archaeological times to the mid-nineteenth century and the historical influence on presente day practice*. **Acta Paediatrica**, v. 97, n. 5, p. 677-83, 2008.

RAYMUNDO, V.P. Construção e validação de instrumentos: Um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-89, 2009.

RIBEIRO, M.A.S. et al. *Validation studies in nursing: integrative review*. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, p.218-228, 2013.

- ROCHA, J.M. Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil. In: Aguiar A, Martins RM. **História da Pediatria Brasileira**. Coletânea de textos e depoimentos. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Reproarte Gráfica e Editora Ltda, p. 85-123, 1996.
- ROCHA, J.P. et al. Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 2-13, 2018.
- ROLIM, K.M.C. et al. Ensino em saúde sobre os cuidados com o neonato: estratégia de promoção da saúde com gestantes. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 51-57, dez. 2016.
- RONCALLO, C.P.; BARRETO, F.B.; MIGUEL, M.S. *Promotion of child development and health from the perinatal period: an approach from positive parenting*. **Early Child Development and Care**, v. 188, n 11, p 1540 – 1552, 2018.
- RUEDA, F.J.M. Análise fatorial confirmatória da Escala de Satisfação no Trabalho nas versões de 25 e 15 itens. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, v. 15, n. 1, p. 82-88, 2015.
- SABINO, L.M.M. et al. Validação de cartilha para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. **Rev Bras Enferm**, v. 3, p. 1495-502, 2018.
- SANÍCOLA, L. **As dinâmicas de rede e o trabalho social**. 2 ed. São Paulo: Veras Editora, 2015.
- SANTOS, R.C.K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R.F. *Childcare and children's healthcare: historical factors and challenges*. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012.
- SCHREIBER, et al. *Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: a review*. **The Journal of Educational Research**, v. 99, p. 324-337, 2006.
- SEAY, A., FREYSTEINSON, W. M.; MCFARLANE, J. *Positive Parenting*. **Nursing Forum**, v. 49, n. 3, p. 200–208, 2014.
- SILVA, B.T.; SILVA, M.R.S. Necessidades e preocupações dos pais em diferentes etapas do ciclo vital. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 6, p. 957-64, nov./dez. 2014.
- SILVA, L.M.N.; SILVEIRA, A.P.K.F.; MORAIS, F.R.R. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento: Aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 8, p. 3290-3294, 2017.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1981.
- SOARES, R.L.S.F. et al. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Rev Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 409-416, 2015.

- SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017.
- SOUZA, F.H.O.; FONTELLA, C. Diga, Gérard, o que é a parentalidade? **Clínica & Cultura**, v. 5, p. 107, 2016.
- SOUZA, J.M.; VERÍSSIMO, M.L.O.R. *Child development: Analysis of a new concept*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1097-1104, nov./dez, 2015.
- STRECHT, P. **Parentalidade positiva**. Lisboa: Verso de kapa, 2015.
- STREINER, D.L. *Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency*. **J Pers Assess**, v.80, n.1, p. 99-103, feb,2003.
- STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. 4th ed. New York: Oxford Press, 2008.
- SUTO, C.S.S.; LAURA, T.A.O.F.; COSTA, L.E.L. Puericultura: A consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 8, n. 9, p. 3127-33, set, 2014.
- TABAQUIM, M.L.M; VIEIRA, R.G.S.; RAZERA, A.P.R.; CIASCA, S.M. A autoeficácia de cuidadores de crianças com o transtorno do espectro autista. **Rev. Psicopedagogia**, v. 32, n. 99, p. 285-92, 2015.
- TAYLOR, Z.E. et al. *Parenting Practices and Perceived Social Support: Longitudinal Relations with the Social Competence of Mexican-origin Children*. **J Lat Psychol**, v.3, n.4, p. 193 – 208, 2015.
- TORQUATO, R.C. et al. Perfil de nutrizes e lactentes atendidos na Unidade de Atenção Primária de Saúde. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 1-6, 2018.
- 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. 277-286, 2015.
- ULLMAN, J. B. *Structural Equation Modeling*. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Orgs.), *Using multivariate statistics (5 ed.)*. **Pearson Education**, 2007.
- VIEIRA, F.S. et al. Inter-relação das ações de educação em saúde no contexto. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 9, n. 4, p. 1139-1144, out./nov. 2017.
- WITTKOWSKI, A. et al. *Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature*. **J Child Fam Stud**, v. 26, p. 2960–2978, 2017.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Nome da mãe: _____ USF: _____ Data: _____	
1.1- Idade Materna: _____	IDMAT _____
1.2- Idade da Criança: _____	IDCRI _____
3- Estado Civil: 1. ☐ Solteiro 2. ☐ Casado 3. ☐ União estável 4. ☐ Divorciado 5. ☐ Viúvo	EC _____
3.1 – Vive com o companheiro? 1. ☐ Sim 2. Não ☐	VC _____
4- Religião: 1. ☐ Católico 2. ☐ Evangélico 3. ☐ Outros Qual? _____ 4. ☐ Não possui.	RELIG _____
5.1 - Escolaridade: 1. ☐ Analfabeto 2. ☐ Ensino Fundamental 3. ☐ Ensino Médio 4. ☐ Ensino Superior.	ESCOLA _____
5.2- Anos de estudo: _____	AE _____
6.1- Profissão: _____	PROFIS _____
6.2- Trabalho materno fora do lar: 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	TFL _____
6.3- Se trabalha fora do lar, quem fica com a criança? _____	TFLC _____
6.4- A criança frequenta alguma creche? 1. ☐ Sim 2. Não ☐	FCRE _____

7.1- Renda Familiar: _____	RENDA _____
7.2- Auxílio Bolsa família: 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	ABF _____
8- Chefe da Família: 1. ☐ Mãe 2. ☐ Pai 3. Outros _____	CFAMILIA _____
9- Moradia: 1. ☐ Própria 2. ☐ Alugada 3. ☐ Cedida 4. ☐ Outros____	MORADI _____
10- Tipo de moradia: 1. ☐ Alvenaria 2. ☐ Taipa 3. ☐ Outros: _____	TIPO _____
11- Abastecimento de água: 1. ☐ Ligada à rede 2. ☐ Poço ou nascente 3. ☐ Cisterna 4. ☐ Cacimba 5. ☐ Outros _____	ABAG _____
12- Tratamento da água para beber: 1. ☐ Fervida 2. ☐ Filtrada 3. ☐ Mineral 4. ☐ Sem tratamento 5. Outros _____	TAGB _____
13- Destino dos dejetos: 1. ☐ Rede geral 2. ☐ Fossa com tampa 3. ☐ Fossa rudimentar (sem tampa) 4. ☐ Céu aberto 5. ☐ Curso D'água 6. Outros _____	DESTD _____
14- Destino do lixo: 1. ☐ Coletado 2. ☐ Enterrado 3. ☐ Queimado 4. ☐ Terreno baldio 5. ☐ Depositado em caçamba para coleta 6. ☐ Outro _____	DLIXO _____
15- N° de moradores: _____	NMOR _____
16- N° de cômodos: _____	COMODO _____
17- N° de filhos: _____	FILHS _____
18- Tempo disponível para prestação dos cuidados à criança: _____	TEMPO _____
19.1- Recebe algum auxílio para cuidar da criança? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	AUXCUID _____

19.2- Se sim, de quem? 1. ☐ Marido 2. ☐ Mãe 3. ☐ Sogra 4. ☐ Outros _____	
20.1- Recebeu alguma orientação sobre como cuidar da sua criança? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	OCCRI _____
20.2- Se sim, de quem? 1. ☐ Marido 2. ☐ Mãe 3. ☐ Sogra 4. ☐ Outros _____	
20.3- Tipo de Orientação: _____	
20.3 – Durante as consultas de puericultura, recebeu alguma orientação sobre os cuidados com a criança? 1. ☐ Sim 2. ☐ Não	PUOCC _____
20.4- Tipo de Orientação: _____	
21- Qual o tipo de estratégia de educação em saúde foi utilizada para as orientações relacionadas aos cuidados com a sua criança? 1. ☐ Palestras 2. ☐ Rodas de discussão 3. ☐ Orientações individualizadas 4. Outros _____ 5. ☐ Não recebeu.	ESTE _____

APÊNDICE B - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP

A pesquisa intitulada “Validação de construto da Self Efficacy in Infant Care Scale (SICS) – versão brasileira” possui como objetivo avaliar a validade de construto e a confiabilidade da SICS para uso no Brasil. Para a conquista desse objetivo, será necessária a execução de alguns procedimentos que devem ser padronizados e realizados com cautela para que não haja erros ou vieses que prejudiquem a análise dos resultados do estudo. Dessa forma, esse POP foi criado para auxiliar a equipe de pesquisa durante a coleta dos dados junto às mães.

Para a realização das entrevistas, o pesquisador deverá:

- Dirigir-se até a mãe, se apresentar informando o seu nome e o nome da instituição a qual você pertence;
- Explicar com uma linguagem de fácil acesso, para compreensão da mãe, a justificativa e o objetivo da pesquisa;
- Convidá-la a participar da pesquisa;
- Ler o TCLE frisando os aspectos mais importantes no que diz respeito ao caráter voluntário da participação da mãe e a confidencialidade das informações que serão colhidas;
- Caso a mãe aceite participar do estudo, deverá ser solicitada a assinatura do TCLE;
- Iniciar o preenchimento do formulário para caracterização da amostra (O pesquisador deverá realizar as perguntas contidas no formulário em um tom audível e sereno para facilitar a compreensão dos itens e não constranger a mãe);
- Entregar a mãe o segundo formulário que contém a SICS;
- Explicar todas as instruções para o preenchimento da SICS. Deve ser dito que a escala avalia a confiança e a capacidade de realizar os cuidados que a mãe tem com seu filho. Desde o nascimento até o primeiro ano de vida. E que ela deve avaliar e classificar esse grau de confiança para realizar cada tarefa, que será descrita na escala, através da atribuição de notas que podem variar entre zero a 100. Se ela não tiver nenhuma confiança, pois não sabe ou tem receio em prestar algum cuidado, a mãe deve dar a nota zero para aquele item. Se ela possui uma confiança moderada, poderá dar a nota 50, se apresenta total confiança a nota deverá ser 100 ou ela pode escolher um outro valor que esteja entre essas três.
- Deixar claro que a mãe poderá sanar dúvidas caso não esteja compreendendo as informações contidas no instrumento;

- O preenchimento do instrumento deve ser feito pelo pesquisador, fazendo perguntas diretas a mãe como por exemplo: “Estou confiante em ser capaz de fazer o meu bebê rir. Qual nota a senhora daria para essa afirmação de zero a 100?”
- Deve ser garantido que a mãe realmente compreendeu a assertiva e então preencher, no instrumento, a nota atribuída por ela.
- Ao finalizar a entrevista, recolher a escala, verificar se os itens foram preenchidos corretamente, agradecer a participação da mãe e se despedir dela.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a Sr^a para participar como voluntária da pesquisa intitulada Validação de construto da Self Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Clarissa Ferreira de Oliveira, endereço: Rua João Fernandes Vieira, 367, CEP 50050-215; email: clarissa285@hotmail.com; telefone para contato (81) 32213761. A Self Efficacy in Infant Care Scale é uma escala que foi criada para conhecer a segurança que a mãe tem em cuidar do seu filho, só que ela foi feita levando em consideração os cuidados que as mães tailandesas tem com suas crianças. Para que ela possa ser usada no Brasil, é preciso que essa escala passe por alguns procedimentos científicos. A etapa final desses procedimentos será feita nesse estudo.

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, sem nenhuma penalidade. Caso resolva aceitar participar, você deverá ter em mente algumas informações importantes. O objetivo da pesquisa é avaliar a validade do construto e a confiabilidade da Self Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira. Para alcançarmos esse objetivo, é preciso que alguns dados seus sejam coletados. Nesse sentido, desejariamos que você contribuísse respondendo dois formulários. O primeiro contém algumas perguntas sobre a sua vida, como profissão e quanto você e sua família recebem por mês e o segundo é uma escala que avalia a segurança que você tem em cuidar do seu bebê. Um pesquisador irá lhe fazer as perguntas e você responderá de acordo com a sua realidade. Você poderá escolher se deseja responder aos formulários na unidade, onde você vem com seu filho para as consultas de puericultura, ou se prefere ser entrevistada na sua casa. É importante saber que, após duas semanas, você poderá ser chamada uma segunda vez para responder novamente a escala que avalia a sua segurança em cuidar do seu bebê. Se isso acontecer novamente, saiba que não foi por erro seu, e sim para confirmar que o teste foi válido. Porém, se você não quiser, poderá recusar esse novo convite. O risco que você poderá ter em participar dessa entrevista, é o constrangimento e desconforto em responder algumas questões sobre a sua vida. Mas terá também alguns benefícios, pois você irá responder algumas questões sobre como você cuida do seu bebê e, ao final da entrevista, caso você tenha alguma dúvida com relação a esses cuidados, poderá esclarecê-las com o pesquisador que estará realizando a sua entrevista. Além disso, quando comprovarmos a validade da escala, ela poderá ser utilizada nas consultas de puericultura, auxiliando o enfermeiro nas perguntas que deverão ser feitas a você e na identificação de quais ações de cuidado à criança você tem mais dificuldade para que ele possa te ajudar a se sentir mais confiante.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão 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 dados coletados nesta pesquisa, produtos da entrevista, ficarão armazenados em pastas e planilhas eletrônicas no computador, sob a responsabilidade da mestranda Maria Clarissa Ferreira de Oliveira, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será 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. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

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 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

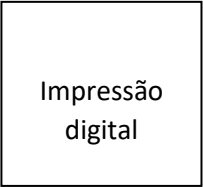
(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

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 Validação de construto da Self Efficacy in Infant Care Scale- versão brasileira 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.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

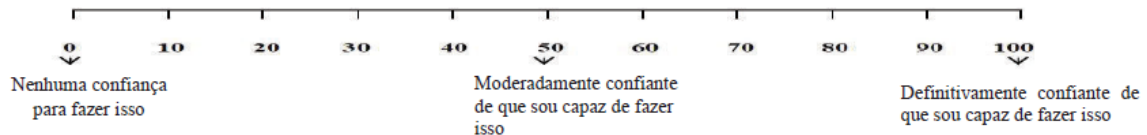


Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A - SELF-EFFICACY IN INFANT CARE SCALE

Instruções: Os itens a seguir avaliarão sua confiança e capacidade de realizar com sucesso uma variedade de tarefas sobre os cuidados com seu filho, desde o nascimento até o primeiro ano de vida. Nos itens abaixo, avalie e classifique o seu grau de confiança para realizar cada tarefa. Marque em cada quadrado em branco o número entre 0 e 100 correspondente à sua confiança.



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

38. Preparar uma refeição adequada (de consistência pastosa e com alimentos saudáveis) quando meu bebê estiver com 6 meses.	
39. Alimentar meu bebê com três refeições adequadas (alimentos da família) e dois lanches quando ele estiver com 12 meses.	
40. Oferecer alimento sólido apropriado à idade do meu bebê.	
41. Deixar leite materno para que o meu bebê seja alimentado no horário correto quando eu não estiver em casa.	
42. Segurar meu bebê sempre que ele estiver sendo amamentado/ alimentado.	
43. Fazer meu bebê arrotar sempre após ser amamentado/alimentado com outro leite.	

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

Traduzido e adaptado por Moura THM. Adaptação transcultural da self-efficacy in infant care scale para o brasil e validação de conteúdo da versão brasileira [dissertação]. Universidade Federal de Pernambuco; 2015.

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Maria Clarissa Ferreira de Oliveira**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Validação de construto da self efficacy in infant care scale – versão brasileira"**, sendo orientada por Luciana Pedrosa Leal.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

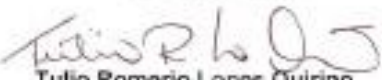
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização 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 fevereiro de 2018.

Atenciosamente,


Tulio Romério Lopes Quirino
 Chefe de Divisão de Educação na Saúde
 Tulio Romério Lopes Quirino
 Chefe da Div. de Educação na Saúde
 UFES / DEGES (SESAU)
 Matr. 100.473-5

ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Validação de construto da Self Efficacy in Infant Care Scale – versão brasileira.

Pesquisador responsável: Maria Clarissa Ferreira de Oliveira

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco/ Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (81) 3221-0763

E-mail: clarissa285@hotmail.com

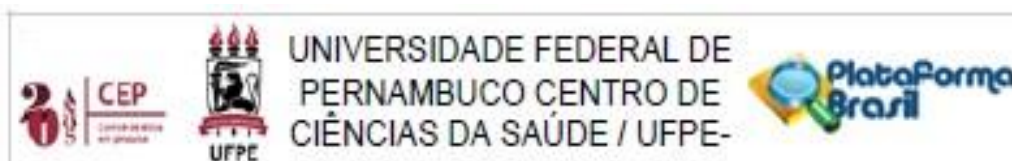
O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Recife, 10 de março de 2018

Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO DA SELF EFFICACY IN INFANT CARE SCALE - VERSÃO BRASILEIRA

Pesquisador: MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 88382818.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

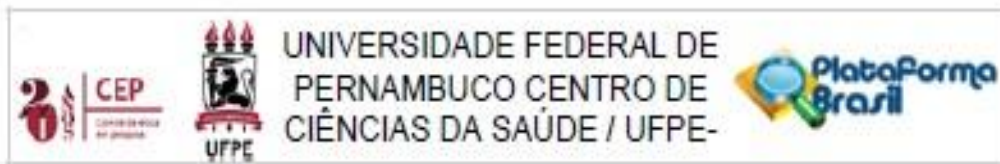
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.695.588

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da Profª Drª Luciana Pedrosa Leal e coorientação da Profª Drª Cleide Maria Pontes. O projeto é um estudo metodológico que será executado nas Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário IV do município de Recife-PE na hipótese de que A Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS)- versão brasileira possui validade de construto e confiabilidade para ser utilizada por enfermeiros na atenção básica. A amostra será aleatória, composta por 215 mães, a partir das listas de cadastro das consultas de puericultura, que referirem ser a responsável pelos cuidados prestados aos seus filhos de zero a 12 meses. Serão excluídas as mães de crianças prematuras ou diagnosticadas como portadoras de doenças crônicas; menores de 18 anos; ou aquelas que não conseguirem compreender as perguntas contidas nos instrumentos de coleta, mesmo após as explicações dos entrevistadores. A coleta dos dados será realizada em duas etapas, o teste e o reteste, respectivamente. As mulheres serão convidadas a participar do estudo no dia agendado para a consulta de puericultura. Os instrumentos serão a versão traduzida e adaptada para o português da SICS e um formulário sócio demográfico. As entrevistas ocorrerão na unidade, ou no domicílio da mãe, de acordo com a sua preferência. Os dados coletados serão digitados em dupla entrada, armazenados e analisados pelo software IBM-SPSS for Windows, versão 21.0. Haverá a execução dos procedimentos analíticos referentes à validação de construto, a partir da análise fatorial com a

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.655.588

técnica dos componentes principais e a confiabilidade do instrumento, por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach e o Coeficiente de Correlação Intraclassa.

Objetivo da Pesquisa:

Os autores descrevem apenas o objetivo primário: avaliar a validade do construto e a confiabilidade da Self Efficacy In Infant Care Scale – versão brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como riscos do estudo, os autores elencam o constrangimento em responder os instrumentos de coleta de dados e o desconforto em expor algumas situações sobre o seu cotidiano. Para minimizar estes, a entrevista, portanto, será realizada em ambiente restrito, silencioso, sem a presença de pessoas conhecidas das mães para que elas se sintam mais confortáveis em expor alguns detalhes pessoais da sua vida.

Os benefícios diretos da pesquisa consistirão em permitir, ao final das entrevistas, o esclarecimento de possíveis dúvidas das mães referentes aos cuidados à criança. Já os indiretos estão relacionados ao fato de que a partir da utilização desse instrumento, o enfermeiro direcionará as perguntas feitas durante as consultas de puericultura, para o desenvolvimento das estratégias de educação em saúde com o intuito de tornar a mãe mais confiante e ativa nesse processo de cuidar da criança.

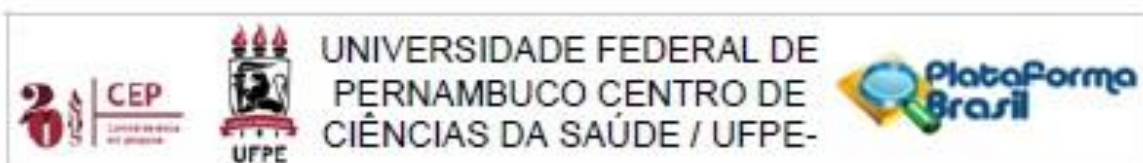
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A enfermagem com prática avançada é considerada uma inovação nas mudanças decorrente da transição epidemiológica, sendo um profissional imprescindível, nos modelos alternativos de atenção à saúde, pois integra pesquisa, educação, prática assistencial e gestão, com alto grau de autonomia profissional e competência para tomar decisões clínicas, realizar avaliações, diagnóstico e prescrições, sendo responsável por gestão de casos, avaliação e implementação de programas e planos de cuidado e referência para o primeiro ponto de contato dos usuários com os serviços de saúde. A validade de construto e a confiabilidade da Self-Efficacy In Infant Care Scale – versão brasileira será mais uma mola propulsora nas práticas avançadas pelos enfermeiros na atenção primária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Folha de Rosto – Conforme os preceitos éticos.
2. Carta de Anuência - Conforme os preceitos éticos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.025.588

3. TCLE – Conforme os preceitos éticos.
4. Currículos dos pesquisadores – Adequados
5. Projeto Detalhado – Conforme os preceitos éticos.
6. O termo de Confidencialidade - Conforme os preceitos éticos
7. Cronograma e Orçamento – Conforme os preceitos éticos.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo foi avaliado como APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

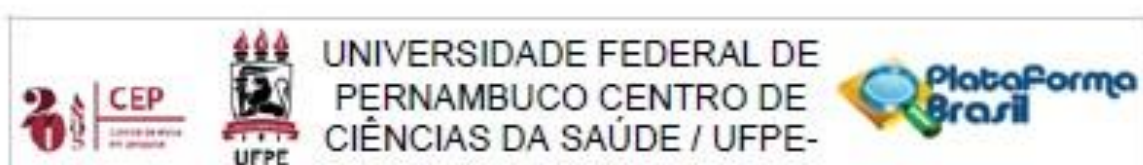
Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.026.588

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1120586.pdf	25/04/2018 11:24:21		Acelto
Outros	termo_compromisso.pdf	24/04/2018 22:37:52	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/04/2018 22:36:43	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Outros	curriculolattes_luciana.pdf	24/04/2018 01:53:15	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Outros	curriculolattes_cleide.pdf	24/04/2018 01:52:49	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Outros	curriculolattes_clarissa.pdf	24/04/2018 01:52:15	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Outros	vinculo_mestrado.pdf	24/04/2018 01:32:22	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Outros	CARTADEANUENCIA.pdf	24/04/2018 01:23:06	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SICS_CLARISSA.doc	24/04/2018 01:21:23	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	24/04/2018 01:15:40	MARIA CLARISSA FERREIRA DE OLIVEIRA	Acelto

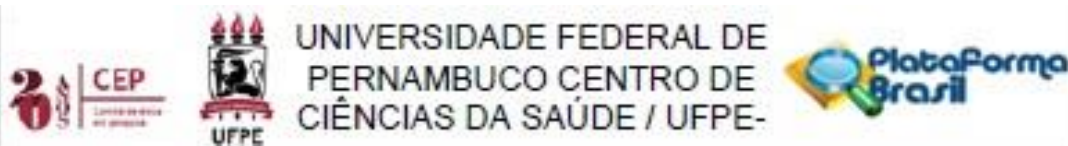
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepocs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 2.695.588

RECIFE, 06 de Junho de 2018

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepocs@ufpe.br

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**
Diretoria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI nº. 224 / 2018 – DES/UFES/DEGTES/SESAU

Recife, 26 de julho de 2018.

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **Maria Clarissa Ferreira de Oliveira**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, **está autorizada** a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título **“Validação de construto da self efficacy in infant care scale – versão brasileira”**.

Solicitamos agendamento com a pesquisadora para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados: agosto a outubro de 2018.

Cordialmente,


Tullio Romero Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valdeiriz Ribeiro de Andrade
Gestor de Unidade de Gestão de
Educação na Saúde/DEGTES/SESAU
Matrícula 103.755-2

Ilmo. (a). Sr. (a).
Juliana Santiago
Gerente do Distrito Sanitário IV