



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM - MAENF**

BRENA SHELLEM BESSA DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A
PROMOÇÃO DO CUIDADO AO NEONATO A TERMO**

REDENÇÃO

2020

BRENA SHELLEM BESSA DE OLIVEIRA

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A
PROMOÇÃO DO CUIDADO AO NEONATO A TERMO

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Práticas em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Emanuella Silva Joventino Melo

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª Lorena Pinheiro Barbosa.

REDENÇÃO

2020

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Oliveira, Brena Shellem Bessa de.

O45c

Construção e validação de escala de autoeficácia na promoção do cuidado ao neonato a termo / Brena Shellem Bessa de Oliveira. - Redenção, 2020.
229f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2020.

Orientador: Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino Melo.
Coorientador: Profa. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Psicometria. I. Título

CE/UF/BSP

CDD 610.73

BRENA SHELLEM BESSA DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ESCALA DE AUTOEFICÁCIA PARA A
PROMOÇÃO DO CUIDADO AO NEONATO A TERMO**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Data do Exame: 20/02/2020

BANCA EXAMINADORA

Emanuella Silva Joventino Melo

Prof^ª. Dr^ª. Emanuella Silva Joventino

Universidade da Interação Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

(Presidente)

Emilia Soares Chaves Rouberte

Prof^ª. Dr^ª. Emilia Soares Chaves Rouberte

Universidade da Interação Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

(1º Membro)

Mônica O. Batista Oriá

Prof^ª. Dr^ª. Mônica Oliveira Batista Oriá

Universidade Federal do Ceará (UFC)

(2º Membro)

Lorena Pinheiro Barbosa

Prof^ª. Dr^ª. Lorena Pinheiro Barbosa

Universidade Federal do Ceará (UFC)

(3º Membro)

A Deus.

Aos meus pais, **Osana Bessa e Ernandes Oliveira**, e à minha irmã, **Leticia Bessa**.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida, pela saúde, pela persistência e por sempre estar ao meu lado nos momentos de angústia e também nos momentos de conquistas.

Aos meus pais, Ernandes Oliveira e Osana Bessa, por todos os ensinamentos, por minha educação, pelo apoio e pela cumplicidade durante essa caminhada. À minha irmã, Letícia Bessa, pela grande amizade, companheirismo, força e pelos conselhos que fizeram de mim uma pessoa melhor e mais confiante. À toda minha família e amigos pela torcida, pela paciência e pelo apoio.

À Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) pelo o apoio. Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, representado por seus professores, pelo empenho em minha formação acadêmica e profissional. À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão e financiamento da bolsa de pesquisa do mestrado.

Agradeço as professoras participantes da banca examinadora, Dra. Emilia Soares Chaves Rouberte e Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá, pela disponibilidade de tempo para a realização das devidas correções, colaborações e por terem dividido comigo este momento tão importante e esperado.

De forma mais enfática, agradeço à professora Lorena Pinheiro Barbosa, por toda dedicação, pelas palavras de força e fé, por todos os ensinamentos e colaborações para com o meu trabalho.

Agradeço imensamente e de forma muito carinhosa à minha orientadora Emanuella Silva Joventino Melo, por toda parceria, amizade, paciência, suporte, consideração para comigo ao longo desses seis anos, por todos os ensinamentos, oportunidades de crescimento profissional e por toda a confiança em mim depositada.

Aos meus amigos Cezanildo Silva, Alan Sidney, Diego Ferreira, Gutemberg Chaves, pela amizade sincera, por me aconselharem nos momentos de tristeza e desânimo, por me darem forças para seguir em frente. Agradeço às minhas companheiras e amigas de pesquisa Jocelane, Hévila, Jallyne, Rhaiany, Mayra, Aynoan e Thais por me ajudarem durante o período de coleta de dados e desenvolvimento da dissertação, pelo apoio e amizade.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou
o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou
o que eu era antes.”

(Martin Luther King)

RESUMO

A autoeficácia é determinante para a modificação de hábitos e para promoção de cuidados ao neonato de forma satisfatória. O objetivo geral deste estudo foi desenvolver uma escala de avaliação da autoeficácia na promoção de cuidados ao neonato a termo. Tratou-se de um estudo metodológico pautado no referencial teórico da Psicometria. Para a elaboração e validação da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), foram seguidas 12 etapas inseridas nos polos Teórico, Empírico e Analítico. No polo teórico foi identificado o construto de interesse e, posteriormente, realizou-se o aprofundamento na temática “cuidado ao neonato a termo” mediante revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores “*newborn*”, “*caregiver, family*” e “*care*”, nas bases de dados *Web of Science*, PubMed, LILACS e *Cochrane*. A síntese de 37 artigos selecionados norteou a operacionalização da primeira versão da escala, composta por 33 itens. Posteriormente, foi feita a análise teórica dos itens com 26 juízes de conteúdo, com 30 cuidadores que realizaram a análise semântica e com 30 cuidadores que participaram do pré-teste da escala. Procederam-se as alterações sugeridas e obteve-se um instrumento-piloto formado por 33 itens, que alcançou Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) total de 0,93 para clareza de linguagem, de 0,94 para pertinência prática e de 0,95 para relevância teórica. No polo empírico, a amostra foi constituída por 196 cuidadores de crianças em período neonatal, utilizando-se nesta coleta, além instrumento-piloto, um formulário de caracterização dos participantes. No polo analítico foi realizada a validade de construto e de critério. A validade de construto foi feita mediante análise fatorial exploratória por meio da técnica de análise paralela, que indicou a existência de um único fator constituído por 25 itens. Além disso, foi feita a testagem de hipóteses por grupos contrastados e constatou-se associação significativa entre maiores escores na EACNT e local de moradia ($p= 0,02$), idade superior a 18 anos ($p= 0,01$), escolaridade maior que nove anos ($p= 0,02$) e cuidado prévio de recém-nascido ($p= 0,02$). A validade de critério foi feita mediante validade concomitante e constatou-se correlação significativa entre a EACNT e o padrão-ouro, *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS): versão brasileira ($p= 475$; $p= 0,002$). Foi comprovada alta confiabilidade da EACNT por meio do alfa de *Cronbach* (0,90) e da fidedignidade composta (0,90). Concluiu-se que a escala desenvolvida é válida, confiável e capaz de aferir a autoeficácia no cuidado ao neonato a termo.

Descritores: Cuidado da Criança. Enfermagem Pediátrica. Autoeficácia. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Psicometria.

ABSTRACT

Self-efficacy is decisive for changing habits and promoting satisfactory care to the newborn. The general objective of this study was to develop a scale for assessing self-efficacy in the promotion of term newborn care. It was a methodological study based on the theoretical framework of Psychometry. For the elaboration and validation of the Self-efficacy Scale in Term Care for Newborns (EACNT), 12 steps were followed, inserted in the Theoretical, Empirical and Analytical poles. In the theoretical pole, the construct of interest was identified and, subsequently, the theme “care for newborns at term” was carried out through an integrative literature review, using the descriptors “newborn”, “caregiver, family” and “care”, in the Web of Science, PubMed, LILACS and Cochrane databases. The synthesis of 37 selected articles guided the operationalization of the first version of the scale, composed of 33 items. Subsequently, the theoretical analysis of the items was made with 26 content judges, with 30 caregivers who performed the semantic analysis and with 30 caregivers who participated in the pre-test of the scale. The suggested changes were carried out and a pilot instrument was made up of 33 items, which reached a Content Validity Coefficient (CVC) of 0.93 for language clarity, 0.94 for practical relevance and 0, 95 for theoretical relevance. At the empirical pole, the sample consisted of 196 caregivers of children in the neonatal period, using in this collection, in addition to the pilot instrument, a form for characterizing the participants. In the analytical pole, construct and criterion validity were performed. The construct validity was done through exploratory factor analysis using the parallel analysis technique, which indicated the existence of a single factor consisting of 25 items. In addition, hypotheses were tested by contrasted groups and a significant association was found between higher EACNT scores and place of residence ($p = 0.02$), age over 18 years ($p = 0.01$), higher education than nine years ($p = 0.02$) and previous newborn care ($p = 0.02$). The criterion validity was performed through concomitant validity and a significant correlation was found between the EACNT and the gold standard, Self-efficacy in Infant Care Scale (SICS): Brazilian version ($r = 0.475$; $p = 0.002$). High reliability of EACNT was proven through Cronbach's alpha (0.90) and composite reliability (0.90). It was concluded that the scale developed is valid, reliable and capable of measuring self-efficacy in term newborn care.

Descriptors: Child Care. Pediatric Nursing. Self Efficacy. Nursing Methodology Research. Psychometrics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma das etapas seguidas na elaboração da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), Redenção, 2020.....	43
Figura 2 – Representação das etapas seguidas para o desenvolvimento da revisão integrativa da literatura, Redenção, 2020.	48
Figura 3 – Fluxograma que descreve os motivos de exclusão dos artigos. Redenção, 2020. ...	50
Figura 4 – <i>Scree Plot</i> do procedimento de análise paralela da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato à Termo. Redenção, 2020.....	150

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Seleção dos artigos encontrados nas bases de dados PubMed, <i>Web of Science</i> , <i>Cochrane Library</i> e LILACS, de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos. Redenção, 2020.	49
Quadro 2 – Nível de evidência por tipo de estudo. Redenção, 2020.....	52
Quadro 3 – Conjunto de requisitos para definição dos juízes de conteúdo sugerido por Jasper (1994) e suas respectivas características para a identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da escala. Redenção, 2020.....	57
Quadro 4 – Definições operacionais relacionadas aos cuidados que podem ser executados ao neonato a termo após a alta hospitalar identificadas na literatura. Redenção, 2020.	85
Quadro 5 – Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a primeira versão da escala. Redenção, 2020.....	102
Quadro 6 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versões da escala. Redenção, 2020.....	113
Quadro 7 – Distribuição das sugestões e dúvidas das mães decorrentes da análise semântica dos itens da segunda versão da escala. Redenção, 2020.	126
Quadro 8 – Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a quinta versão da escala (instrumento-piloto). Redenção, 2020.....	133
Quadro 9 – Normatização dos níveis de autoeficácia, de acordo com o somatório dos valores obtidos pelas mães na Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo. Redenção, 2020.....	156

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos juízes de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Redenção, 2020.....	105
Tabela 2 – Distribuição da concordância entre juízes sobre itens da escala em relação à clareza de linguagem. Redenção, 2020. (n=26).....	107
Tabela 3 – Distribuição do grau de clareza de linguagem conforme os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item e por critério, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Redenção, 2020.....	108
Tabela 4 – Distribuição da concordância entre juízes sobre itens da escala em relação à pertinência prática. Redenção-CE, 2020. (n=26)	109
Tabela 5 – Distribuição do grau de pertinência prática conforme os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item e por critério, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Redenção, 2020.....	110
Tabela 6 – Distribuição da concordância entre juízes sobre itens da escala em relação à relevância teórica. Redenção, 2020. (n=26)	111
Tabela 7 – Distribuição do grau de relevância teórica conforme os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item e por critério, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Redenção, 2020.....	112
Tabela 8 – Distribuição dos itens da primeira versão da escala nos respectivos domínios/fatores, conforme nível de concordância entre os juízes. Redenção, 2020.	122
Tabela 9 – Distribuição da concordância do público-alvo sobre itens da segunda versão da escala em relação à clareza de linguagem. Redenção, 2020. (n= 30).....	125
Tabela10 – Distribuição dos participantes do estudo conforme características sociodemográficas. Redenção, 2020.....	136
Tabela 11 – Distribuição dos participantes do estudo conforme características sociodemográficas. Redenção, 2020.....	139
Tabela 12 – Caracterização dos itens da escala (instrumento-piloto) quanto à média, intervalo de confiança (IC), variância, assimetria e curtose. Redenção, 2020.	144
Tabela 13 – Matriz de correlação policórica. Redenção, 2020.	146
Tabela 14 – <i>Eigenvalues</i> (autovalores) e percentuais, média e intervalo de confiança (IC – 95%) da variância dos dados reais e da matriz aleatória. Redenção, 2020.	149
Tabela 15 – Matriz não rotacionada Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo com retenção de um fator. Redenção, 2020.....	152

Tabela 16 – Itens da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo, alocados em seu fator adequado. Redenção, 2020.....	153
Tabela 17 - Associação entre os escores da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo e as variáveis sociodemográficas e de cuidado ao neonato. Redenção, 2020.	157
Tabela 18 - Índices de correlações (ρ) e níveis de significâncias (p-valor) entre os escores dos instrumentos. Redenção, 2020.....	160

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Fatores determinantes para a mortalidade infantil e neonatal no cenário lusófono	17
1.2	Práticas do cuidado à saúde da criança a partir de tecnologias de aferição da autoeficácia	27
2	OBJETIVO	40
2.1	Objetivo Geral	40
2.2	Objetivos Específicos	40
3	MÉTODO	41
3.1	Tipo de estudo	41
3.2	Procedimentos Teóricos – Fase 1	44
3.2.1	<i>Sistema Psicológico</i>	44
3.2.2	<i>Propriedade do Sistema Psicológico</i>	45
3.2.3	<i>Dimensionalidade do Atributo</i>	45
3.2.4	<i>Definição dos Construtos</i>	46
3.2.4.1	<i>Definição constitutiva</i>	46
3.2.4.2	<i>Definição Operacional</i>	46
3.2.6	<i>Análise Teórica dos Itens</i>	55
3.2.6.1	<i>Análise de Validade de Conteúdo dos Itens</i>	56
3.2.6.2	<i>Análise Semântica dos Itens</i>	62
3.2.7	<i>Pré-Teste</i>	64
3.3	Procedimentos empíricos (experimentais) – Fase 2	66
3.3.1	<i>Planejamento da Aplicação</i>	66
3.3.1.1	<i>Local do estudo</i>	66
3.3.1.2	<i>População e amostra</i>	67
3.3.1.3	<i>Instrumentos</i>	68
3.3.2	<i>Aplicação do Instrumento-piloto e Coleta Propriamente dita</i>	69
3.3.2.1	<i>Procedimentos da Coleta de Dados</i>	69
3.3.2.2	<i>Organização e Apresentação dos Dados</i>	71
3.4	Procedimentos analíticos – Fase 3	72
3.4.1	<i>Dimensionalidade do instrumento</i>	72
3.4.2	<i>Validade do instrumento de mensuração</i>	74

3.4.2.1	<i>Validade de critério</i>	74
3.4.2.2	<i>Validade de construto</i>	75
3.4.3	Confiabilidade ou Fidedignidade do Instrumento	77
3.4.3.1	<i>Homogeneidade</i>	78
3.4.4	Normatização	79
3.5	Aspectos éticos da pesquisa	80
4.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
4.1	Polo Teórico	81
4.1.1	<i>Identificação e aprofundamento do construto cuidado ao neonato a termo</i>	81
4.1.2	<i>Definição constitutiva</i>	82
4.1.3	<i>Definição Operacional</i>	84
4.1.4	<i>Itens da Escala e primeira análise dos juízes (validade de conteúdo)</i>	102
4.1.5	<i>Análise semântica ou validação aparente</i>	124
4.1.6	<i>Pré-teste</i>	131
4.1.7	<i>Revisão de Português</i>	133
4.2	Polo Empírico	135
4.3	Polo Analítico	142
4.3.1	Validade de Construto	142
4.3.1.1	<i>Análise Fatorial Exploratória</i>	142
4.3.1.2	<i>Testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados</i>	156
4.3.2	Validade de Critério	159
4.3.2.1	<i>Validade concomitante/concorrente</i>	159
4.3.3	Confiabilidade ou Fidedignidade do instrumento	160
4.3.3.1	<i>Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta</i>	160
5.	CONCLUSÕES	161
6.	RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	164
	REFERÊNCIAS	166
	APÊNDICE A - CARTA CONVITE PARA JUÍZES DE CONTEÚDO	189
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES DE CONTEÚDO	190
	APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO ...	192
	APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	195

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CUIDADORES	196
APÊNDICE F- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CUIDADORES	198
APÊNDICE G - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	200
APÊNDICE H - CARTA CONVITE PARA JUÍZES DA ANÁLISE SEMÂNTICA.....	204
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO JUÍZ DA ANÁLISE SEMÂNTICA	205
APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DA ANÁLISE SEMÂNTICA.....	207
APÊNDICE K – QUINTA VERSÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO (INSTRUMENTO-PILOTO)	215
APÊNDICE L – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO (VERSÃO FINAL)	218
ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE CONTEÚDO E SEMÂNTICO.....	221
ANEXO B - SINOPSE DA TEORIA DE AUTOEFICÁCIA DE BANDURA	222
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NOS CUIDADOS COM A CRIANÇA	226
ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	227

1. INTRODUÇÃO

O período neonatal consiste nos primeiros 27 dias pós-parto e se caracteriza como um período de vulnerabilidade para a criança em virtude de riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais. Além disso, representa um período importante para o desenvolvimento infantil, requerendo assim, a execução de cuidados adequados a fim de ser garantido um melhor crescimento e desenvolvimento da criança (PINHEIRO et al., 2016).

Também é nesse período que ocorre o maior número de óbitos infantis e a mortalidade neonatal é considerada um problema de saúde pública, principalmente em países emergentes e pobres (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF, 2018).

Em virtude deste cenário e no intuito de buscar contribuir para a promoção da saúde, para melhoria dos cuidados prestados, bem como da qualidade de vida da criança, proporcionando-a maior chance de sobreviver, houve o interesse para o desenvolvimento deste estudo.

Deste modo, elaborou-se e validou-se uma escala psicométrica capaz de quantificar a autoeficácia de gestantes e cuidadores durante a execução do cuidado ao recém-nascido a termo, a qual possa ser utilizada pelos profissionais da saúde, em especial pelo enfermeiro, durante sua prática clínica.

Destarte, a introdução será dividida em dois tópicos, a saber: “Fatores determinantes para a mortalidade infantil e neonatal no cenário lusófono”, que abordará a definição, epidemiologia e causas dos óbitos infantis e neonatais no cenário dos países lusófonos; e “Tecnologias de aferição da autoeficácia no contexto da saúde da criança”, que versará sobre as tecnologias desenvolvidas, validadas e/ou testadas, as quais sejam eficazes na mensuração da autoeficácia no contexto de cuidado, promoção da saúde e prevenção de doenças na criança.

1.1 Fatores determinantes para a mortalidade infantil e neonatal no cenário lusófono

O número de óbitos infantis consiste em um indicador importante na avaliação do desenvolvimento humano e da situação de saúde da população (FRANÇA et al., 2017). Em virtude disso, a mortalidade nesse público vem sendo amplamente discutida no decorrer das

últimas décadas, por organizações que atuam em nível mundial e local no intuito de elaborar metas e estratégias para redução dessa taxa (UNICEF, 2008).

A taxa de mortalidade em crianças pode ser mensurada por meio de seis maneiras, as quais são conceituadas conforme o período em que ocorreu o óbito, a saber: taxa de mortalidade neonatal precoce que equivale ao número de óbitos de crianças de zero a seis dias completos, por cada mil nascidos vivos, na população que vive em um determinado espaço geográfico; taxa de mortalidade neonatal tardia que corresponde ao número de mortes de crianças com idade entre sete e 27 dias completos de vida, por cada mil nascidos, na população que vive em um determinado espaço geográfico; taxa de mortalidade neonatal que corresponde ao número de mortes infantis em crianças com idade inferior a 28 dias completos, para cada mil nascidos vivos, na população que vive em um determinado espaço geográfico; taxa de mortalidade pós-neonatal que diz respeito ao número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida incompletos, para cada mil nascidos vivos, na população que vive em um determinado espaço geográfico; taxa de mortalidade infantil que se refere a quantidade de óbitos que ocorrem em crianças menores de um ano, para cada mil nascidos vivos, na população que vive em um determinado espaço geográfico; e taxa de mortalidade na infância que consiste no número de mortes em crianças com idade inferior a cinco anos, para cada mil nascidos vivos, na população que vive em um determinado espaço geográfico (BRASIL, 2008).

A avaliação das taxas supracitadas se faz importante, visto que elas fornecem informações acerca da qualidade de vida desse público e subsidiam a elaboração de estratégias e políticas públicas a fim de garantir uma melhor condição de vida para as crianças.

Em virtude disso, a redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos foi inserida como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, 2000) e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2015a), fato que comprova sua relevância no cenário mundial.

A partir da elaboração do quarto ODM, o qual teve como meta a redução da mortalidade infantil em dois terços no período de 1990 a 2015, foram perceptíveis os avanços que ocorreram quanto à redução de óbitos infantis mundialmente. A taxa de mortalidade foi reduzida em 56% de 1990 a 2016 (UNICEF, 2015a, 2017).

O Brasil também acompanhou esse cenário de redução e notou-se que, no período de 1990 a 2015, o país diminuiu sua taxa de mortalidade infantil em 73%, conseguindo atingir, em virtude desse decréscimo, o quarto ODM (UNICEF, 2015a).

Acredita-se que essa diminuição está diretamente associada à melhoria na qualidade de vida da população, à redução da incidência de doenças infectocontagiosas e parasitárias, ao decréscimo na taxa de fecundidade, bem como a elaboração de políticas públicas com foco na saúde infantil (CUNHA et al., 2014).

Embora, ao longo dos anos venha ocorrendo esse decréscimo, é importante ressaltar que a Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos (Abrinq) por meio da Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente realizou uma análise dos dados do Ministério da Saúde e mostrou que entre os anos de 2015 e 2016 ocorreu uma elevação tanto na taxa de mortalidade infantil (12,4 e 12,7, respectivamente) quanto na taxa de mortalidade na infância (14,3 e 14,9, respectivamente) (ABRINQ, 2016). Assim, faz-se premente enfatizar que muitas estratégias ainda devem ser realizadas a fim de reduzir o número de mortes infantis.

Além disso, ressalta-se que morrem, diariamente, no planeta cerca de 15 mil crianças com idade inferior a cinco anos e que a maioria desses óbitos acontece na África Subsaariana, na qual estima-se que uma a cada 13 crianças morre antes de completarem o quinto aniversário. Enfatiza-se que dentre as nações que compõem essa região estão Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe, os quais são países lusófonos parceiros da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). Soma-se a isso o fato de parte do Timor Leste se localizar na Ásia Ocidental, a qual apresenta a segunda maior taxa de mortalidade infantil no mundo (uma em cada 19 crianças morrem antes de completar os cinco anos de idade) (UNICEF, 2015a, 2017).

De modo geral, Angola, ao longo dos anos, tem melhorado a chance de sobrevivência de suas crianças. Entretanto, a mortalidade infantil nesta nação ainda continua alta e a maioria desses óbitos se deve à dificuldade de acesso a serviços essenciais de saúde, a água potável, a sistemas sanitários satisfatórios, bem como se relaciona com elevadas taxas de insuficiência nutricional e deficiência de micronutrientes. Esse cenário ainda é mais precário na população pobre que reside em áreas rurais (ANGOLA, 2017).

A inacessibilidade à água potável e as condições sanitárias precárias fazem com que muitas famílias rurais façam uso de água proveniente de fontes superficiais de alto risco, como por exemplo, rios, lagoas, lagos e realizem o depósito das fezes à céu aberto, fato que ajuda na propagação de doenças que são veiculadas pela água.

Além disso, esses condicionantes ambientais, juntamente com a baixa prática de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, de imunização, de lavagem das mãos e de tratamento da água se configuram como as principais causas de doenças infecciosas como a

diarreia que é responsável por cerca de um quarto de todas as mortes de crianças angolanas menores de cinco anos (ANGOLA, 2017).

Por fim, estima-se que uma a cada seis crianças angolanas não atinge o quinto aniversário e que as doenças que ocasionam a maioria dessas mortes são malária, doenças diarreicas, infecção respiratória aguda (IRA), sarampo e subnutrição (ANGOLA, 2017).

No que se refere a Cabo Verde, é possível perceber que as condições de vida da criança nesse país são melhores do que em Angola, pois os dados nacionais mostraram que as condições de abastecimento de água através da rede pública, acesso à eletricidade e saneamento, evoluiu, de forma positiva. Porém, assim como em Angola, a situação desses condicionantes é mais precária na zona rural quando comparados à área urbana (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE CABO VERDE – INE-CABOVERDE, 2017).

Em virtude desses avanços, a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos em Cabo Verde vem registrando uma redução acentuada, passando de 23,0 em 2011 para 15,3 em 2015. Esse decréscimo também apresentou relação direta com a redução da mortalidade neonatal por mil nascidos vivos no país, a qual reduziu de 14,1 em 2011 para 8,1 em 2015 (INE-CABO VERDE, 2017; CABO VERDE, 2015).

Acredita-se que essa redução nas taxas de mortalidade infantil estão relacionadas a melhorias implementadas na atenção ao parto e na proteção da saúde das crianças; no aumento da cobertura de acesso aos cuidados básicos de saúde, como por exemplo, a imunização; na busca de promover uma melhor condição nutricional da criança; na qualidade e disponibilidade de serviços com base na melhoria da rede e das infraestruturas de saúde (INE-CABO VERDE, 2017; CABO VERDE, 2015).

É oportuno salientar que as afecções perinatais são as principais causas da mortalidade infantil em Cabo Verde, seguidas pelas anomalias congênicas, infecciosas e parasitárias (CABO VERDE, 2015).

Assim como em Angola e Cabo Verde, em Guiné-Bissau a população sofre com condições de vida inadequadas. Estudo realizado em Guiné-Bissau mostrou que nos domicílios as pessoas raramente tratam a água consumida, que menos de um por cento das famílias fervem a água e que, apenas, 12% usam cloro para torna-la potável (GREENWELL; WINNER, 2014).

Em relação à cobertura de saneamento básico, percebeu-se que uma média de 18% da população ainda defecava ao ar livre e somente 11% das famílias possuíam acesso a sabão para realizar a lavagem das mãos, fato que promove um maior risco de disseminação de doenças veiculadas pela água (GREENWELL; WINNER, 2014).

Ademais, estimou-se que cerca de 55% das crianças com idade inferior a cinco anos não tinha acesso a serviços e cuidados de saúde adequados. Esse cenário pode estar impactando diretamente na taxa de mortalidade infantil no país, já que uma a cada 10 crianças morre antes de completar o quinto aniversário. Ressalta-se que uma grande proporção dessas mortes acontece no período neonatal (36%) (GREENWELL; WINNER, 2014; UNICEF, 2015b).

Além dos fatores sociais, higiênicos e sanitários, as mortes de crianças em Guiné-Bissau podem estar relacionadas ao fato de um terço desse público não ter acesso a uma nutrição adequada; de ocorrer baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança (52,5%); da alta taxa de desnutrição (27%); e, da baixa taxa de imunização, uma vez que somente 37% das crianças menores de um ano estão com o cartão de vacina atualizado (INE-GUINÉ-BISSAU, 2016; FUNDAÇÃO FÉ E COOPERAÇÃO – FEC, 2017).

Dentre as principais doenças causadoras de morte infantil em Guiné-Bissau, pode-se citar: malária, diarreia e pneumonia, as quais são responsáveis por 43% dos óbitos infantis (UNICEF, 2015b).

Embora se saiba que o período neonatal consiste em um intervalo de tempo crítico, no qual o risco de mortes maternas e infantis é alto, percebe-se que em Moçambique, segundo dados nacionais, 62% dos recém-nascidos não possuem uma assistência satisfatória nos dois primeiros dias após o parto e estima-se que somente 28% dos recém-nascidos tiveram acesso a uma consulta dois dias após o nascimento (MOÇAMBIQUE, 2018).

Além disso, a taxa de imunização também se configura como um fator importante na prevenção de óbitos em crianças menores de cinco anos, porém nesse país a taxa de vacinação em crianças com idade inferior a um ano é de 57% e em crianças de 12 a 23 meses essa cobertura chega a, apenas, 66% (MOÇAMBIQUE, 2018).

As principais causas de morbimortalidade em crianças nesse país são IRA, malária, diarreia e desidratação, má nutrição calórico-proteica grave e anemia, a qual afeta cerca de 64% das crianças (UNICEF, 2014).

Cenário divergente ao anteriormente descrito é encontrado em Portugal, o qual é considerado a sexta nação que menos ameaça a infância. A situação da criança em Portugal destoa dos demais países que compõe a CPLP, pois enquanto que na maioria deles o baixo peso acomete um número alto de crianças, em Portugal, cerca de 33% do público infantil de dois a 12 anos tem excesso de peso, sendo 16,8% dele considerado obeso (EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE SYSTEM – COSI, 2016).

A taxa de mortalidade infantil é de 3,2 por cada mil nascidos vivos, ficando abaixo da média dos países componentes da união europeia (taxa média – 3,6) e as principais causas de mortalidade em menores de cinco anos são afecções originárias do período perinatal e malformações congênitas (INE-PORTUGAL, 2017; NOGUEIRA et al., 2013).

Já em São Tomé e Príncipe a taxa de mortalidade infantil é de 38 para cada mil nascidos vivos e as principais causas de morbimortalidade são diarreia infantil, IRA e febre amarela (UNICEF, 2014).

Acredita-se que o número de mortes infantis no país pode ter associação direta com a baixa busca aos serviços de saúde, condutas inadequadas de manejo das patologias supracitadas e acesso restrito a medidas de prevenção (UNICEF, 2014).

No que concerne Timor Leste, percebe-se que dentre os países em que apresentam os piores índices acerca da infância esta nação ocupa a posição 122 de 172 países e apresenta taxa de mortalidade neonatal de 19 óbitos por mil nascidos vivos, de mortalidade infantil de 30 óbitos por mil nascidos vivos e de mortalidade geral de menores de cinco anos de 41 óbitos por mil nascidos vivos (TIMOR-LESTE DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY - TLDHS, 2017).

Timor Leste é um dos três países que alcançou a queda mais acentuada da mortalidade infantil desde 2000. Porém, os serviços de saúde e nutrição ainda são distribuídos de forma desigual em todo o país, sendo os principais problemas associados à insuficiência de recursos humanos na saúde básica, distribuição inadequada dos profissionais na prestação de serviços na comunidade e instalações de saúde precárias (TLDHS, 2017).

As doenças mais prevalentes em Timor Leste são IRA, febre amarela, desidratação por diarreia, anemia e desnutrição. Estimou-se ainda que quase 45% das crianças menores de cinco anos têm peso abaixo do indicado para a idade, que 15% apresenta peso muito abaixo ao indicado para a idade e que cerca de 58% estão menos desenvolvidas que o normal (TLDHS, 2017).

Além disso, as patologias supracitadas podem estar associadas à baixa adesão à imunização das crianças e a condições higiênico-sanitárias inadequadas, uma vez que, neste país, resíduos de fossas sépticas fluem em valas abertas e os resíduos sanitários infiltram-se em águas subterrâneas, as quais são usadas como água potável (TLDHS, 2017).

Ao ser realizada uma análise do coeficiente de mortalidade de crianças com idade que varia de um mês a cinco anos no mundo, percebe-se que a taxa de redução para esse grupo etário foi de 62% o que representa um decréscimo de quase dois terços (UNICEF, 2018).

Todavia a taxa de mortalidade neonatal reduziu em, apenas, 49%, ou seja, não diminuiu como o esperado e hoje consiste no período em que mais acontecem óbitos infantis (ONU, 2015b).

A diminuição mais volumosa dos óbitos pós-neonatais pode estar associada ao fato desses se relacionarem diretamente com determinantes como desigualdades sociais, cobertura, acesso e qualidade da assistência prestada à criança, os quais estão em constante progresso nos países. A mesma velocidade de redução não é vista nas mortes neonatais, as quais estão associadas, principalmente, à assistência à saúde promovida a gestante e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BITTENCOURT; GAÍVA, 2014).

Esse cenário demonstra a necessidade de ser investido na formação de profissionais de saúde, bem como na sua educação permanente, de forma que estes estejam preparados e seguros para atender esse público.

Isso, faz-se premente visto que estima-se a ocorrência de sete mil mortes de recém-nascidos diariamente no mundo, sendo que, anualmente, esse número chega a quase um milhão no dia do nascimento e a dois milhões na primeira semana de vida da criança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2015).

A mortalidade neonatal faz parte da realidade das nações que compõem a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Segundo dados da Comissão da União Africana publicados em 2013 e do relatório lançado pelo UNICEF em 2018, a Ásia Central concentra 39% das mortes de recém-nascidos que acontecem no mundo, enquanto que a África subsaariana é responsável por outros 38%. Dentre os países africanos parceiros da UNILAB, o único que possui mortalidade neonatal abaixo de 23 mortes/1000 nascidos vivos é Cabo Verde ($n= 15,3/1000$ nascidos vivos), enquanto que o país que possui a maior taxa de mortes neonatais é Guiné-Bissau ($N= 38,2/1000$ nascidos vivos).

No Brasil, o cenário é menos alarmante, porém em 2016 ocorreram 35.619 óbitos infantis, desses 69,1% ocorreram no período neonatal (BRASIL, 2017). Além disso, ainda percebe-se a existência de disparidades regionais quanto a mortalidade neonatal e as regiões brasileiras nas quais acontecem maior número de óbitos nesse período são, respectivamente: Nordeste (38,3%), Sudeste (30,5%), Norte (19,3%), Centro-Oeste (13%) e Sul (6,9%) (LANKS et al., 2014).

Em 2016, no Ceará, foram registradas 1.563 mortes de crianças menores de um ano, sendo que 819 (51,8%) aconteceram no período neonatal precoce e 260 (16,6%) ocorreram no período neonatal tardio (BRASIL, 2017a).

No que concerne ao Maciço de Baturité, percebeu-se que, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), foram notificados nessa região entre 2012 e 2016, 198 óbitos de crianças menores de um ano. Desses, 136 (68,7%) ocorreram no período neonatal. No mesmo período, em Fortaleza, foram registrados 2.174 óbitos de crianças menores de cinco anos, dos quais 1.529 (70,3%) eram recém-nascidos (BRASIL, 2017a).

Muitos dos óbitos de recém-nascidos são evitáveis e as principais causas são: prematuridade (35%), complicações durante o parto (24%), sepses e meningites (15%), malformações congênitas (11%), pneumonia (6%), tétano (1%) e diarreia (1%). Enfatiza-se, que da África subsaariana ao sul da Ásia, muitas mortes são devidas a doenças infecciosas evitáveis, como, por exemplo, a diarreia (ONU, 2015b; UNICEF, 2018).

Todavia, os fatores de risco para morbimortalidade no período neonatal são múltiplos e complexos, englobando desde as esferas ambiental e social até a comportamental. Assim, eles podem estar relacionados à gestante e a gestação, ao neonato, ao acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento (BORBA et al., 2014).

Quanto aos fatores de risco relacionados às gestantes, destacam-se: histórico gestacional anterior, fatores comportamentais, a idade materna, a idade gestacional e as condições sociodemográficas desfavoráveis (renda, estado civil, escolaridade materna, acesso a saneamento básico, abastecimento de água e bairro de residência) (SANTOS et al., 2014).

Pesquisa transversal que investigou os fatores maternos e infantis associados à mortalidade neonatal, constatou que houve associação significativa entre a variável idade materna inferior a 20 anos e a ocorrência de óbitos neonatais, reafirmando que esta se configura como um fator de risco nesse contexto (GAÍVA; FUJIMORI; SATO, 2016). Fato semelhante foi observado com a variável idade gestacional, uma vez que estudo realizado em Santa Catarina mostrou que quanto menor a idade gestacional maior o risco de morte neonatal (KROPIWIEC, FRANCO, AMARAL, 2017).

A renda inferior a um salário mínimo se configura como um fator de risco para a ocorrência de mortes e para o desenvolvimento de patologias nas crianças, uma vez que prejudica o acesso rápido aos serviços de saúde, à adesão de medidas preventivas contra patologias, ao diagnóstico e ao tratamento precoces de doenças (LUCIA et al., 2017).

Ressalta-se que as condições sanitárias inadequadas, o abastecimento de água precário e comportamento higiênico-sanitário insatisfatório consistem em importantes preditores de mortalidade infantil, pois facilitam a contaminação de água e alimentos por diversos microrganismos, o acúmulo de vetores e, conseqüentemente, aumenta o risco de

disseminação de doenças infecciosas e parasitárias que são capazes de promover o óbito infantil (BÜHLER et al., 2014; SIMÕES et al., 2015).

Além disso, a mortalidade infantil e neonatal ocorre com maior incidência em locais nos quais se concentram maiores taxas de pobreza, uma vez que esse determinante social se relaciona diretamente a obtenção de uma alimentação saudável durante a gestação e pós-parto, acesso a água potável e saneamento básico de qualidade, bem como ao acesso a serviços relacionados à oferta de pré-natal, parto e cuidados ao recém-nascido (SARDINHA, 2014).

Ademais, fatores relacionados aos neonatos também contribuem para uma menor sobrevivência desse público, como por exemplo, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, apgar no primeiro e sétimo minuto inferior a sete, malformações congênitas e infecções, uma vez que esses determinantes aumentam a necessidade de cuidados, devido a criança apresentar maior fragilidade orgânica e emocional (SIMÕES et al., 2016).

Pesquisa retrospectiva realizada no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e no SIM constatou que o peso inferior a 1500g e nascimento prematuro com idade gestacional menor que 32 semanas demonstraram associação significativa com a morte infantil, sendo que a prematuridade (<32 semanas) ocasiona mais risco ao neonato quando comparada com o baixo peso (<1500g), uma vez que esses fatores ocasionam um risco de óbito de, respectivamente, 12 vezes e 8 vezes maior do que as demais crianças (KROPIWIEC; FRANCO; AMARAL, 2017).

A baixa vitalidade do neonato ou índice de apgar inferior a sete no primeiro e quinto minuto consiste em um fator de risco para a morte dos recém-nascidos. Estudo que investigou os óbitos neonatais em Cuiabá verificou que 70% das crianças que faleceram na primeira semana de vida atingiram apgar inferior a sete no primeiro e quinto minuto pós-parto, fato que reitera sua influência nas mortes infantis (BITTENCOURT; GAÍVA, 2014).

Outro fator muito importante na mortalidade neonatal que pode interferir diretamente na expectativa de vida das crianças é a qualidade do pré-natal e da assistência à saúde no parto e pós-parto, pois uma atenção à saúde inadequada aumenta o risco de distorcias e complicações, propiciando assim, o aumento da mortalidade infantil e materna (LEAL et al., 2017).

Estudo que analisou as mortes neonatais evitáveis em Cuiabá mostrou que dos 79 óbitos de recém-nascidos estudados, 65 eram evitáveis. Os autores revelaram que 30 mortes poderiam ser evitadas com uma assistência de qualidade ao recém-nascido, 25 poderiam ser

reduzidos com uma atenção adequada na gestação, enquanto 10 poderiam ser impedidos com uma assistência à saúde adequada durante o parto (LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013).

Esse achado demonstra a importância de ser realizado o planejamento, a implementação e o monitoramento de atividades que visem à melhoria da qualidade da assistência prestada desde a gestação até o pós-parto.

Nesse ínterim, ressalta-se a importância do enfermeiro na elaboração e adesão de intervenções que proporcionem a melhoria da qualidade da assistência prestada à gestante e a criança, uma vez que esse profissional está inserido em todos níveis de atenção (FREITAS; MATOS; BATISTA, 2017).

O período neonatal corresponde a uma etapa crítica, de grande vulnerabilidade, em que se concentram riscos diversos ao recém-nascido. Também se observa que os óbitos que ocorrem nesse período estão diretamente relacionados com falhas e negligências no período pré-natal, durante o parto e também durante o cuidado ao recém-nascido (TAKIZAWA et al., 2016).

Assim, é notório que muitas mortes neonatais poderiam ser evitadas com intervenções simples, rentáveis e de alto impacto que atendessem às necessidades das mulheres e dos recém-nascidos em todo o contínuo dos cuidados. No entanto, percebe-se que muitos neonatos e mães não têm acesso a essas intervenções fundamentais (ONU, 2015).

Além disso, sabe-se que o nascimento de uma criança muda a dinâmica e a rotina familiar, pois esta vai necessitar de cuidados executados por terceiros durante 24 horas por dia. Essa realidade pode ocasionar medos, ansiedade, dúvidas, receios ou a rejeição da criança. Dessa maneira, além de ser importante assegurar cuidados de qualidade durante a gestação, torna-se imprescindível o acompanhamento precoce e a visita ao recém-nascido, pois assim será possível identificar o conhecimento, habilidades dos cuidadores em cuidar do neonato, condições sociodemográficas e relação interpessoal da família (BRASIL, 2012).

Embora, saiba-se que a mãe é a principal responsável por promover o cuidado diário aos filhos e se reconheça o seu protagonismo nessa atividade, existem situações as quais a mãe precisará da ajuda de terceiros para conseguir prestar uma atenção integral à criança.

Assim, é importante saber se esses indivíduos e a própria mãe do recém-nascido se sentem capazes e confiantes em prestar os cuidados diários ao neonato, pois se acredita que a falta de confiança pode interferir diretamente no cuidado prestado à criança, podendo, quando não satisfatório, ocasionar danos e aumentar o risco de morbimortalidade infantil.

Essa confiança que os indivíduos possuem em si e que os faz acreditar em sua habilidade de realizar uma atividade com êxito é o que se conceitua como autoeficácia (BIZERRA et al., 2015). Porém, o fato de possuir uma autoeficácia elevada não garante que a atividade que será executada resultará no objetivo planejado, todavia, quando ela é baixa a chance de que a ação não seja bem-sucedida cresce (BANDURA, 1997).

A autoeficácia age motivando os indivíduos a desenvolver competências capazes de ajuda-los a enfrentar os obstáculos e diversas situações no cotidiano (BANDURA, 1977). Diante desse contexto, nota-se a importância da realização de intervenções eficazes e direcionadas para os cuidadores pautadas na autoeficácia, a fim de reduzir o índice de mortalidade, promover uma melhor qualidade de vida para as crianças e proporcioná-las maiores chances de sobreviver.

Entretanto, para a realização de intervenções à saúde efetivas faz-se necessário que os profissionais da saúde identifiquem as principais fragilidades e dúvidas no cuidado com o neonato para que assim possam elaborar estratégias de educação direcionadas, individualizadas ou em grupo, as quais busquem qualificar o cuidado prestado à criança no período neonatal

Assim, acredita-se que ao ser construído e validado um instrumento capaz de inserir o conceito de autoeficácia no contexto do cuidado com o neonato, os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, poderão identificar as fragilidades no cuidado com o recém-nascido e realizar intervenções que tenham o objetivo de aumentar a autoconfiança dos cuidadores da criança, propiciando assim mudança de hábitos, o que resultará na melhoria da qualidade de vida do neonato e na redução dos riscos de morbimortalidade nesse público.

1.2 Práticas do cuidado à saúde da criança a partir de tecnologias de aferição da autoeficácia

A autoeficácia consiste em um construto desenvolvido por Albert Bandura, psicólogo canadense, em 1977 com a publicação de *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*, na qual o autor identifica a importância e a influência da percepção pessoal (cognição) no alcance de metas e no controle do ambiente de forma que este favoreça a obtenção de seus objetivos (BANDURA et al., 2008).

Com base nessa descoberta, o autor introduziu a cognição em sua teoria e modificou sua nomenclatura. Assim, a Teoria da Aprendizagem Social passou a ser nomeada como Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1986). A teoria social cognitiva se manifestou como uma forma de superar as teorias de aprendizagem que até então existiam e que eram pautadas no

pensamento behaviorista, no seu objetivismo e positivismo, os quais desprezavam os aspectos cognitivos e afetivos e concentravam-se no binômio estímulo-comportamento (BANDURA et al., 1985).

Para Bandura, os indivíduos são agentes ativos, os quais podem alcançar coisas e fazer algo acontecer conforme seus atos, sendo capazes ainda de atuarem de forma proativa em seu próprio desenvolvimento. Assim, o autor acredita que o comportamento humano não é reflexo apenas do estímulo ambiental ou de impulsos interiores, mas sim da auto-organização (capacidade de identificar símbolos e utilizar seus significados para modificar, alterar e adequar seu ambiente e modo de agir), da proatividade (capacidade de prever as consequências desejáveis de suas ações futuras, determinando metas, estratégias alternativas e planejando suas ações para eventos futuros), da autorreflexão (capacidade de refletir acerca de suas experiências, percepções e crenças pessoais, autoavaliar-se e modificar pensamentos e comportamentos) e da autorregulação (capacidade de avaliar, monitorar e julgar suas ações, escolhas e comportamentos) (BANDURA et al., 1986, 2008; PAJARES; OLAZ, 2008; VENDITTI JÚNIOR; WINTERSTEIN, 2010).

Além disso, é ressaltado por Bandura que o pensamento e a ação humana são reflexos da relação recíproca entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Esse modelo triádico foi conceituado como determinismo recíproco, o qual prega que os eventos cognitivos, emocionais, biológicos, motivacionais, comportamentais e o ambiente externo agem entre si de forma interativa e essa interação molda os comportamentos humanos (BANDURA, 1989).

Dessa maneira, o indivíduo atua tanto como agente quanto receptor de eventos que se produzem no cotidiano e a interpretação dos resultados de seus comportamentos vai interferir diretamente nos fatores pessoais e ambientais, os quais irão afetar por sua vez os pensamentos, as emoções e os comportamentos futuros do sujeito (BANDURA, 1989; BARROS; SANTOS, 2010).

Dentre os fatores pessoais que podem influenciar o funcionamento humano, ressalta-se a crença de autoeficácia, a qual é um construto proveniente da teoria social cognitiva e constitui-se como seu elemento central (BANDURA et al., 2008). A autoeficácia é conceituada por Bandura como sendo o julgamento que o indivíduo possui acerca de suas capacidades de organizar e executar ações que culminem com o alcance de um objetivo almejado (BANDURA et al., 2008). Assim, percebe-se que a autoeficácia consiste em uma percepção pessoal acerca das próprias capacidades.

Ressalta-se que essas autocrenças são os pilares para a motivação humana, pois o que as pessoas acreditam interfere diretamente na forma como elas se comportam (BANDURA, 1986). Nessa ótica, quanto menos o indivíduo confiar que suas ações trarão o resultado desejado, menor será a motivação para iniciar a ação e para persistir nela. (BANDURA et al., 2008). Para tanto, os indivíduos que são confiantes e acreditam que irão obter resultados positivos em uma determinada atividade, se sentem mais motivados e seguros em persistir diante das dificuldades, em superá-las e em alcançar o objetivo almejado. Dessa maneira, as crenças de autoeficácia contribuem para o alcance do que se espera.

Destarte, percebe-se que a motivação, os estados emocionais e os comportamentos humanos são moldados pelo que se acredita ser verdadeiro, assim, a autoeficácia influencia a forma de pensar, sentir, motivar e agir dos indivíduos (BARROS; SANTOS, 2010).

Diante disso, é possível prever a forma de agir das pessoas por meio das crenças que elas possuem em suas capacidades, isso porque as crenças de autoeficácia colaboram para definir o que as pessoas fazem com seus conhecimentos e habilidades (BANDURA, 1997). Dessa maneira, observa-se que a existência de conhecimentos e habilidades por si só não garantirão o sucesso de uma atividade, para isso é necessário que o indivíduo se sinta capaz de executá-la.

Assim, a autoeficácia se apresenta como um determinante de motivação, tornando-se um fator importante para a conquista ou modificação de comportamento, pois a confiança que cada pessoa tem em relação ao seu desempenho possui associação direta com os resultados que ela obterá (BANDURA, 1977). Nessa ótica, as pessoas tendem a evitar e a fugir de atividades ou situações as quais não acreditam superar, por outro lado, propõe-se a realizar ações que acreditam executar (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

A autoeficácia é formada pela expectativa de autoeficácia e expectativa de resultados. A primeira consiste na confiança que o indivíduo possui de adotar um comportamento para conseguir atingir um determinado resultado. Já a segunda se refere à convicção da pessoa de que um determinado comportamento culminará no resultado almejado (BANDURA, 1977).

Nesta ótica, percebe-se que para modificar condutas e persistir em certas situações não basta, apenas, sentir-se capaz de adotar um determinado comportamento, o indivíduo também necessita acreditar que este produzirá o resultado desejado (BANDURA, 1977; SALVETTI; PIMENTA, 2007).

A autoeficácia é desenvolvida no indivíduo por meio de quatro fontes principais, as quais serão apresentadas a seguir, conforme Bandura e Adams (1982) e Bandura et al. (2008):

a) Experiências de êxito ou realizações pessoais: consiste na fonte de maior influência nas crenças de autoeficácia e corresponde a interpretação dos resultados alcançados em experiências realizadas anteriormente. Essa fonte permite que sejam identificadas informações legítimas acerca do comportamento do indivíduo, pois as pessoas executam tarefas, interpretam os resultados de seus atos e utilizam essas interpretações para construir crenças sobre suas capacidades e posteriormente agem com base nas crenças criadas. Dessa maneira, os resultados que são compreendidos como bem sucedidos intensificam a confiança que os indivíduos possuem em si, enquanto que os que são interpretados como fracasso, enfraquecem-na. Assim, as ações futuras são modeladas de acordo com as crenças anteriores;

b) Experiências vicárias ou por modelação experiências: refere-se à observação de outras pessoas executando uma determinada atividade. Esta fonte é considerada mais fraca que as experiências de êxito, mas se torna importante quando o indivíduo possui dúvidas acerca de sua capacidade em realizar determinada atividade ou quando possuem pouca ou nenhuma experiência anterior. Porém, ressalta-se que mesmo as pessoas experientes e com alta autoeficácia elevam sua confiança pessoal quando outros indivíduos lhes ensinam uma forma mais prática e melhor para a execução de alguma tarefa. As experiências vicárias se tornam mais fortes quando o observador identifica semelhanças entre si e quem pratica a ação. Assim, ele passa a realizar inferências acerca do próprio nível de capacidade baseado na comparação com outras pessoas que julga semelhante. Entretanto, a autoeficácia pode aumentar ou reduzir conforme os resultados de sucesso ou fracasso obtidos pelo outro;

c) Persuasão verbal: equivale-se aos julgamentos verbais proferidos por outras pessoas. Os julgamentos positivos tendem a aumentar as crenças de autoeficácia, pois encorajam e empoderam os indivíduos. Já a crítica atua enfraquecendo as crenças de autoeficácia, uma vez que causam frustração. Todavia as persuasões positivas não podem ser confundidas com elogios vagos. A persuasão verbal positiva somente alcançará o aumento da autoeficácia quando o indivíduo acreditar que possui possibilidades reais de conquistar um desempenho de sucesso. Assim, ele realizará um maior esforço para executar a atividade e alcançar o seu objetivo;

d) Respostas emocionais: corresponde aos indicadores fisiológicos e emocionais, tais como ansiedade, estresse, excitação, humor, os quais propiciam informações sobre as crenças de autoeficácia no que diz respeito a previsão de sucesso ou fracasso. Sentimentos

negativos, como o medo e angústia, ocasionam a redução da autoeficácia e, conseqüentemente, causam o aumento do estresse e da probabilidade de ocorrer um desempenho inadequado e temido. Como os indivíduos tem a habilidade de modificar seus pensamentos e sentimento, uma forma de elevar as crenças de autoeficácia consiste em investir na promoção do bem-estar emocional e na diminuição de sentimentos negativos.

Em virtude do efeito que causa no comportamento humano, a teoria da autoeficácia de Bandura vem sendo amplamente utilizada no cenário mundial e em diversas áreas do conhecimento que versam desde a educação até as ciências da saúde. Estudos comprovam que os altos níveis de autoeficácia influenciam positivamente a motivação, a mudança de comportamentos e adesão de hábitos de saúde e, conseqüentemente, trazem influências benéficas para o funcionamento do indivíduo (HURTADO; NASCIMENTO, 2010; SOUZA et al., 2013; HEIDARI; DASHTGARD; MOGHADAM, 2014; ÁVILA et al., 2016).

Diante disso, percebe-se a importância de o enfermeiro realizar atividades de educação em saúde que visem promover o empoderamento e o aumento da confiança dos indivíduos em adotar práticas saudáveis pautando-se no conceito de autoeficácia.

Nesse contexto, diversos autores têm buscado testar o uso de tecnologias e seus reflexos nas crenças de autoeficácia, bem como têm elaborado instrumentos que visem promover a autoeficácia em diferentes contextos da saúde, dentre eles pode-se citar: Mendes (2018) que investigou o uso de tecnologias educativas e entrevista motivacional breve para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil; Rodrigues et al. (2017) que buscou promover da autoeficácia em amamentar por meio de sessão educativa grupal; Sabino (2016) que elaborou e validou uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil; Nascimento (2015) que analisou os efeitos de uma intervenção combinada (vídeo educativo e roda de conversa) na promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil; Dodt et al. (2013) que investigou a influência de um estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar; e, Joventino (2013) que elaborou e validou um vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.

Entretanto, para avaliar se as tecnologias e atividades de educação em saúde estão conseguindo alcançar o objetivo proposto, o aumento da autoeficácia, faz-se necessário a criação e a validação de instrumentos de mensuração que sejam confiáveis e eficazes para esta avaliação. Além disso, uma vez construídos e validados, esses instrumentos também podem contribuir para a identificação das atividades que os indivíduos possuem menos confiança em

executar. Assim, podem direcionar a elaboração de estratégias que visem promover a autoconfiança do indivíduo de forma a contribuir para o seu empoderamento e a adesão de hábitos saudáveis.

Em virtude disso, diversos pesquisadores vêm criando, traduzindo e validando instrumentos de mensuração da autoeficácia no mundo. Dentre esses instrumentos, pode-se citar: a versão italiana da *Diabetes Management Self-Efficacy Scale* validada por Messina et al. (2018); a *Specific Self-Efficacy Scale in Adherence to a Gluten-Free Diet* desenvolvida e validada por Fueyo-Dias et al. (2018); a *Diabetes Management Self-efficacy Scale* versão em português brasileiro adaptada e validada por Pace et al. (2017); a *Scale of Perceived Self-efficacy of Maternal Parenting in Brazilian Sample* validada em populações brasileiras por Tristão et al. (2015); a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenir Diarreia Infantil (EAPDI) elaborada e validada por Joventino (2010); a Escala de Avaliação da Capacidade para Cuidar de Crianças Expostas ao HIV contruída por Barroso (2008); e a *Breastfeeding Selfefficacy Scale* versão brasileira traduzida, adaptada e validada por Oriá (2008).

Reconhecendo a importância de mensurar a autoeficácia no contexto da saúde da criança são retratados na literatura estudos que referem a criação, a tradução e a validação de instrumentos que avaliam tanto o nível de autoeficácia de crianças quanto de seus cuidadores acerca de determinados temas.

Quanto aos instrumentos de mensuração que avaliam a autoeficácia da criança cita-se o desenvolvimento da *The Seizure Self-Efficacy Scale for Children (SSES-C)*, uma escala do tipo *likert* de fácil administração, composta por 15 itens com cinco opções de resposta e que é útil para medir o grau de autoeficácia de crianças e adolescentes relacionados à gestão de sua epilepsia. A escala foi aplicada a 175 crianças de 9 a 14 anos que tiveram epilepsia por seis meses ou mais. O instrumento atingiu um alfa de *Cronbach* igual a 0,93 atestando sua confiabilidade (CAPLIN et al., 2002).

Em virtude da importância do uso do conceito de autoeficácia no contexto das crianças com epilepsia, em 2017 foi feita a validação transcultural da SSES-C para o turco. Após o processo de validação, a escala final continuou com 15 itens, os quais foram distribuídos em dois fatores: autogerenciamento de crises e influência do meio ambiente na gestão da convulsão. A escala alcançou alfa de *Cronbach* de 0,90 demonstrando que as questões da escala eram adequadas para a cultura turca (GÜVEN; FIRAT; DALGIÇ, 2017).

Outro instrumento capaz de medir a autopercepção de crianças é o *Self-Perception Profile for Children (SPPC)* que foi criado por Harter (1985) e que quantifica a percepção

peçoal de crianças de 8 a 12 anos quanto a competência escolar, aceitação social, competência atlética, aparência física, conduta comportamental e autoconceito global. Sendo que cada domínio pode ser mensurado separadamente. A escala é do tipo *likert* com opções de resposta que variam de 1 (pouco verdadeiro) a 4 (muito verdadeiro) e possui 36 questões no total. Essa ferramenta foi validada para população brasileira por Valentini et al. (2010), obtendo-se após os testes coeficiente de Pearson/teste-reteste um valor de 0,83 ($p < 0,01$) e também foram alcançados níveis satisfatórios na validade fatorial confirmatória ($\chi^2/g1 = 4,33$; *Non-normed Fit Index*=0,958; *Comparative Fit Index*= 0,967 e *Tucker e Lewis's Index of Fit* = 0,962), demonstrando sua validade.

Ressalta-se ainda que a autopercepção infantil vem sendo abordada em diversos estudos (OLIVEIRA, 2016; FERRO; TANG, 2017; BERNARDO; MATOS, 2003), fato que demonstra a importância da sua mensuração para que sejam identificados desvios e elaboradas estratégias capazes de melhorar a percepção pessoal da criança e promover sua saúde.

Como o cuidado da criança depende dos comportamentos de terceiros (mãe, pai ou outros parentes), os quais podem interferir diretamente em sua saúde, instrumentos de mensuração capazes de investigar se essas pessoas sentem confiança em executar tais atividades serão abordados a seguir.

No que tange essas ferramentas, a literatura aponta o uso de escalas para avaliação da autoeficácia parental materna. A investigação da autoeficácia na parentalidade se faz importante por estar associada à adaptação dos pais à chegada do filho, a qual consiste em um período desafiador por necessitar que eles estejam preparados para cuidar da criança e de si (SHOREY et al., 2013).

Dentre as escalas descritas para esse fim, de avaliar a confiança no cuidado à criança, pode-se mencionar a *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS) criada por Prasopkittikun et al. (2006). A SICS consiste em um instrumento autoadministrado que visa avaliar a percepção materna acerca do cuidado à criança no primeiro ano de vida. A escala é composta por 40 itens que são divididos em quatro domínios: promoção do desenvolvimento, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. Ressalta-se a consistência interna do instrumento foi satisfatória (coeficiente alfa= 0,97) e a confiabilidade teste-reteste correlação foi de 0,85 ($p < 0,001$). Entretanto os autores recomendam a realização de mais refinamento e trabalho de medição adicional (PRASOPKITTIKUN et al., 2006).

Ainda acerca desse tema, pode-se citar que foi feita a tradução e validação transcultural da escala supracitada para população brasileira por Moura (2015). A escala final

conta com 43 itens distribuídos em três domínios: promoção do desenvolvimento; cuidados gerais de saúde; segurança e dieta. A Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança atingiu índice de validade de conteúdo (IVC) de 0,959 e índice de concordância (IC) relacionado à compreensão, após validação de aparência, de 0,983 (MOURA, 2015).

Entretanto, existem várias escalas que avaliam a parentalidade em diferentes países e contextos. Barnes e Adamson-Macedo (2007) construíram e validaram a *Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool*, a qual consiste em uma ferramenta composta por 20 itens e visa medir a percepção materna acerca de suas capacidades de compreender e cuidar de seus recém-nascidos pré-termos hospitalizados. O instrumento alcançou um alfa de *Cronbach* de 0,91 e confiabilidade externa/teste-reteste de 0,96 ($p < 0,01$), demonstrando-se confiável e válida para esse público.

Além disso, Tristão et al. (2015) validaram o instrumento supracitado para a realidade brasileira. A Escala de Percepção de Autoeficácia da Parentalidade Materna em amostras brasileiras alcançou alfa de *Cronbach* de 0,86 e coeficiente de correlação intra-classe para a média das medidas de 0,81 ($p < 0,001$). O instrumento após a validação continuou com 20 itens, os quais foram divididos em quatro domínios/fatores: tomando cuidado; eliciando comportamento; leitura do comportamento e crenças situacionais.

As crenças de autoeficácia que os pais de recém-nascidos possuem são preditores importantes na relação interpessoal destes com seus filhos, bem como interferem na adoção de práticas adequadas durante o cuidado com a criança. Além disso, essa confiança pode interferir diretamente na saúde do bebê. Em virtude disso, a parentalidade vem sendo envolvida na elaboração de instrumentos e aplicada em diferentes países (FARKAS-KLEIN, 2008; FIGUEROA; ABURTO; ACEVEDO, 2012; SEABRA-SANTOS et al., 2015; WITTKOWSKI et al., 2017).

Ademais, estudo realizado na Finlândia demonstrou que há associação entre as percepções de autoeficácia materna acerca de suas crenças e a prática de atividade física e o comportamento alimentar saudável em pré-escolares. Esse achado demonstra a importância da autoconfiança materna na promoção de hábitos saudáveis nas crianças (KOKOLAKI et al., 2018).

Ainda acerca de o comportamento alimentar e com base na importância da adesão de hábitos saudáveis, foi elaborado no México um questionário para avaliar a autoeficácia parental em relação à atividade física em crianças em idade pré-escolar. O instrumento é composto por 14 itens distribuídos em três fatores/domínios, a saber: busca por alternativas

positivas à atividade física, capacidade de enfrentar possíveis barreiras para realizá-la e expectativas de habilidade ou competência. Quanto à consistência interna, o questionário obteve alfa de *Cronbach* de 0,733 e a confiabilidade teste-reteste foi de 0,867, demonstrando que o instrumento é um bom indicador para mensurar o construto (AEDO; ÁVILA, 2009).

Outra escala, que também busca analisar a autoeficácia dos pais na promoção de hábitos saudáveis nos filhos (alimentação saudável e prática de atividade física) é a *Parental Self-Efficacy for Healthy Dietary and Physical Activity Behaviors in Preschoolers Scale* (PDAP). Essa ferramenta foi desenvolvida por Bohman, Rasmussen e Ghaderi (2016) e consiste em uma escala do tipo *likert* composta por 21 itens que possui opções de resposta as quais variam de 0 (não confiante) a 10 (completamente confiante). A escala obteve alfa de *Cronbach* de 0,94 demonstrando sua confiabilidade.

Ainda acerca do tema alimentação, foi descrito na literatura a existência da *Food Allergy Self-Efficacy Scale for Parents* (FASE-P) que avalia autoconfiança dos pais acerca do manejo da alergia alimentar nas crianças. Essa escala foi construída e validada por Knibb, Barnes e Stalker (2015) e é composta por 21 itens, os quais são distribuídos em cinco subescalas: gestão de atividades sociais, precaução e prevenção, tratamento alérgico, identificação de alérgenos alimentares, e busca de informações sobre alergia alimentar. Enfatiza-se que a escala conseguiu um alfa de *Cronbach* de 0,88.

Estudo realizado por Knibb, Barnes e Stalker (2016) mostrou que a qualidade de vida dos pais de crianças com alergia alimentar está diretamente associada à sua autoeficácia em manejar a patologia, sendo que a autoeficácia relacionada ao manejo das atividades sociais e a precaução e prevenção de uma reação alérgica parecem ser os aspectos mais importantes. Assim os autores reforçam a importância de mensurar a autoeficácia desses pais em visitas domiciliares e assim melhorar o apoio e a elaboração de estratégias que busquem atuar nesse construto.

Outro instrumento de medida foi criado por Finlayson et al. (2005) e se refere a elaboração da *Oral Health Self-efficacy* (OHSE), essa escala é composta por nove itens, os quais versam acerca da confiança materna em promover a higiene oral da criança frente a diversas situações enfrentadas no cotidiano: estresse, depressão, ansiedade, excesso de atividades (falta de tempo), cansaço, preocupação com outras atividades, choro do filho, inquietude da criança durante a escovação e quando a criança se recusa a escovar os dentes no momento desejado pela mãe. Os itens da escala variam de 1 (nada confiante) a 4 (muito

confiantes). Este instrumento atingiu alfa de *Cronbach* de 0,76 indicando uma boa consistência interna (FINLAYSON et al., 2005).

A escala supracitada foi testada por Finlayson et al. (2007) com crianças de 1 a 5 anos de idade e suas mães (n = 719) e percebeu-se que a autoeficácia materna foi um forte e significativo preditor da frequência de escovação das crianças. Estimou-se que para cada unidade que se elevava na OHSE ocorria o aumento da frequência de escovação de 18% (p<0,001) e 9% (p<0,10) nas crianças de 1-3 anos e 4-5 anos, respectivamente.

Resultados semelhantes foram encontrados por Soltani et al. (2016), os quais demonstraram que o nível de autoeficácia materna influenciou diretamente o comportamento de higiene bucal das crianças.

Ainda existe a Escala de Autoeficácia Materna para Prevenir Diarreia Infantil (EAPDI) que foi construída e validada por Joventino et al. (2013). A EAPDI é uma escala *likert* composta por 24 itens, os quais são distribuídos em dois domínios: higiene da família e práticas alimentares/gerais. A escala possui 5 opções de resposta que variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e alcançou índice de validade de conteúdo (IVC) igual a 0,96 e alfa de *Cronbach* de 0,84 demonstrando sua confiabilidade e validade.

O uso da EADPI vem sendo amplamente relatado na literatura (OLIVEIRA et al., 2017; ANDRADE et al., 2015; JOVENTINO et al., 2013), uma vez que ela possibilita que o enfermeiro identifique quais as principais fragilidades no cuidado preventivo contra essa patologia e elabore estratégias que sejam capazes de elevar a autoeficácia materna acerca desse tema.

Também é descrita na literatura a existência de instrumentos que buscam mensurar a autoeficácia dos cuidadores no manejo da asma. Um deles é a *Self-Efficacy and Their Child's Level of Asthma Control* elaborado por Wood et al. (2010), a qual possui 17 itens distribuídos em dois domínios: expectativas de eficácia e expectativas de resultado.

Ressalta-se que esse instrumento foi traduzido e validado para o português do Brasil por Gomes et al. (2016), sendo que a versão brasileira da escala é composta por 16 itens e possui cinco opções de resposta. O instrumento demonstrou-se confiável, uma vez que atingiu alfa de *Cronbach* de 0,92 e IVC superior a 0,80.

Além disso, Gomes et al. (2018) avaliaram as propriedades psicométricas da *Self-efficacy and their child's level of asthma control: versão brasileira* acerca da validade e confiabilidade do instrumento. Os resultados deste estudo mostraram que a escala é adequada

e confiável, uma vez que atingiu no teste de Kaiser- Meyer-Olkin o valor de 0,879 e um alfa de *Cronbach* de 0,92.

Há ainda a *Parental SelfEfficacy with Eczema Care Index* (PASECI) que investiga a autoconfiança dos pais durante a gestão de cuidados à criança com eczema. A escala é formada por 29 itens que são distribuídos em quatro subescalas, a saber: gestão da medicação, manejo do eczema e de seus sintomas, comunicação com os profissionais da saúde e gestão de desafios pessoais ao cuidar de uma criança com eczema. As opções de repostas aos itens podem variar de 0 (não posso fazer todo) a 10 (altamente certo, posso fazer). O instrumento atingiu um alfa de *Cronbach* de maior que 0,87 em todos os domínios (ERSSER et al., 2015).

Esse instrumento foi traduzido para o Coreano, *Korean-Parental Self-Efficacy with Eczema Care Index*, e sua confiabilidade e validade foram testadas por Lee et al. (2016). A escala final da versão coreana é composta por 25 itens, distribuídos em quatro fatores/domínios, a saber: gerenciar os sintomas e comportamento de uma criança, comunicar-se com a equipe médica, administrar medicamentos e usar hidratante como parte do gerenciamento de rotina. Após as análises estatísticas, percebeu-se que o instrumento é válido para população coreana, uma vez que atingiu alfa de *Cronbach* igual a 0,94.

No que concerne ao aleitamento materno, existe na literatura a *Breastfeeding SelfEfficacy Scale* (BSES) que busca investigar a confiança materna para amamentar. A escala é formada por 33 itens disseminados em dois domínios: técnico e pensamento intrapessoal (DENNIS; FAUX, 1999).

A escala supracitada foi traduzida e adaptada para o português brasileiro em 2010 por Oriá e Ximenes. O instrumento continuou sendo composto por 33 itens que possuem cinco opções de resposta, as quais variam de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordam totalmente). A escala atingiu índice de validação de conteúdo de 0,84 e coeficiente alfa de *Cronbach* igual a 0,90 (ORÍÁ; XIMENES, 2010).

Quanto a escala BSES, é oportuno salientar a existência da BSES *short form* (BSES-SF) que possui 14 itens e foi elaborada por Dennis (2003) e que, assim como a anterior, a BSES-SF também foi validada para o português do Brasil por Dodt et al. (2012). Esse instrumento é composto por 14 itens, os quais possuem cinco opções de resposta que podem variar de 1 (discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente). A escala atingiu um alfa de *Cronbach* de 0,74 demonstrando sua confiabilidade.

Estudos que relatam uso da BSES-SF são descritos na literatura e tem demonstrado que existe associação estatisticamente significativa entre os escores atingidos na escala, a prática

do aleitamento materno exclusivo, bem como sua duração (SOUZA; FERNANDES, 2014; UCHOA et al., 2017).

Diante do exposto, percebe-se a importância de se utilizar o construto da autoeficácia no cuidado à criança, uma vez que ela se modifica de um indivíduo para outro (PRASOPKITTIKUN et al., 2006) e interfere diretamente no seu comportamento. Assim, ao mensurá-la, será possível identificar os domínios em que o cuidador tem menos autoeficácia e implementar estratégias que busquem elevar essa confiança.

Entretanto, ao ser realizada uma busca nas bases de dados *National Library of Medicine* (PubMed/Medline), SCOPUS - Base de dados multidisciplinar, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Web of Science* com os termos “cuidado da criança” e “neonato” indexados no Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/Bireme) e com os termos “child care” e “infant, newborn” indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed), percebeu-se que nenhum estudo referiu a existência de uma escala voltada para mensurar a autoeficácia na promoção de cuidados ao recém-nascido a termo no período neonatal.

É diante desse cenário que a escala aqui desenvolvida mostra sua relevância e ineditismo, pois os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, terão a oportunidade de utilizar um instrumento validado capaz de detectar precocemente (por meio da verificação da pontuação), em qual (is) domínio (s) o cuidador demonstra menor autoconfiança, podendo assim realizar uma assistência individualizada considerando as peculiaridades de cada sujeito e família.

Como a autoeficácia é uma variável modificável, podendo, portanto, sofrer alterações, o enfermeiro poderá desenvolver intervenções capazes de elevar a confiança do cuidador, contribuindo, dessa maneira, para a melhor qualidade de vida e saúde neonatal.

Ademais, esta dissertação corrobora com as diretrizes da UNILAB, a qual assumiu o compromisso de desenvolver por meio da pesquisa, soluções inovadoras para resolver ou minimizar problemas históricos presentes no Brasil e nos países lusófonos como é o caso da morbimortalidade neonatal.

Diante disso, a escala aqui desenvolvida e validada poderá ser utilizada como uma ferramenta na redução da morbimortalidade neonatal no Brasil, continente africano, bem como no mundo, caso venha a ser traduzida e adaptada para os mais diversos idiomas e contextos.

Assim, esta dissertação buscou favorecer a produção de conhecimento científico e tecnológico, já que elaborou e validou um instrumento inédito capaz de subsidiar e orientar,

nacional e internacionalmente, as ações de educação e promoção da saúde, as quais consistem em funções primordiais para o trabalho do enfermeiro e demais profissionais da saúde.

Destarte, ao desenvolver essa dissertação a pesquisadora teve a oportunidade de experienciar um contato mais próximo com a população, aperfeiçoou sua habilidade de problematização e resolução de problemas, bem como qualificou sua capacidade de desenvolvimento de tecnologias à saúde capazes de direcionar seus cuidados aos usuários, atributos necessários ao enfermeiro qualificado e modificador de realidades.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Desenvolver uma escala de avaliação da autoeficácia na promoção de cuidados ao neonato a termo.

2.2 Objetivos Específicos

- Elaborar itens e dimensões da autoeficácia para cuidar de crianças em período neonatal;
- Avaliar as propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento;
- Verificar a associação entre os escores da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo e as variáveis sociodemográficas de gestantes e de cuidadores residentes em Redenção-CE, Acarape-CE e Fortaleza-CE.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de uma pesquisa metodológica e quantitativa. Pesquisa metodológica aborda o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2019). Estudo quantitativo é aquele em que se segue um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático para realizar a descrição de novos eventos e para investigar relações entre conceitos e ideias (BURNS; GROVE, 2003).

Para a construção da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), utilizou-se a psicometria pautada nos pressupostos de Pasquali (1998) como referencial metodológico. Para tanto, foram seguidos todos os passos recomendados pelo autor para a elaboração de escalas psicológicas. A escolha deste deveu-se a sua ampla produção metodológica na área da saúde (enfermagem, medicina, humanas), com resultados significativos (SOARES et al., 2018; SOUZA, 2019; VICTOR et al., 2017).

A psicometria consiste no ramo da psicologia que estuda fenômenos psicológicos e se fundamenta no método quantitativo, o qual consegue representar o conhecimento da natureza com maior rigor por utilizar números para retratar a observação de fenômenos naturais. Nessa ótica, a psicometria se caracteriza pelo conjunto de técnicas (desenvolvimento de instrumentos de mensuração ou ferramentas de observação) usadas para quantificar e explicar conceitos e respostas comportamentais de indivíduos a uma série de tarefas (PASQUALI, 2009; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

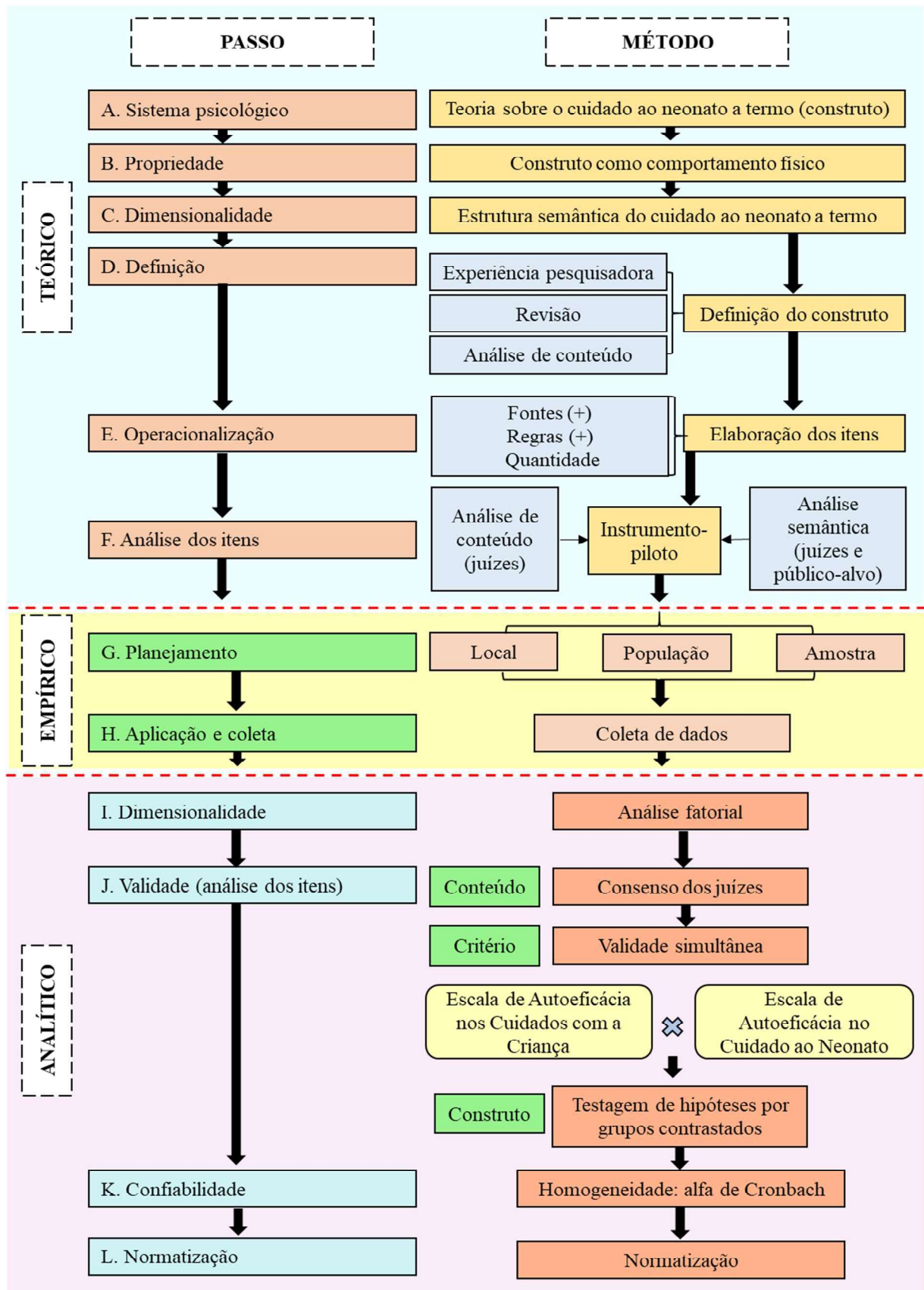
A elaboração de uma escala eficiente envolve um processo rigoroso, que começa na elaboração dos itens e culmina com a comprovação da fidedignidade e validade do construto (BARROSO, 2008). Dessa maneira, quando se utiliza uma base teórico-metodológica consistente e confiável é exequível a produção de instrumentos de medida que sejam válidos (PETT; LACKLEY; SULLIVAN, 2003).

A construção de instrumentos psicométricos é imprescindível para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, pois, normalmente, essa se manifesta da necessidade de avaliar um conceito sob um novo ponto de vista, de abordar novas dimensões que ainda não foram investigadas, ou de aperfeiçoar uma ferramenta já existente. Assim, a elaboração ou o aperfeiçoamento de um instrumento de medida proporciona o aumento do conhecimento e a compreensão acerca de um fenômeno, facilitando assim, a criação de

possíveis intervenções e a qualificação do cuidado (BRAGA; CRUZ, 2006; MOTA; PIMENTA, 2007).

A teoria e o modelo de elaboração de instrumentos de mensuração psicológica descritos por Pasquali (1998) se baseiam em três polos, a saber: procedimentos teóricos; procedimentos empíricos ou experimentais; e, procedimentos analíticos ou estatísticos. Esses polos são abordados em doze etapas, as quais devem ser seguidas durante o desenvolvimento de instrumentos metodológicos e que também serão abordadas por este estudo, podendo ser visualizadas ao longo do caminho metodológico (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma das etapas seguidas na elaboração da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), Redenção, 2020.



Fonte: Própria autora.

3.2 Procedimentos Teóricos – Fase 1

O polo teórico deve respaldar todo o trabalho científico, sendo, portanto, indispensável para a elaboração do instrumento de pesquisa. Nesta fase o conceito, construto ou teoria são nitidamente estabelecidos (PASQUALI, 1998).

Assim, no decorrer dos procedimentos teóricos o pesquisador deve focar na teoria sobre o construto ou objeto psicológico que fundamentará a elaboração do instrumento de medida, bem como a operacionalização dos itens (PASQUALI, 1999). Deste modo, foram adotados, principalmente nesta fase, os princípios da Teoria da Autoeficácia de Bandura (1977,1986) a fim de subsidiar teoricamente a construção da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT).

Este polo é composto pelos seis primeiros passos para a elaboração de instrumentos psicométricos descritos por Pasquali (1998), os quais serão individualmente detalhados a seguir, a saber: 1. Sistema psicológico (estabelece a teoria sobre o construto); 2. Propriedade (define os atributos do construto); 3. Dimensionalidade (explora a estrutura interna e semântica do construto); 4. Definição (conceitua o construto); 5. Operacionalização (definição operacional do construto e criação dos itens da escala) e 6. Análise teórica dos itens (realizada por juízes e pela população-alvo).

3.2.1 Sistema Psicológico

O sistema psicológico também chamado de objeto psicológico consiste em uma ideia, tema, ou assunto que se pretende pesquisar. Logo, corresponde ao objeto de interesse do pesquisador (PASQUALI, 2016). Na psicometria, referencial deste estudo, o objeto de interesse é a estrutura latente, ou seja, o traço psíquico ou processo mental (PASQUALI, 1999).

Além disso, o sistema pode ser caracterizado como universal ou local. O primeiro possui como estrutura psicológica o indivíduo como um todo, ao passo que o segundo representa os vários subsistemas de interesse (PASQUALI, 1999).

Ressalta-se a importância de o pesquisador escolher o sistema com maior proximidade ao seu interesse e de evitar a escolha de sistemas vagos e gerais, uma vez que são difíceis de serem operacionalizados, complicando o processo de construção de instrumentos de medida (PASQUALI, 1999).

Dessa forma, com base na literatura pertinente e na experiência da pesquisadora foi definido como sistema psicológico o “cuidado ao recém-nascido a termo”.

3.2.2 Propriedade do Sistema Psicológico

A propriedade do sistema psicológico consiste nos atributos ou aspectos que caracterizam o sistema, sendo, portanto, o foco imediato da observação ou medida. Nessa etapa se faz necessário delimitar um objeto psicológico amplo em aspectos específicos que se deseja investigar (PASQUALI, 2016).

A determinação dos atributos é imprescindível, pois o objeto ou sistema em si não é passível de mensuração, podendo ser medido, somente, por meio das propriedades ou atributos desde que estes apresentem magnitude, ou seja, diferenças individuais (ex. intensidade, peso, distância, altura, etc.) (PASQUALI, 1999). Desse modo, foi possível operacionalizar o processo psicológico do construto (cuidado ao neonato a termo) em situações concretas (comportamentos).

Assim como na etapa anterior, as propriedades do sistema psicológico foram definidas por meio de leitura de literatura pertinente, experiência da pesquisadora e orientação de perito na área (orientadora e coorientadora).

3.2.3 Dimensionalidade do Atributo

A dimensionalidade do atributo corresponde à sua estrutura interna (semântica) e como referido no tópico anterior, a Psicometria reconhece que os atributos psicológicos possuem magnitudes/dimensões que ocorrem de forma definida e diferente de indivíduo para indivíduo, sendo, portanto, mensuráveis (PAWLOWSKI; TRENTINI; BANDEIRA, 2007 PASQUALI, 2016).

As dimensões foram determinadas por meio de argumentos teóricos e análises fatoriais, as quais avaliaram se a teoria que fundamenta o teste foi ou não pertinente. A análise fatorial permite a identificação do número de traços latentes avaliados no teste, ou seja, se este é uni ou multifatorial (PASQUALI, 1999).

3.2.4 Definição dos Construtos

Após a determinação da propriedade e de suas dimensões, faz-se premente a conceituação detalhada destes construtos. O principal desafio desta etapa é conceituação clara e precisa dos fatores que se pretende mensurar com o instrumento, da qual serão gerados dois produtos: definições constitutivas e definições operacionais dos construtos (PASQUALI, 1999).

Para tanto, essas definições pautaram-se na avaliação da literatura pertinente, dos peritos na área (orientadora e coorientadora) e na experiência da pesquisadora.

3.2.4.1 Definição constitutiva

A definição constitutiva é a definição de termos em dicionários e enciclopédias, isto é, os conceitos (realidades abstratas) são determinados em termos de outros conceitos. Nessa ótica, o construto estudado é definido por meio de outros construtos e é compreendido em termos de conceitos próprios da teoria na qual está inserido (PASQUALI, 2016).

As definições constitutivas posicionam o construto de forma exata e precisa dentro do espaço semântico da sua teoria, determinando assim, suas fronteiras/limites e apontando as dimensões que deve assumir (PASQUALI, 2016).

Esse tipo de definição estabelece os limites que se deve explorar ao medir o construto, no que concerne as fronteiras que não podem ser cruzadas ou que devem ser alcançadas (PASQUALI, 2016). Ressalta-se que nem todos os instrumentos que medem um construto conseguem cobrir a amplitude semântica total de um conceito. Nesse ínterim, enfatiza-se a importância de definições constitutivas satisfatórias, uma vez que estas possibilitam a avaliação de qualidade do instrumento que mensura o construto, em termos de cobertura da extensão semântica (PASQUALI, 2016). Esta etapa foi realizada por meio do dicionário Aurélio e literatura pertinente da área.

3.2.4.2 Definição Operacional

Salienta-se que todas as etapas anteriormente descritas estão situadas no campo da teoria, do abstrato. Todavia o instrumento de medida consiste em uma operação concreta,

empírica. E a transição do abstrato para o concreto é propiciada pelas definições operacionais dos construtos (PASQUALI, 2016).

Diz-se que um construto foi definido operacionalmente quando este é determinado em operações concretas, isto é, em comportamentos físicos. Trata-se, portanto, da representação empírica (comportamento) dos traços latentes (construto) (PASQUALI, 2016).

Nesta fase há duas preocupações importantes, a saber: as definições operacionais devem ser de fato operacionais e o mais abrangente possível do construto. Assim, é considerada uma definição operacional àquela que indica claramente a ocorrência de um comportamento, isto é, o que o indivíduo deve fazer e como comportar-se (PASQUALI, 2016).

Na verdade, nenhuma definição operacional é capaz de atingir a totalidade semântica de um construto. Porém, com a finalidade de garantir uma melhor cobertura, deve-se buscar especificar e enumerar as categorias de comportamento que seriam a representação comportamental do construto (PASQUALI, 2016).

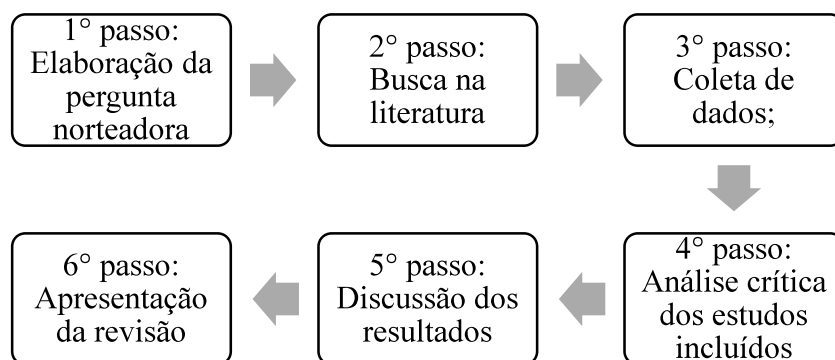
O pesquisador deve buscar ser o mais abrangente possível, pois a qualidade, validade e a utilidade do instrumento vão depender do grau de completude dessa especificação (PASQUALI, 2016).

Em vista disso, a autora buscou realizar nessa etapa, mediante uma revisão integrativa da literatura, o levantamento de elementos que abordassem as múltiplas características do construto estudado, “cuidado ao neonato a termo”, a fim de embasar de forma satisfatória a operacionalização dos itens que iriam compor o instrumento (PASQUALI, 2016).

Esse amplo aprofundamento teórico é recomendado por LoBiondo-Wood e Haber (2001), uma vez que uma revisão exaustiva da literatura possibilita a identificação de teorias implícitas ao construto e permite o contato direto do pesquisador com o que foi descrito na literatura sobre o fenômeno investigado, melhor fundamentando, desse modo, a elaboração do instrumento de medida.

Assim, para a realização da revisão integrativa deste estudo foram seguidas seis etapas, as quais estão descritas na Figura 2.

Figura 2 – Representação das etapas seguidas para o desenvolvimento da revisão integrativa da literatura, Redenção, 2020.



Fonte: SOUSA; SILVA; CARVALHO (2010)

A questão de pesquisa foi elaborada pela autora e utilizou-se em sua confecção a aplicação da estratégia PICOT, um acrônimo da língua inglesa que significa “paciente, intervenção, controle, resultados (*outcomes*) e tempo (período de seguimento – *timeframe*)”, elementos essenciais na questão de pesquisa e na elaboração da pergunta para a busca de evidências científicas (FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Assim, conferiu-se a “P” os pacientes neonatos a termo, ao “I” a realização do cuidado, ao “C” comparação entre os resultados obtidos, ao “O” a presença de evidências na literatura sobre a realização de cuidados ao neonato a termo e ao “T” o período posterior a alta hospitalar. Dessa forma, chegou-se a seguinte questão norteadora: Quais os principais cuidados executados ao neonato a termo após a alta hospitalar referidos na literatura?

Foi utilizada como estratégia de busca a pesquisa de publicações científicas em quatro bases de dados, a saber: “*Web of Science*”, “*National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed)*”, “*Cochrane Library*” e “Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)”.

Para tanto, utilizaram-se a palavra-chave “cuidado (*care*)” e os descritores controlados “recém-nascido (*infant, newborn*)” e “cuidadores (*caregiver, family*)”, os quais estão indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/BVS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH/PubMed). Para a interação destes foi usado o operador booleano “AND”.

A busca de dados foi realizada em junho de 2018 por dois pesquisadores de forma independente. O acesso às bases de dados ocorreu em um único dia, sendo que nesta mesma ocasião foram esgotadas as publicações por base. Enfatiza-se que cada página de busca foi gravada para que as produções científicas fossem avaliadas em dias subsequentes.

Como critérios de elegibilidade adotaram-se: produções na íntegra, disponíveis gratuitamente, que abordassem os principais cuidados executados ao neonato a termo após a alta hospitalar e que fossem publicadas no período de 2009 a 2018, nos idiomas português, inglês e espanhol. Ressalta-se que esse recorte temporal foi selecionado tendo em vista que em 2009 foi instituída a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis pela Portaria Ministerial nº 2.395/2009, a qual visa dar prioridade ao cuidado integral à criança no nascimento bem como promover a qualidade de vida das crianças que vivem no Brasil (BRASIL, 2009).

Foram excluídos do estudo editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, relatórios e artigos que não respondiam ao questionamento norteador desta revisão.

Os cruzamentos realizados em cada base de dados, conforme os critérios de elegibilidade estão apresentados no Quadro 1. Ressalta-se que foram utilizadas as interações listadas abaixo a fim de identificar o maior número de publicações possíveis, garantindo assim, uma ampla e profunda descrição do construto estudado (cuidado ao neonato a termo).

Quadro 1 – Seleção dos artigos encontrados nas bases de dados PubMed, *Web of Science*, *Cochrane Library* e LILACS, de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos. Redenção, 2020.

Base de Dados	PUBMED	<i>Web of Science</i>	<i>Cochrane Library</i>	LILACS	TOTAL
Descritores	“Care” AND “Infant, newborn” AND “Caregiver, family” [All Fields]	“Care” AND “Infant, newborn” AND “Caregiver, family” [All Fields]	“Care” AND “Infant, newborn” AND “Caregiver, family” [All text]	“Cuidado” AND “Recém-nascido” AND “Cuidadores” [Palavras]	
Número de registros	1.603	82	222	1.300	3.207
Artigos publicados de 2009 a 2018	949	58	64	900	1.971
Disponíveis gratuitamente e na íntegra	377	36	100	825	1.321
Disponíveis em português, inglês e espanhol	334	36	39	789	1.198

Fonte: Própria autora.

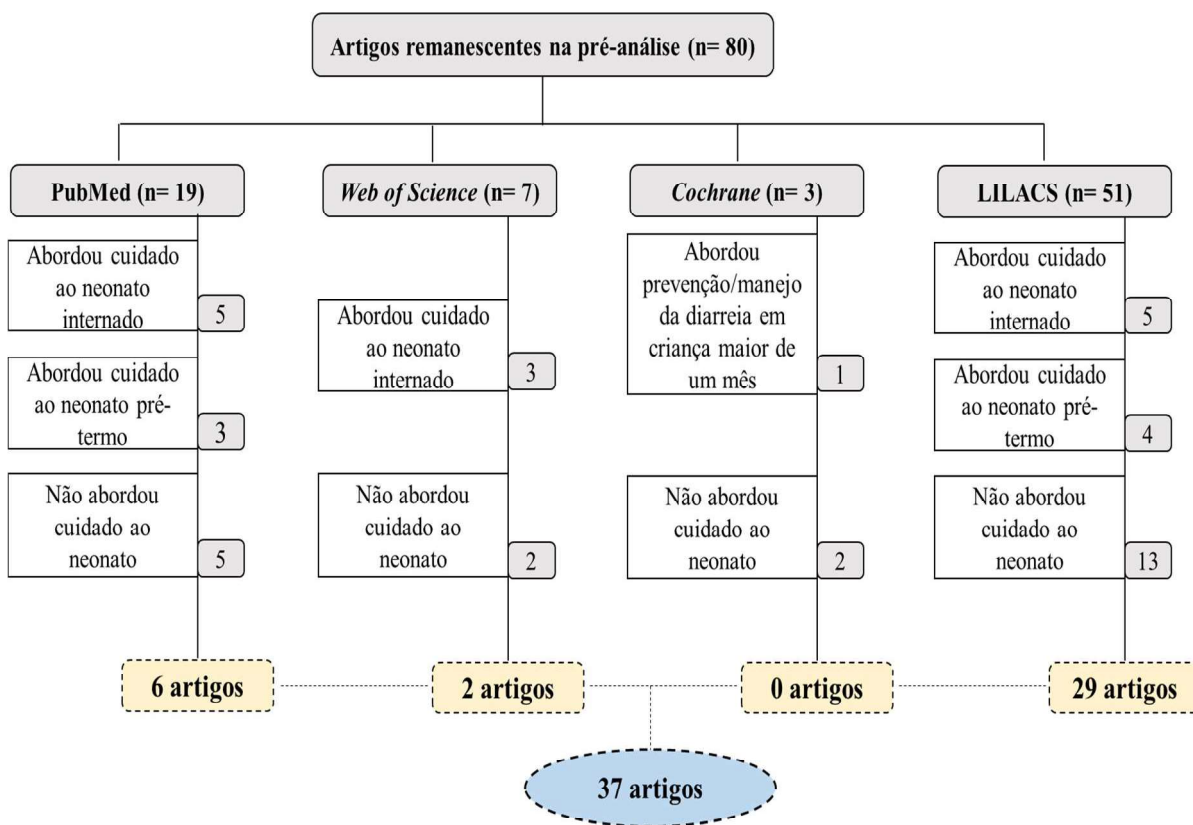
Inicialmente, foram encontradas nas bases de dados selecionadas, 3.207 produções, das quais 1.971 haviam sido publicadas no período de 2009 a 2018. Dessas, 1.321 estavam disponíveis na íntegra e gratuitamente, enquanto que 1.198 encontravam-se nos idiomas pré-definidos nos critérios de elegibilidade.

Após a busca e identificação das produções científicas foi realizada no mês de julho de 2018 a leitura de título e resumo dos 1.198 artigos pré-selecionados a fim de analisar se eles respondiam à pergunta norteadora elaborada. Por meio desta análise inicial, 866 produções foram excluídas por não responderem à pergunta norteadora e 252 por duplicação nas bases dados.

Logo, durante o mês de agosto de 2018, 80 artigos foram submetidos à leitura integral e exploratória com o objetivo analisar se eles, realmente, abordavam os principais cuidados executados pelos cuidadores aos neonatos após a alta hospitalar.

Essa leitura resultou na exclusão de 43 manuscritos, dos quais 13 foram excluídos da PubMed, cinco da *Web of Science*, três da Cochrane e 22 da LILACS. Assim, integraram o *corpus* da revisão 37 artigos. Os motivos da exclusão por base de dados estão descritos na Figura 3.

Figura 3 – Fluxograma que descreve os motivos de exclusão dos artigos. Redenção, 2020.



Fonte: Própria autora.

Enfatiza-se que a leitura das produções científicas foi realizada por dois pesquisadores de maneira independente, os quais se reuniram a *posteriore* a fim de chegarem ao consenso acerca de quais publicações comporiam a revisão. Estes se reuniram em duas ocasiões, a saber, ao final das etapas de leitura de título e resumo (31 de julho de 2019) e de leitura na íntegra (31 de agosto de 2019).

Feito isso, os 37 artigos selecionados foram organizados conforme instrumento validado por Ursi (2005), adaptado. Esse instrumento consiste em um *CheckList*, o qual é dividido em nove domínios, cujo objetivo é facilitar a descrição dos principais dados presentes nos artigos.

Após a coleta, os artigos foram organizados de acordo com o título, país onde o estudo foi conduzido, idioma, ano, área, tipo de publicação, objetivo do estudo, amostra, principais resultados, nível de evidência, implicações do estudo e avaliação do rigor metodológico.

Além disso, a fim de estabelecer quais informações seriam extraídas de cada publicação, ocorreu um processo extenso e profundo de leitura, que foi executado entre os meses setembro e outubro de 2018. No decorrer dessa leitura, foi feita a triagem de trechos considerados pertinentes à análise do construto (cuidado ao neonato a termo), por meio de fichamento.

Posteriormente, foram identificadas as definições operacionais sobre o construto de interesse, sendo estas reunidas em categorias temáticas (domínios/fatores) relacionadas às referidas condutas de cuidados que poderiam ser executadas pelos cuidadores de neonatos a termo após a alta hospitalar. Os domínios/fatores identificados por meio do levantamento bibliográfico foram: cuidados primários, proteção e segurança e relacionamento interpessoal/afetivo.

Assim, as informações extraídas dessas produções e a sua síntese encontram-se elencadas nos resultados deste estudo(Quadro 4).

Para a avaliação dos artigos quanto ao nível de evidência foi seguido o que recomenda Stillwell et al. (2010), conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Nível de evidência por tipo de estudo. Redenção, 2020

Tipo de evidência	Nível de evidência	Descrição
Revisão Sistemática ou Metanálise	I	Evidência proveniente de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos a controlados
Estudo randomizado controlado	II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico com aleatorização, controlado e bem delineado
Estudo controlado com randomização	III	Evidência proveniente de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização
Estudo caso-controle ou estudo de coorte	IV	Evidência proveniente de um estudo com desenho de caso-controle ou coorte
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	V	Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos
Estudo qualitativo ou descritivo	VI	Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo
Opinião ou consenso	VII	Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ ou relatórios de comissões de especialistas/peritos

Fonte: Stillwell et al. (2010)

Os artigos foram submetidos a análise do rigor metodológico por meio do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Para tanto, utilizou-se o instrumento adaptado do estudo de Alencar et al. (2014), composto por 10 questões, que contemplava os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação do destino metodológico, coerência do desenho metodológico, adequação da estratégia de seleção de amostra, detalhamento da coleta de dados e conformidade na relação entre pesquisador e participantes, cumprimento dos

aspectos éticos, rigor na análise dos dados, clareza na apresentação dos resultados e relevância da pesquisa.

Para cada questão foi atribuído o valor 0 (zero) para resposta negativa ou 1 (um) para resposta positiva. O resultado final foi representado pela soma das pontuações, a qual poderia chegar ao escore máximo de 10 pontos. Os artigos pré-selecionados foram classificados de acordo com as pontuações: nível A - 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B - até 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Ao final da avaliação permaneceram apenas os estudos classificados em nível A (ALENCAR et al., 2014).

3.2.5 Operacionalização do Construto

A partir desta etapa é iniciada a construção do instrumento-piloto, o qual é operacionalizado por meio da criação dos itens que constituirão a escala. Para tanto, foi elaborada uma listagem de afirmações (comportamentos verbais) pautadas na literatura, as quais consistiam em tarefas que os indivíduos deveriam realizar para que se pudesse analisar a extensão da presença do construto (atributo) (PASQUALI, 2016).

Foi usada como fonte dos itens a revisão integrativa realizada na etapa anterior, embasando-se, dessa forma, em fundamentos teóricos e evidências científicas. Ressalta-se que o instrumento não deve conter itens que, somente, pareçam medir o construto, mas sim àqueles que correspondem às definições constitutivas e operacionais do mesmo (PASQUALI, 1999).

Após a elaboração dos itens, foram aplicados doze critérios, dos quais os dez primeiros são necessários para a construção de cada item individualmente e os demais contribuem para elaboração do instrumento como um todo, a saber:

1. Critério comportamental: o item deve manifestar um comportamento, não uma abstração. Devendo ainda transmitir ao sujeito uma ação clara e precisa;
2. Critério de objetividade: o item deve permitir que o sujeito demonstre se conhece a resposta ou se é capaz de realizar a tarefa proposta;
3. Critério de simplicidade: o item deve transmitir uma única ideia, pois itens que introduzem explicações de termos, oferecem razões ou justificativas se tornam confusos e podem confundir o sujeito que responde;
4. Critério de clareza: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-alvo. Assim, as sentenças devem ser curtas e simples. Devem-se evitar ainda: frases

longas e negativas, uma vez que estas tendem a ser menos claras e mais confusas; frases que contenham gírias, pois nem sempre são inteligíveis para todos os estratos da população-alvo. Nesse critério, a preocupação é a compreensão das frases e não sua elegância artística;

5. Critério de relevância: a expressão deve corresponder ao construto estudado, devendo ser consistente com atributo escolhido;

6. Critério de precisão: o item deve ter uma posição definida no contínuo do atributo e ser diferente dos demais itens que compõem o mesmo contínuo. Deve possuir uma posição escalar modal definida e um desvio padrão reduzido;

7. Critério de variedade: deve-se busca variar a linguagem dos itens, pois o uso dos mesmos termos em todos os itens causa cansaço, monotonia, confusão e dificuldade de diferenciação das frases. No caso de escalas de preferências é importante elaborar metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis;

8. Critério de modalidade: evitar uso de expressões extremadas, como “excelente”, “miserável”. A utilização desses termos vicia a resposta;

9. Critério de tipicidade: formular itens com expressões apropriadas (típicas, próprias, inerentes) com o atributo;

10. Critério de credibilidade: o item deve ser elaborado de forma que não pareça infantil, ridículo ou despropositado. Essa situação pode fazer com que o sujeito respondente se sinta ofendido, o que poderá afetar negativamente a resposta do indivíduo aumentando a chance de vieses e equívocos nas respostas.

11. Critério de amplitude: os itens que compõem o mesmo atributo devem cobrir toda a extensão de magnitude do *continuum* deste atributo.

12. Critério de equilíbrio: os itens do mesmo contínuo devem cobrir igualmente ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo. Dessa maneira, deve haver na escala itens fáceis, difíceis e médios (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes).

Além disso, segundo Pasquali (1999), deve ser também considerada a quantidade ideal de itens, 20 itens, no mínimo, sendo necessário adicionar a esse número o valor de 10%. Isso porque durante o processo de validação alguns itens poderiam ser excluídos. Assim, o instrumento desenvolvido neste estudo deveria possuir, pelo menos, 22 itens.

Quanto às opções de resposta, decidiu-se por desenvolver alternativas em termos de frequência de concordância do respondente com a afirmação descrita em cada item da Escala

de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), desenvolvida neste estudo. Para isso, foi utilizada uma escala Likert.

A escala de avaliação de *Likert* foi criada pelo sociopsicólogo Rensis Likert e se caracteriza pelo uso de escalas de gradação como formato de resposta. Ela deve conter rigorosamente cinco opções, sendo que em situações nas quais apresentem menos ou mais que cinco alternativas devem ser descritas como “tipo Likert” (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004; CARVALHO; RUEDA, 2016).

O objetivo é que o sujeito respondente escolha uma das categorias de resposta para cada item do instrumento, indicando o grau de concordância ou discordância com a informação expressa no item (CARVALHO; RUEDA, 2016).

Diante do exposto, optou-se por elaborar a Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) graduada mediante escala Likert, com as seguintes categorias: (1) Nunca me sinto capaz, (2) Raramente me sinto capaz, (3) Às vezes me sinto capaz, (4) Muitas vezes me sinto capaz e (5) Sempre me sinto capaz. Salienta-se que cada gestante ou cuidador que a responder pode escolher somente uma das opções supracitadas.

No que se refere à pontuação total de cada respondente, este é definido por meio da soma dos escores obtidos em cada item da escala, sendo que quanto maior a frequência de concordância maior será o escore obtido ao final do instrumento. Ressalta-se que a escala também possui pontos de corte (elevado, moderado e baixo) relacionados ao somatório total dos pontos, porém, estes serão melhor descritos na etapa de normatização, assim como recomenda Pasquali (2003).

3.2.6 Análise Teórica dos Itens

Depois da operacionalização do construto por meio dos itens, faz-se necessário analisar a opinião de outros indivíduos acerca deles com a finalidade de assegurar a sua validade. Essa análise é feita por juízes subdivididos em dois grupos distintos, os de análise de conteúdo que avaliam a pertinência dos itens para o construto que representam (análise de juízes propriamente dita) e os que fazem a análise semântica, os quais avaliam os itens quanto sua compreensão (análise de juízes e público-alvo). Essa avaliação deve ser feita antes da determinação da versão final do instrumento piloto (PASQUALI, 2016).

3.2.6.1 Análise de Validade de Conteúdo dos Itens

Essa análise também é conhecida por análise de juízes, porém, segundo Pasquali (2016), ela deve ser chamada de análise de construto, uma vez que busca avaliar a adequação da representação comportamental do(s) traço(s) latente(s), ou seja, verifica se os itens relacionam-se ao fenômeno em estudo.

A análise de validade de conteúdo dos itens deve ser realizada por juízes ou experts, isto é, por indivíduos que possuem habilidade ou prática especial em alguma área, àqueles que têm conhecimento confiável e capacidade de julgar e decidir corretamente acerca do assunto. Os juízes devem ser peritos na área do construto estudado, pois eles serão responsáveis por determinar se os itens elaborados se referem ou não ao traço latente (BORGES et al., 2013).

Vale ressaltar que ainda não há um consenso acerca do número de juízes para a realização desta etapa, uma vez que autores como Rubio et al. (2003) aconselham utilizar de seis a vinte juízes, enquanto que para Pasquali (1998) o número de seis juízes é o suficiente. Já Lynn (1986) recomenda um número que varia de três a dez juízes, ao passo que, Fehring (1986) orienta que sejam utilizados de 25 a 50 especialistas.

Entretanto, neste estudo, foi utilizada para a definição amostral de juízes, a fórmula que leva em consideração a proporção final de sujeitos em relação à determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção: $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, quando Z_{α} equivale ao nível de confiança (95%), P significa a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência dos itens da escala (85%), e d corresponde a diferença de proporção considerada aceitável (15%) (ARANGO, 2009). Assim, o cálculo final foi definido por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$, totalizando uma amostra de 22 juízes.

Como critérios de seleção dos juízes foram adotadas as seguintes exigências: serem profissionais da saúde que possuam vasto domínio sobre o conteúdo do construto (saúde da criança, cuidado com o neonato, saúde da família/coletiva) e/ou sobre a elaboração de instrumentos de pesquisa.

Para tanto, utilizaram-se os critérios de Jasper (1994), já que esta autora refere os requisitos necessários para que um profissional seja considerado um especialista em uma determinada temática. Segundo Jasper (1994), o indivíduo deve obedecer a cinco critérios, a saber: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste

específico para identificar juízes; e, possuir classificação alta atribuída por uma autoridade. Enfatiza-se que o uso desses critérios também foi referido por Sabino (2016), Benevides et al. (2016), Gomes (2016) e Mota (2014).

Neste estudo, foi considerado um perito na área temática o profissional que conseguiu atender a, no mínimo, dois critérios referidos por Jasper (1994). Além disso, foram elaboradas características específicas para cada um dos critérios estabelecidos pelo autor, de forma que cada indivíduo deveria atender a, pelo menos, uma das características referentes ao critério em que se enquadrasse.

O conjunto de critérios para a definição dos juízes de conteúdo, conforme recomenda Jasper (1994), bem como as características referentes a cada um deles, elaboradas para identificar os peritos em saúde neonatal, saúde da criança, cuidado com o neonato, saúde da família/coletiva e/ou elaboração de instrumentos de pesquisa estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Conjunto de requisitos para definição dos juízes de conteúdo sugerido por Jasper (1994) e suas respectivas características para a identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência da escala. Redenção, 2020.

Requisito	Características
Possuir habilidade(s)/ conhecimento(s) adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência docente na área de interesse*; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança; - Participar de Grupo de Pesquisa na área de interesse há, pelo menos, dois anos.
Possuir habilidade/ conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; - Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*; - Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*;

	<ul style="list-style-type: none"> - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*; - Ter participado de mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*; - Ter participado de banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*; - Ser autor de resumo(s) científico(s) com temáticas relativas à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; - Ter autoria em artigo(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em periódico(s) classificados pela CAPES; - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*; - Ter experiência como avaliador de escalas.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	<ul style="list-style-type: none"> - Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; - Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: saúde neonatal, saúde da criança, cuidado com o neonato, saúde da família/coletiva e/ou elaboração de instrumentos de pesquisa.

A amostra de juízes de conteúdo foi determinada por meio da amostragem não probabilística, do tipo bola de neve ou amostragem em rede. Essa estratégia é utilizada quando a amostra de um estudo é difícil ou impossível de ser estabelecida de outras formas. A amostragem em bola de neve é realizada da seguinte maneira: inicialmente é feita uma busca

em documentos e/ou se utiliza informantes-chaves, intitulados como “sementes”, com a finalidade de localizar pessoas com o perfil necessário para o estudo, em uma população geral. Assim, as “sementes” auxiliam o pesquisador a formar o grupo a ser pesquisado indicando novos sujeitos que se enquadrem nos critérios de elegibilidade estabelecidos. Posteriormente, é solicitado às pessoas que foram indicadas pelas “sementes” que indiquem novos contatos com as características solicitadas no estudo, e assim sucessivamente até que a amostra chegue ao tamanho almejado pelo pesquisador (VINUTO, 2014).

Para identificação dos juízes (sementes) foi feita, primeiramente, uma consulta no *Curriculum Lattes* para identificar estudiosos na área de interesse deste estudo, por meio da ferramenta da própria plataforma, “busca avançada por assunto”. Assim, foi selecionada opção “qualquer uma dessas palavras” e descrito nos campos de busca os termos: saúde da criança, saúde neonatal, saúde da família, saúde coletiva, instrumentos de pesquisa e tecnologias em saúde. Além disso, também foram selecionadas as opções “formação acadêmica/titulação” e “atuação profissional”, sendo considerados somente aqueles profissionais que tivessem, pelo menos, graduação como menor titulação e que atuassem na grande área de ciências da saúde.

Mediante essa estratégia de busca foram identificados 188.955 pesquisadores de nacionalidade brasileira que atuavam nos temas de interesse deste estudo. Assim, utilizou-se a amostragem sistemática para selecionar 153 sementes. Optou-se por esse valor, vista a ausência de respostas ou a recusa em participar da pesquisa pelos profissionais. Logo, dividiu-se a população (N=188.955) pelo número de sementes pretendidas (n= 153), resultando no valor de 1.235. Posteriormente, sorteou-se um número neste intervalo que determinou o primeiro sujeito e o intervalo que seria seguido sistematicamente até se obter as 153 sementes. O número 47 foi sorteado por meio do programa *Microsoft Excel* 2013.

Foram contactados, inicialmente, 175 pesquisadores, dos quais 153 foram identificados por meio da amostragem probabilística do tipo sistemática e 22 mediante amostragem de bola de neve. Desses, 50 responderam que tinham interesse em contribuir com a pesquisa, todavia, somente 26 reenviaram os instrumentos preenchidos no prazo estipulado pelo estudo. Ressalta-se que os primeiros contatos com os pesquisadores foram realizados em fevereiro de 2019 e, apenas, em maio do mesmo ano a mostra mínima de juízes foi alcançada.

Ressalta-se que nos casos em que o pesquisador selecionado não se adequasse aos critérios de elegibilidade desta etapa, outro profissional, respeitando o intervalo de 47 indivíduos, deveria ser escolhido. Já aos juízes que se adequaram aos critérios de elegibilidade aqui estabelecidos foi enviada uma Carta-Convite (APÊNDICE A), via e-mail, correio postal

ou pessoalmente, explicando os objetivos da pesquisa, referindo a importância de sua participação para o desenvolvimento da ciência e convidando-os a participarem da mesma. Após concordarem em participar, foram disponibilizadas duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), a fim de que os mesmos confirmassem sua participação formalmente; um questionário de caracterização pessoal quanto à identificação, qualificação e trajetória profissional (ANEXO A), elaborado por Joventino (2010); uma sinopse sobre a Teoria da Autoeficácia de Bandura (ANEXO B), adaptada de Sabino (2016); e, o instrumento de análise de conteúdo da primeira versão da escala (APÊNDICE C).

A validade relacionada ao conteúdo foi baseada em julgamentos pessoais e opinativos de especialistas, sendo adotado o consenso dos juizes sobre a representatividade do conjunto de itens do instrumento e o tipo de construção utilizado para medir o conceito em questão, como critérios que garantiriam a conformidade dos itens do instrumento (CUBAS; NÓBREGA, 2015; GUTIERREZ, 2000).

Assim, a validação de conteúdo foi destinada a investigação de quatro critérios, conforme recomenda Pasquali (2010), a saber:

- Clareza de linguagem: avalia a linguagem usada nos itens, considerando as características da população-alvo, de maneira que esta seja clara, compreensível e adequada para população respondente;
- Pertinência prática: avalia se cada item analisa o conceito de interesse (construto) em uma determinada população e se tem importância para o instrumento;
- Relevância teórica: avalia o grau de associação entre o item e a teoria, de maneira que o instrumento em si realmente se relacione com o construto;
- Dimensão teórica: avalia a adequação de cada item com a teoria estudada.

Ressalta-se que estes critérios refinam o instrumento, uma vez que permitem uma maior compreensão e clareza dos termos usados nos itens, bem como possibilitam a identificação de pontos fortes e fracos e as modificações necessárias com base nas dimensões teóricas do construto (GOMES, 2015).

Para tanto, foi usado o instrumento de análise de conteúdo da primeira versão da escala, adaptado de Morales (2014), o qual era composto por cada item da escala e por questões que avaliavam se esses são claros e compreensíveis, se apresentavam pertinência prática e relevância teórica. As opções de resposta para cada questionamento variavam de 1 a 5 pontos, as quais significavam, respectivamente, inadequado, pouquíssimo adequado, pouco adequado, adequado e muito adequado. Assim, se o juiz julgasse o item confuso para a população-alvo e,

portanto, incompreensível marcaria um “X” no campo referente ao número 1 (um). Além disso, o instrumento também perguntava acerca do domínio/fator ao qual os itens estavam associados (dimensão teórica) e possuía um espaço destinado a possíveis alterações e sugestões por parte dos juízes (APÊNDICE C).

Enfatiza-se que, embora, alguns itens pudessem referir-se simultaneamente a mais de um fator, para facilitar a análise, foi orientado aos juízes que o ideal seria, se possível, que eles enquadrassem cada item sob um fator somente.

Com o objetivo de evitar equívocos no momento do preenchimento do instrumento, os juízes receberam um documento redigido pela autora desta dissertação contendo instruções acerca de como deveria ser realizada esta tarefa (APÊNDICE D).

Salienta-se que foi disponibilizado aos juízes um período de 10 dias para realização da avaliação da escala. Nos casos em que não foi respeitado o prazo inicial, a pesquisadora realizou um novo contato com o juiz prorrogando o prazo por mais 20 dias, sendo que foram excluídos os sujeitos que não cumpriram o segundo prazo estabelecido.

Os instrumentos com a avaliação dos especialistas foram examinados e transportados para o programa *Microsoft Excel* 2013, a fim de facilitar o cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). O CVC consiste em um índice que identifica o grau em que o instrumento é válido em relação ao conteúdo, sendo que ele possibilita o cálculo da validade de conteúdo para cada item individualmente por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo para Cada item do instrumento (CVC_i) e para a escala em geral por meio do Coeficiente de Validade de Conteúdo para o instrumento no todo (CVC_t).

Com base nas notas dadas pelos especialistas (1 a 5 na escala de Likert) foram realizados os seguintes cálculos, conforme orienta Hernández-Nieto (2002):

- A média das notas de cada item (**M_x**), a qual é obtida por meio da soma das notas dos juízes para cada item ($\sum_{i=1}^j$) dividida pelo número de juízes que avaliaram o item (**J**), conforme mostra a seguinte fórmula: $M_x = \frac{\sum_{i=1}^j x_i}{J}$;
- O Coeficiente de Validade de Conteúdo Inicial para cada item (**CVC_i**), que pode ser calculado dividindo-se a média das notas de cada item (**M_x**) pelo valor máximo que cada questão (**V_{max}**) poderá receber, conforme mostra a seguinte fórmula $CVC_i = \frac{M_x}{V_{max}}$;
- É recomendado o cálculo do erro (**Pe_i**) para descartar possíveis vieses dos juízes avaliadores para cada item, o qual é obtido dividindo-se um (1) pelo número de juízes,

elevado pelo mesmo número de avaliadores, conforme mostra a seguinte fórmula: $P_{ei} = \left(\frac{1}{J}\right)^J$;

- O Coeficiente de Validade de Conteúdo Final para cada item (**CVC_c**), que pode ser encontrado por meio da subtração do **CVC_i** pelo **P_{ei}**, conforme mostra a seguinte fórmula: **CVC_c = CVC_i - P_{ei}**;
- O Coeficiente de Validade de Conteúdo Total (**CVC_T**) do questionário para cada critério (clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica), o qual será obtido por meio da subtração da média do **CVC_i** (**MCVC_i**) pela média do **P_{ei}** (**MP_{ei}**), conforme mostra a fórmula: **CVC_T = MCVC_i - MP_{ei}**.

Somente foram considerados aceitáveis os itens que alcançaram um **CVC_c** maior que 0,8 (HERNÁNDEZ-NIETO, 2002), logo, os itens que não atingiram esse valor foram retirados da escala.

Vale salientar que para resguardar e manter o sigilo da identificação dos juízes, cada um deles foi codificado com o número correspondente a ordem de entrega dos instrumentos de coleta respondidos à pesquisadora. Além disso, ressalta-se que todas as sugestões dos juízes foram levadas em consideração, resultando na modificação de alguns itens do instrumento. Dessa maneira, originou-se a segunda versão da escala, com 33 itens.

3.2.6.2 *Análise Semântica dos Itens*

A análise semântica visa investigar se os itens que compõem o instrumento são, de fato, compreensíveis para todos os estratos da população à qual o instrumento é destinado. Dessa forma, faz-se premente verificar se o mesmo é inteligível para indivíduos com menores habilidades e se não é deslegante para os de maiores habilidades, conduta que garante a chamada validade aparente ou *face validity* (PASQUALI, 1999; 2016).

Assim, neste estudo foram considerados indivíduos pertencentes ao estrato mais baixo àqueles que apresentavam renda inferior à um salário mínimo, possuíam escolaridade menor que nove anos, menos de 25 anos, enquanto que os demais que não se enquadrassem nesses critérios constituiriam o estrato mais sofisticado da população-alvo.

Existem algumas maneiras de realizar a análise semântica, dentre elas: aplicar o instrumento desenvolvido a uma amostra de aproximadamente 30 sujeitos da população-alvo e, posteriormente, discutir com eles as dúvidas que surgirem acerca dos itens; outra forma

consiste na checagem da compreensão dos itens mediante aplicação em pequenos grupos de 3 ou 4 pessoas (PASQUALI, 1999; 2016).

Essa técnica que analisa a inteligibilidade dos itens que compõem o instrumento de medida é conhecida como *brainstorming* e foi realizada neste estudo após a análise de conteúdo descrita na etapa anterior.

Participaram da análise semântica dos itens 30 indivíduos dentre eles, gestantes ou cuidadores de crianças com idade de zero a 28 dias incompletos que fossem atendidos e/ou acompanhados nos Centros de Saúde de Redenção-CE e Acarape-CE; no Posto de Saúde de Boa Fé, Redenção-CE; no Hospital e Maternidade Paulo Sarasate localizado no município de Redenção-CE; e, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand situada em Fortaleza-CE. Ressalta-se que os participantes da etapa de *brainstorming* foram selecionados por conveniência e eram pertencentes dos estratos mais baixo e mais alto, conforme recomenda Pasquali (1999).

A identificação do estrato mais baixo e mais elevado da população-alvo foi feita juntamente com o (a) enfermeiro (a) no ambiente hospitalar e com enfermeiro (a) e agentes comunitários de saúde (ACS) nas UAPS. Para tanto, foi solicitada a autorização prévia do (a) Secretário (a) de Saúde ou Coordenador (a) da Atenção Básica de cada município (Acarape-CE e Redenção-CE) e dos diretores responsáveis pelas maternidades.

Assim, cada item foi reproduzido com as palavras dos cuidadores e quando a reprodução não era consensual ou não correspondia à mensagem que a pesquisadora pretendia repassar, o item foi reformulado. Para tanto, a pesquisadora expôs o que buscava dizer no referido item e a própria população a ajudou a reformulá-lo por meio de sugestões de palavras ou expressões que facilitassem a sua compreensão. Esse procedimento foi feito individualmente e o item que ao final da entrevista com os 30 participantes seguisse não inteligível, deveria ser descartado (PASQUALI, 1998).

A coleta foi realizada nas próprias unidades selecionadas para o estudo entre agosto e setembro de 2019. Para isso, foi solicitado que as gestantes ou os cuidadores que aceitassem participar da pesquisa assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) emitido em duas vias, sendo que uma ficou com o participante e a outra via com a pesquisadora (APÊNDICE E).

Enfatiza-se que nos casos em que a gestante ou o cuidador eram menores de idade eles foram convidados a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE F) e também foi solicitada a autorização de seus responsáveis (APÊNDICE E).

Feito isso, foi aplicada a versão da escala validada pelos juízes de conteúdo na etapa anterior (33 itens) e um formulário que abordava dados socioeconômico, demográficos, bem como informações sobre conhecimento e cuidados com o neonato, o qual também passou pela validade aparente a fim de garantir sua inteligibilidade e clareza do conteúdo (APÊNDICE G).

Ao final desta etapa de análise semântica foram realizadas modificações na escala mediante sugestão dos participantes.

Ademais, inicialmente, pensou-se que no caso de exclusão ou sugestão de inclusão de algum item na escala seria feita uma segunda fase com os juízes, de modo a se obter uma nova adequação dos itens. Essa etapa também foi referida nos estudos de Barroso (2008) e Joventino (2010). Porém, nenhuma das situações ocorreu neste estudo, sendo, portanto, feita apenas uma rodada com juízes de conteúdo.

3.2.7 Pré-Teste

Após as etapas anteriormente descritas e dispondo-se da terceira versão da escala, foi realizado o teste piloto (pré-teste). O pré-teste consiste em uma estratégia que permite avaliar se o instrumento foi elaborado de forma clara, imparcial e se ele é realmente adequado para o fornecimento das informações desejadas (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Para tanto, é necessário que o pesquisador submeta o instrumento-piloto a um grupo de pessoas que possuam características sociodemográficas similares às dos sujeitos-alvo que serão analisados na investigação maior (polo empírico). Essa fase permite determinar a qualidade do instrumento como um todo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Além disso, também foi verificado se os cuidadores conseguiam entender o instrumento, sendo também ainda avaliado o sistema de atribuição dos escores, o formato e o tempo de aplicação do mesmo.

Ressalta-se que a amostra para essa etapa foi de 30 participantes seguindo o que recomenda Beaton et al. (2002), o qual refere que no pré-teste devem estar envolvidos de 25 a 30 sujeitos. Assim, a terceira versão da escala foi aplicada para uma amostra composta por gestantes ou cuidadores de crianças com idade de zero a 28 dias incompletos que eram atendidos e/ou acompanhados nos centros de saúde de Redenção-CE e Acarape-CE e na Unidade de Atenção Primária à Saúde de Boa Fé, no Hospital e Maternidade Paulo Sarasate e na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Utilizou-se como critério de exclusão, ter participado da etapa de análise semântica deste estudo, visto que tal fato poderia influenciar no grau de compreensão dos indivíduos acerca dos itens da escala.

Os cuidadores foram escolhidos por conveniência, por meio dos registros contidos nos prontuários das instituições supracitadas. Enfatiza-se que o pré-teste foi realizado entre os meses de setembro e outubro de 2019 com o estrato mais baixo da população-alvo (indivíduos que possuem menos habilidades), conforme recomenda Pasquali (1998).

Com o objetivo de seguir todas as normas éticas em pesquisas vigentes, os sujeitos que aceitaram participar do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), que assim como na etapa anterior, foi emitido em duas vias. Entretanto, nos casos em que o cuidador era menor de idade ele foi convidado a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE F) e também foi solicitada a autorização de seu responsável (APÊNDICE E). Ressalta-se que os TALE (APÊNDICE F) e o TCLE (APÊNDICE E) foram emitidos em duas vias. Após a assinatura, os participantes responderam a um formulário de coleta de dados (APÊNDICE G) e a terceira versão da escala originada da etapa anterior.

No decorrer do pré-teste foram observadas as dificuldades, as sugestões dos participantes foram avaliadas e as alterações consideradas pertinentes foram realizadas nos itens da escala. A descrição de cada sugestão está apresentada nos resultados desta dissertação.

Por fim, para garantir a inteligibilidade dos itens da escala foi realizada a revisão dos mesmos (quarta versão) por um professor da língua portuguesa, o qual se responsabilizou por reformular afirmações ambíguas, cujo conteúdo não estivesse sendo transmitido de maneira clara; corrigir possíveis erros ortográficos ou de sintaxe. Para tanto, este profissional também recebeu a Carta-Convite (APÊNDICE H), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I) e quarta versão da escala, sendo que esta continha um espaço para que o revisor redigisse suas alterações e sugestões (APÊNDICE J).

Feitas as modificações pertinentes, obteve-se a quinta versão da escala (instrumento-piloto) contendo 33 itens, a qual foi aplicada na fase empírica do estudo.

3.3 Procedimentos empíricos (experimentais) – Fase 2

Nessa fase foram desenvolvidas as etapas de planejamento e aplicação do instrumento-piloto a uma parcela representativa da população-alvo, as quais consistem no sétimo e oitavo passos da construção de instrumentos de medida. Também foi nesse polo em que foram obtidas estimativas de confiabilidade e validade, bem como foram decididos o local do estudo, população e amostra (BARROSO, 2008).

Assim, o polo empírico inclui os seguintes passos: 7. Planejamento da aplicação e 8. Aplicação do instrumento-piloto e coleta (PASQUALI, 1998).

3.3.1 Planejamento da Aplicação

Durante o planejamento da aplicação do instrumento-piloto foram definidos o local, a população e amostra do estudo, bem como foram estabelecidos o formato do instrumento e de sua forma de aplicação. A descrição destes, segue abaixo.

3.3.1.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada nas cidades de Redenção-CE, Acarape-CE e Fortaleza-CE. Assim, participaram da coleta os Centros de Saúde de Redenção-CE e Acarape-CE; o Posto de Saúde de Boa Fé que se situa em Redenção-CE; o Hospital e Maternidade Paulo Sarasate localizado no município de Redenção-CE; e, a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) situada em Fortaleza-CE.

Ressalta-se que a pesquisa somente foi realizada após a anuência dos Secretários de Saúde ou dos Coordenadores da Atenção Básica de Redenção-CE e Acarape-CE, dos diretores(as) dos hospitais e maternidades e do Comitê de Ética da MEAC.

A seleção dos locais para o desenvolvimento do estudo foi feita por dois motivos, o primeiro deles diz respeito ao fato de a pesquisadora desejar realizar parte do estudo na região onde a UNILAB está localizada, fato que corrobora com a diretriz da instituição, uma vez que essa universidade possui o objetivo de desenvolver seus projetos na região onde está inserida a fim de buscar contribuir para o seu desenvolvimento (UNILAB, 2010).

Além disso, a mortalidade neonatal também é um problema local, pois no período de 2013 a 2016 aconteceram 4.598 óbitos neonatais no Ceará, sendo que 111 deles ocorreram

no Maciço de Baturité, representando 2,41% das mortes do estado. Ao ser realizada uma avaliação das 13 cidades que compõem o Maciço de Baturité, as quais apresentam o maior número de mortes de recém-nascidos, Acarape e Redenção se destacam por ocuparem a quarta posição neste *ranking* (n=16; 14,4%), ficando atrás somente de Baturité (n=16; 14,4%); Aracoiaba (n= 14; 12,6%) e Ocara (n= 12; 10,8%) (BRASIL, 2017a).

A escolha das instituições que se localizam em Acarape-CE e Redenção-CE foi feita por conveniência para a pesquisadora, uma vez que elas apresentam maior facilidade de acesso. Além disso, a maternidade selecionada é uma instituição de referência da região na área de saúde materno-infantil e obstetrícia.

Porém, também se optou por realizar o estudo em Fortaleza-CE, uma vez que esta é a cidade em que ocorre o maior número de óbitos neonatais do estado do Ceará. No período de 2013 a 2016 aconteceram em Fortaleza-CE 1.231 mortes de crianças com idade inferior a 28 dias, representando 27,8% das mortes neonatais que ocorreram no estado (BRASIL, 2017a). Assim, foi selecionada, por conveniência para a pesquisadora, uma maternidade de referência na cidade para a realização da coleta de dados.

3.3.1.2 População e amostra

A definição da amostra consiste em um tópico essencial na construção de instrumentos de medida, uma vez que cada instrumento é elaborado para um determinado tipo de população. Nessa ótica, a população deve ser claramente definida e delimitada de acordo com suas especificidades, visto que dela sairá a amostra de indivíduos usada para a testagem da qualidade psicométrica do instrumento de medida construído (PASQUALI, 1999).

Nesta fase, a população do estudo foi composta por gestantes ou cuidadores de crianças em período neonatal, residentes de Redenção-CE, Acarape-CE ou de Fortaleza-CE. Foi utilizado como critério de inclusão: ser gestante ou o principal cuidador de criança com faixa etária entre zero e 28 dias incompletos, as quais fossem acompanhadas em uma das unidades de saúde dos municípios de Redenção-CE e Acarape-CE ou fossem atendidas no Hospital e Maternidade Paulo Sarasate ou na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Como critério de exclusão, adotou-se: gestantes ou cuidadores que possuíssem algum problema de saúde que os impossibilitem de compreender a escala desenvolvida. Foram utilizados como critérios de descontinuidade do estudo: desistência da gestante ou cuidador ou responsável legal (no caso de cuidadores menores de idade) em participar da pesquisa.

Ressalta-se que em virtude do aumento do número de gravidez na adolescência (SANTOS et al., 2014), não foi utilizado, neste estudo, a idade como critério de seleção. Dessa maneira, nos casos de cuidadores menores de idade, além da assinatura Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) pela menor, foi solicitado o consentimento das mães ou responsáveis que estivessem acompanhando as adolescentes (APÊNDICE E).

O cálculo da amostra foi realizado mediante o número de itens constituintes da escala. Pasquali (1999) recomenda que sejam utilizadas amostras relativamente grandes, devendo conter para cada fator/domínio mensurado cerca de 100 indivíduos.

Todavia, como não era possível determinar exatamente o número de fatores/domínios componentes da escala antes da coleta com uma amostra representativa da população, optou-se por seguir o que orientam Tabachnick e Fidell (2001) e, portanto, calculou-se a amostra considerando cinco sujeitos por cada item. Como a Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo construída ao decorrer do polo empírico possuía 33 itens, a amostra deste estudo deveria ser de, pelo menos, 165 indivíduos. Sendo assim, adicionando-se uma margem de erro de aproximadamente 16%, a amostra final do estudo ficou em 196 participantes.

Por fim, salienta-se que o processo de amostragem se deu por conveniência e que os sujeitos da pesquisa foram abordados antes ou após o atendimento realizado pelos profissionais das UAPS que participaram do estudo. Já nas maternidades, a entrevista era realizada leito a leito e quando a participante era a puérpera a coleta foi feita, pelo menos, 12 horas após o parto.

3.3.1.3 Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: o formulário de coleta (APÊNDICE G), que abordou dados socioeconômicos, demográficos, conhecimento e cuidados prestados ao neonato, os quais auxiliaram a pesquisadora na verificação das hipóteses do estudo. Ressalta-se que esse formulário foi avaliado por duas doutoras e uma mestre em enfermagem atuantes na área de saúde da criança e foi pré-testado pela pesquisadora na etapa de *Brainstorming*. Além disso, também foi aplicada a quinta versão da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (APÊNDICE K) composta por 33 itens.

3.3.2 Aplicação do Instrumento-piloto e Coleta Propriamente dita

Nesta etapa é feita a operacionalização da coleta de dados e a partir dela é originado o banco de dados que servirá como base para a realização das etapas subsequentes (PASQUALI, 1999).

3.3.2.1 Procedimentos da Coleta de Dados

A coleta de dados nessa fase foi feita por meio de entrevistas individuais. As entrevistas consistem em um método no qual o entrevistador faz perguntas a um respondente face a face, por telefone ou via internet (POLIT; BECK, 2019).

Neste estudo, optou-se pela realização de entrevistas face a face, visto que elas tendem a ter mais altas taxas de respostas quando comparadas as demais estratégias (via telefone ou internet), pois os participantes ficam menos propensos a se recusarem a responder ao pesquisador do que, simplesmente, ignorar o recebimento de um instrumento (POLIT; BECK, 2019).

Além disso, alguns respondentes podem apresentar maior dificuldade de preencher ou entender o instrumento. Assim, as entrevistas tornam-se um método mais viável para grande parte dos indivíduos (POLIT; BECK, 2019).

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de coleta. Com o objetivo de uniformizar a condução da entrevista, bem como a aplicação dos instrumentos da pesquisa, a equipe foi treinada previamente ao início da coleta.

A equipe de coleta foi composta pela pesquisadora deste estudo, uma bolsista de mestrado e três bolsistas de iniciação científica. Todos os membros da equipe faziam parte do Grupo de Pesquisa Processo de Cuidar em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente e tinham experiência em coleta de dados.

A bolsista de mestrado selecionada cursava o segundo semestre do Mestrado Acadêmico em Enfermagem (MAENF) da UNILAB, enquanto que os bolsistas de graduação cursavam o sétimo, oitavo e nono semestre do curso de Bacharelado em Enfermagem da UNILAB e eram vinculados ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) ou do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O treinamento foi realizado pela própria pesquisadora na última quinzena do mês de outubro de 2019, sendo ministrado no decorrer de 4 encontros. A equipe foi informada acerca do objetivo do estudo, bem como suas fases, forma de abordagem do público-alvo, condução da entrevista, preenchimento dos instrumentos (formulário de coleta e Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo) por via informatizada e aplicação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Assentimento Livre e Esclarecido.

Além disso, com o intuito de reduzir possíveis vieses de coleta (ex. induzir a resposta do participante) a equipe participou de entrevistas simuladas a fim de uniformizar e aperfeiçoar a técnica da entrevista. Nos encontros foram realizadas entrevistas simuladas entre os alunos, com a finalidade de padronizar e aprimorar a técnica da entrevista, no sentido de não induzir as respostas e prevenir possíveis falhas.

As gestantes ou cuidadores que obedeceram aos critérios de seleção do estudo foram convidados a participarem da pesquisa e os sujeitos que aceitaram o convite foram orientados a assinarem, antes da coleta de dados, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E) expedido em duas vias, sendo que uma via ficou com o cuidador e a outra com a pesquisadora. Porém, nos casos de cuidadores menores de idade, além da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) pela menor, foi solicitado o consentimento das mães ou responsáveis que estavam acompanhando as adolescentes (APÊNDICE E).

Além do aceite formal, via assinatura dos termos supracitados, os participantes do estudo responderam ao formulário de coleta (APÊNDICE G) e a quinta versão da escala (instrumento-piloto).

As entrevistas realizadas nas UAPS foram feitas em sala reservada, com cadeiras confortáveis de forma a proporcionar um ambiente adequado para o preenchimento dos instrumentos. Já as entrevistas realizadas nas maternidades foram feitas leito a leito. Ressalta-se que quando a coleta era feita com puérperas eram respeitadas, pelo menos, 12 horas de pós-parto.

Ademais, nesta ocasião também foi feita a coleta de dados para a realização da validade simultânea. Para tanto, foi selecionada da amostra mínima do polo empírico (n= 165) um número menor de participantes (n= 40) mediante amostragem sistemática, a qual permite que uma amostra essencialmente randômica seja formada. Esse quantitativo de indivíduos também foi usado por Joventino (2010) durante o processo de validação de critério de sua escala.

Assim, para a determinação dos indivíduos que participariam da etapa de validade simultânea, dividiu-se o número total das pessoas que participariam da coleta no polo empírico (n= 165) pelo tamanho da amostra desejada para essa validação (n= 40), obtendo-se o valor de 4,1. Logo, considerou-se o valor 4 como ponte de corte da seleção. Dessa maneira, a cada 3 entrevistados o quarto participou desta etapa.

Com esses indivíduos, além da aplicação do formulário de coleta e da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo, também foi aplicada a versão brasileira da *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS), a qual foi traduzida e validada quanto ao conteúdo para a população brasileira por Moura (2015) e passou a ser denominada Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança.

Essa escala originalmente era composta por 43 itens que abordavam os domínios de promoção do desenvolvimento, cuidados gerais de saúde, segurança e dieta. Todavia, em 2019 ela passou pelo processo de validação de construto, o que resultou em uma escala contendo 20 itens. Essa versão atualizada, validada por OLIVEIRA (2019, no prelo), foi utilizada neste estudo mediante autorização das autoras (ANEXO C).

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2019 a dezembro de 2019. Estima-se que cada entrevista durou, em média, 15 minutos.

3.3.2.2 Organização e Apresentação dos Dados

Os instrumentos de coleta utilizados neste estudo foram disponibilizados de forma eletrônica no *Google Forms*, ferramenta gratuita e *on-line* do *Google*. Essa estratégia foi utilizada a fim de otimizar o período de tabulação dos dados, visto que esse aplicativo exporta uma planilha compatível com o *Microsoft Excel* contendo todas as respostas coletadas. Além disso, essa conduta suspende a necessidade de dupla digitação dos dados, uma vez que as respostas são exportadas exatamente como foram coletadas.

As informações presentes no *Microsoft Excel*, por sua vez, foram exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 20.0), no qual foram realizadas as análises descritivas e inferenciais.

Os dados são apresentados por meio de tabelas e gráficos. A análise exploratória dos dados contou com estatística descritiva, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão e a apreciação dos mesmos se deu de acordo com a literatura pertinente ao tema. Foi solicitado o apoio de um profissional estatístico para esta fase de análise dos dados. Os testes

estatísticos foram selecionados conforme a necessidade da análise dos dados, com o intuito de alcançar os objetivos propostos, bem como para o esclarecimento das hipóteses do estudo.

Salienta-se que a aplicação da escala aqui desenvolvida contribuirá para o conhecimento das atitudes que os cuidadores se julgam capazes de realizar no cuidado de neonatos a termo. Dessa maneira, pode-se intervir para incentivar um cuidado preventivo eficaz, buscando-se reduzir a morbimortalidade infantil, nessa fase da vida.

3.4 Procedimentos analíticos – Fase 3

O polo analítico visa estimar a validade e confiabilidade do instrumento produzido e, se pertinente, estabelece sua normatização. A validade, geralmente, busca verificar se um instrumento de medição é capaz de mensurar exatamente o que deve medir. Enquanto que a confiabilidade de um instrumento consiste em uma avaliação que visa constatar se um instrumento produz os mesmos resultados em medidas repetidas (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Para execução desse polo foram realizados os quatro últimos passos propostos por Pasquali (1998): 9. Dimensionalidade (mensura a validade de cada item em relação à proposta); 10. Validade do instrumento de mensuração (conteúdo, critério e construto); 11. Confiabilidade do instrumento (demonstra a precisão da escala por meio da estabilidade, equivalência e homogeneidade); e, por fim, 12. Normatização (uniformidade no uso do teste e na interpretação dos resultados obtidos).

3.4.1 Dimensionalidade do instrumento

Ao chegar nesta etapa o pesquisador ainda não sabe o número de fatores que são medidos pelo instrumento elaborado, ou seja, ainda não sabe se o instrumento é ou não unidimensional (PASQUALI, 1999). Todavia, não seja possível afirmar com segurança o número de fatores existentes, por meio da operacionalização do construto identificaram-se, previamente, três domínios temáticos: cuidados primários, proteção e segurança e relacionamento interpessoal e afetivo.

Assim, para a constatação dessa dimensionalidade e comprovação da existência ou não de três fatores foi realizada análise fatorial exploratória, a qual é capaz de demonstrar tanto a validade do instrumento quanto a qualidade dos próprios itens (PASQUALI, 1999).

A análise fatorial determina a quantidade de fatores medidos pelos instrumentos de pesquisa, o que está sendo medido e os itens que constituem cada fator. Para tanto, esta técnica de análise produz uma carga fatorial (saturação dos componentes) para cada item no fator, a qual determina a covariância (parentesco) entre fator e item. Ressalta-se que quanto mais próximo 100% a covariância item-fator, melhor será o item por ser um excelente representante do fator (PASQUALI, 1999).

As saturações dos componentes podem variar de -1,00 a +1,00, sendo que uma saturação de 0,00 expressa ausência de relação entre o item e o fator. Segundo Pasquali (1999), para o item ser considerado representante útil do fator ele deve atingir uma saturação mínima de 0,30 (positivo ou negativo).

Existem dois tipos de análises fatoriais, a saber: exploratória e confirmatória. A primeira consiste em um conjunto de técnicas que tem o propósito de identificar uma estrutura subjacente dentro da matriz de dados e definir a quantidade e a natureza das variáveis latentes (fatores) que representam um conjunto de variáveis observadas (BROWN, 2006). Ou seja, por meio da correlação entre as variáveis do instrumento, a análise fatorial exploratória (AFE) agrupa as que possuem maior correlação no intuito de expressar o traço latente medido com um número menor de dimensões/fatores (ARTES, 1998; HAIR et al., 2010).

A análise fatorial confirmatória é caracterizada como sendo uma técnica de modelagem de equações estruturais e nela busca-se retratar a relação entre as variáveis observadas (itens) e latentes (latentes) de um modelo fatorado, ou seja, que já passou pela AFE (HAIR, 2010).

O uso de ambos os métodos difere, visto que a AFE é utilizada quando o pesquisador não possui nenhuma teoria que explique a maneira como as questões que compõem o instrumento avaliado devem ser agrupadas ou quando se pretende avaliar a estrutura interna do instrumento. Enquanto que a AFC confirma se as variáveis observadas estão realmente definindo os fatores do modelo (BROWN, 2006; LAROS, 2004).

Assim, a análise fatorial exploratória foi utilizada tanto com objetivo de identificar e juntar os itens relacionados às dimensões (domínios) da autoeficácia no cuidado ao neonato a termo na etapa de dimensionamento quanto como forma de validação de construto.

Porém, enfatiza-se que para obter a matriz fatorial foram testados primeiramente os pressupostos de fatoração. Dessa maneira, foram aplicados os critérios de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett, a fim de verificar se os dados poderiam ser submetidos à análise fatorial, necessidade referida por Pasquali (1999). Posteriormente, foi

aplicada a técnica de análise paralela para a identificação do número de fatores que compunham o instrumento. Para a execução desta análise utilizou-se o Programa *Factor*, versão 10.10.01.

3.4.2 Validade do instrumento de mensuração

A validade possui diferentes aspectos e consiste em um processo de elaboração de evidência (POLIT; BECK, 2019). Neste estudo a validade da escala construída foi realizada mediante três maneiras: validação de conteúdo descrita no tópico de “Análise teórica dos itens”, validação de critério e de construto que serão exploradas a seguir.

3.4.2.1 Validade de critério

A validade de critério consiste em uma das validades estatísticas mais importantes, uma vez que se refere à extensão na qual um instrumento apresenta uma correlação com um critério ou medida externa independente, a qual seja considerada válida na área de interesse (CUNHA; ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016). Assim, a verificação da validade de critério ocorre mediante comprovação de correlação entre o construto investigado e o seu critério externo.

Para tanto, existem dois tipos de validade de critério: a validade preditiva e a validade simultânea. A primeira consiste na correlação entre a medida do conceito e alguma medida futura do mesmo conceito. Já a segunda se refere ao grau de correlação entre duas medidas do mesmo conceito administradas ao mesmo tempo (PASQUALI, 2009; CUBAS; NÓBREGA, 2015).

No que se refere à validade relacionada ao critério foi realizada neste estudo a validade simultânea, a qual é considerada apropriada para a validação de testes que serão usados para determinar um status atual ou uma habilidade de um indivíduo em relação a uma determinada variável (URBINA, 2007).

Logo, para determinar se a Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo é válida quanto ao critério, foi utilizado outro teste disponível na literatura o qual tem validade e confiabilidades comprovadas e que aborda o mesmo traço latente (autoeficácia), conforme orienta Pasquali (2009).

Assim, para realizar essa etapa foi usada a versão brasileira da *Self-efficacy in Infant Care Scale* (SICS), Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança, a qual foi traduzida para a população brasileira e validada quanto ao conteúdo por Moura (2015) e validada quanto ao construto por Oliveira (2019, no prelo).

A aplicação da escala supracitada foi feita com 40 indivíduos durante a etapa de coleta de dados do polo empírico. Assim, nesta ocasião, foi realizada a aplicação do formulário de coleta (APÊNDICE G), Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo - instrumento piloto (APÊNDICE K) e a Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança.

A seleção desses cuidadores foi feita por meio de amostragem sistemática e para a determinação dos indivíduos que participariam desta etapa de validade, dividiu-se o número mínimo das pessoas que participariam da coleta no polo empírico ($n= 165$) pelo tamanho da amostra desejada para essa validação ($n= 40$), obtendo-se o valor de 4,1. Logo, considerou-se o valor 4 como ponto de corte da seleção. Dessa maneira, a cada 3 entrevistados o quarto participou desta etapa. Para tanto, os critérios de inclusão adotados foram: ser gestante ou principal cuidador de criança em período neonatal; e, estar sendo entrevistado(a) na etapa do polo empírico.

A fim de realizar a avaliação da validade de critério foi utilizado o teste estatístico de correlação (POLIT; BECK, 2011; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Para a escolha do teste foi feito o teste de normalidade Shapiro-Wilk, já que se tratou de uma amostra com menos de 50 indivíduos. A homogeneidade da amostra não foi confirmada, assim, optou-se por utilizar o coeficiente de correlação *Spearman* (VIEIRA, 2010).

3.4.2.2 *Validade de construto*

A validade de construto, normalmente, relaciona-se com uma perspectiva teórica do construto e reflete a habilidade de um instrumento em medir aquilo a que se propõe medir (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; POLIT; BECK, 2019). Assim, ela tem o objetivo de validar um corpo de teorias subjacentes e testa relações hipotéticas (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

Este tipo de validação foi realizado neste estudo por meio da testagem de hipóteses por comparação de grupos contrastados. A técnica de grupos contrastados ou conhecidos se caracteriza pelo uso de dois grupos que são considerados diferentes quanto a atributos-alvo que

são submetidos ao instrumento e, posteriormente, são comparados os escores alcançados por cada grupo (POLIT; BECK, 2019).

Assim, para a realização desta etapa, a amostra foi dividida em três grupos conforme o total de escores de autoeficácia (alto, moderado e baixo), os quais foram correlacionados com diferentes variáveis socioeconômicas (ex. anos de estudo do cuidador, renda familiar, idade) e foram testadas hipóteses sobre as diferenças esperadas.

A determinação dos intervalos de baixa e alta autoeficácia no cuidado ao neonato foi feita mediante cálculo de tercis com base nos escores obtidos na escala. Esse procedimento foi realizado logo após a realização da AFE, visto que ela foi essencial para estabelecer o número de itens que comporiam a versão final da escala construída.

Nesta ótica, o instrumento somente é considerado válido se o desempenho médio desses dois grupos diferir significativamente, fato que demonstra a sensibilidade da escala a diferenças individuais no traço medido, que neste estudo se trata da autoeficácia (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Logo, utilizou-se o conceito que subsidia a escala (autoeficácia) para desenvolver hipóteses relativas ao comportamento (cuidado ao neonato) dos indivíduos com diferentes escores da escala. Assim, por meio de grupos contrastados foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- As gestantes ou cuidadores com mais anos de estudos alcançarão maiores escores de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo;
- As gestantes ou cuidadores que possuírem mais idade obterão maiores escores de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo;
- As gestantes ou cuidadores sem experiência prévia de cuidado ao recém-nascido atingirão menores escores de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo;
- As gestantes ou cuidadores que residirem na capital (Fortaleza) obterão maiores escores de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo.

O quiquadrado de Pearson foi usado para verificar a diferença entre os grupos relacionados nas referidas hipóteses. Utilizou-se um nível de significância estabelecido em 5% e um intervalo de confiança de 95%, sendo considerado significativo um p -valor $< 0,05$.

3.4.3 Confiabilidade ou Fidedignidade do Instrumento

A confiabilidade ou fidedignidade de um teste se refere à característica que ele deve possuir em medir sem erros um determinado construto. Medir sem erro significa dizer que o mesmo teste ao ser aplicado aos mesmos sujeitos em situações diferentes ou em casos de testes equivalentes aplicados em uma mesma ocasião, os resultados deverão ser iguais, ou seja, a correlação deve ser 1 (um). Porém, o erro sempre está presente ao se medir algo. Então, a análise da confiabilidade ou precisão de um instrumento busca mostrar o quanto ele se afasta da correlação 1 (um). Logo, quanto mais próximo de 1, menos erro o teste comete ao ser utilizado (PASQUALI, 2009).

Assim, a confiabilidade se refere, em especial, à estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. A estabilidade de um teste é o grau em que resultados semelhantes são obtidos em duas ocasiões diferentes, ou seja, quando o instrumento é capaz de medir o conceito de forma coerente ao longo do tempo (POLIT; BECK, 2019).

Assim, a estabilidade visa analisar a susceptibilidade do instrumento a influências externa com o passar do tempo, tratando-se assim, da estimativa da consistência das repetições das medidas (POLIT; BECK, 2019; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Entretanto, é necessário que as variáveis subjacentes ao indivíduo permaneçam iguais (FIELD, 2009). Se a medida flutua em duas medições do mesmo indivíduo ocorreu erro na mensuração (MARTINS; TEOFILO, 2009).

A consistência interna determina se todas as subpartes de um instrumento de medida mensuram a mesma característica (STREINER, 2003). Ela é uma propriedade importante de ser mensurada em instrumentos que analisam um construto único por meio de diversos itens (TERWEE ET AL., 2007). Uma consistência interna baixa, significa dizer, que os itens medem construtos distintos ou que as respostas das perguntas abordadas no instrumento não possuem consistência (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

Já a equivalência se relaciona ao grau de concordância entre dois ou mais observadores independentes acerca dos escores de um determinado instrumento. Quando ocorre uma concordância elevada entre os observadores, infere-se que os erros de medição foram reduzidos (POLIT; BECK, 2019).

Assim, para testar a confiabilidade (fidedignidade) da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), optou-se por realizar a testagem de homogeneidade, mediante alfa de *Cronbach*.

3.4.3.1 Homogeneidade

A homogeneidade ou consistência interna verifica se os itens da escala se correlacionam ou são complementares entre si. Isso é passível de ser feito, porque pode-se somar as consistências internas de cada item e obter um escore total para o conceito (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; PASQUALI, 2003).

Em linhas gerais, a consistência interna vai avaliar se os itens que compõem cada domínio/fator realmente medem este construto ou outro diferente. Se os itens mensurarem outro construto o instrumento não apresenta consistência interna satisfatória (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A homogeneidade nesta pesquisa foi mensurada por meio do alfa de *Cronbach*, o qual é um dos testes mais comumente utilizados para este fim. Quanto maior o valor de alfa, maior a variância do conjunto de itens e menor a variância específica de cada item. Este valor varia de 0 a +1, sendo considerados aceitáveis valores entre 0,70 e 0,90. Quanto mais próximo de 1, mais alto o coeficiente de confiabilidade (PASQUALI, 1999).

Além disso, esse teste é usado em instrumentos que possuem escala *Likert* como padrão de resposta, quando são calculadas as correlações (p) dos escores de cada item com o escore total dos demais itens. Assim ele compara cada item do instrumento, concomitantemente, um com o outro. Já o valor de alfa consiste na média de todos os coeficientes de correlação (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001; MARTINS; TEOPHILO, 2009).

Salienta-se que também se utilizou nesta fase o cálculo de confiabilidade composta (CC), que é considerada um indicador primordial que pode se usado para avaliar a qualidade do modelo estrutural de um instrumento psicométrico. A interpretação dos resultados da CC é semelhante ao alfa, quanto mais próximo de 1 mais confiável é o instrumento (VALENTINI; DAMÁSIO, 2016).

O cálculo do alfa de *Cronbach* e da CC foram feitos com base nas respostas dos 196 participantes da coleta com a quinta versão da escala (instrumento-piloto), a qual foi feita no polo empírico. A análise foi realizada no Programa *Factor*, versão 10.10.01.

3.4.4 Normatização

A normatização consiste na última etapa de validação de um instrumento e a partir dela torna-se possível a interpretação dos resultados (PASQUALI, 1999), pois corresponde a padrões de como deve ser interpretado o escore que o sujeito recebeu em um determinado teste (PASQUALI, 2003), devendo assim ser realizada.

Essa etapa é importante, pois um escore bruto por si só é incompreensível, desta forma, faz-se necessária a sua contextualização para que possa ser interpretado. De fato, qualquer escore para adquirir sentido deve ser referido a algum padrão ou norma. Assim, torna-se possível a determinação da posição ocupada pelo indivíduo no traço medido pelo teste que produziu tal escore e a comparação dos escores obtidos pelo sujeito com os escores de qualquer outro indivíduo (PASQUALI, 1997, 2003).

Para tanto, o critério de referência ou a norma de interpretação é composto por três padrões, a saber: normas de desenvolvimento (nível de desenvolvimento do indivíduo humano), normas intragrupo (um grupo padrão constituído pela população típica para a qual o teste é construído) e normas referentes a critério (utilizadas para teste de aprendizagem) (PASQUALI, 2003, 1997).

Os dois primeiros padrões são conhecidos como normas referentes ao grupo, uma vez que com elas se compara o escore (desempenho) de um sujeito com relação a um grupo normativo (grupo do qual ele faz parte). Eles são importantes quando se quer distinguir vários níveis e habilidade ou traços latentes em uma população. Já as normas referentes a critério são usadas para determinar se um indivíduo conseguiu ou não atingir um certo nível de habilidade, de aprendizagem ou traço de personalidade (PASQUALI, 1997).

As normas de interpretação dos escores baseadas no desenvolvimento estão fundamentadas no desenvolvimento progressivo que o sujeito passa no decorrer de sua vida. Para isso, ela considera três fatores, a saber: idade mental, série escolar e estágio de desenvolvimento. Já no que se refere às normas intragrupo, o critério de referência dos escores consiste no grupo ou na população para o qual o teste foi elaborado, sendo referenciado em termos do posto percentílico ou do desvio padrão (PASQUALI, 1997, 2003).

Dessa forma, nesta etapa, foram calculados por meio dos escores da escala de *Likert* os tercis, para que fossem identificados os intervalos de baixa, moderada e elevada autoeficácia no cuidado ao neonato.

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Com a finalidade de respeitar todos os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand por meio da Plataforma Brasil, mediante Parecer Nº 3.127.398 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 05377119.9.0000.5050 (ANEXO D).

Assim, foi assegurada a autonomia da participante, bem como os preceitos da não maleficência, beneficência, justiça e equidade, conforme preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Soma-se a isso o fato de que foi informado para os juízes, gestantes e cuidadores que aceitaram participar do estudo os objetivos, relevância, riscos, benefícios da pesquisa.

Além disso, foi solicitada a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) que foi elaborado com linguagem adequada para cada público-alvo (BRASIL, 2013), sendo-lhes garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para a validação de uma escala que contribuiria para a construção de um conhecimento inovador para a saúde infantil. O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção de cuidadores.

Salienta-se que ao longo da coleta de dados os participantes da pesquisa poderiam se sentir fragilizados e/ou constrangidos ao serem questionados acerca da sua autoeficácia para cuidar do recém-nascido, no entanto este risco foi minimizado ao ser esclarecido que ao conversar sobre sua autoconfiança em realizar cuidados com o neonato o cuidador poderia se sentir mais confiante. Além disso, também foi informado aos participantes que os resultados desse estudo poderiam basear a implementação de estratégias futuras que buscassem melhorar a confiança de cuidadores no manejo diário da criança em período neonatal.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Polo Teórico

4.1.1 Identificação e aprofundamento do construto cuidado ao neonato a termo.

Conforme os pressupostos de Pasquali (1999, 2003), o “sistema psicológico” constitui a primeira etapa para a elaboração de escalas psicométricas e se refere à identificação do tema de interesse do pesquisador, ou seja, definição de seu objeto de estudo.

A decisão de desenvolver a dissertação na temática da saúde da criança, deveu-se a aproximação e ao contato que a pesquisadora teve com a área no decorrer do seu Bacharelado em Enfermagem. Durante esse período foi bolsista e participou do Grupo de Pesquisa Processo de Cuidar na Saúde da Criança e do Adolescente (GPPCSA) da UNILAB, no qual teve a oportunidade de desenvolver e participar de pesquisas voltadas para a promoção da saúde da criança e da autoeficácia materna (OLIVEIRA et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

Uma vez definida a temática a ser estudada, passou-se para o segundo passo na elaboração de escalas, de acordo com o referencial adotado, o qual consiste na “propriedade do sistema psicológico”. Neste momento foi realizada delimitação do construto que se pretendia estudar e optou-se por investigar o “cuidado ao neonato a termo”, um aspecto mais específico da área escolhido como objeto psicológico (construto) que embasou a construção da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT).

Posteriormente, chegou-se à etapa de dimensionalidade do atributo. Como não existia uma teoria pré-formada acerca do construto investigado, cuidado ao neonato a termo, recorreu-se à literatura a fim de se adquirir um maior aprofundamento sobre ele.

Por meio deste aprofundamento teórico foram identificadas definições constitutivas para cada palavra que constitui o construto estudado “cuidado ao neonato a termo”, que são descritas abaixo.

4.1.2 Definição constitutiva

Cuidar consiste em um verbo regular, transitivo e pronominal que significa, segundo dicionário Aurélio, ter cuidado, tratar de, assistir, cogitar, imaginar, pensar, meditar: cuidar casos graves, julgar, supor [...] (FERREIRA, 2010).

Este verbo apresenta uma carga semântica elevada, em virtude do seu uso em diferentes contextos a fim de significar diversas ações como, cuidar de alguém doente, promover o autocuidado e cuidar de objetos pessoais.

Segundo o dicionário Aurélio, o termo “cuidado” se caracteriza gramaticalmente como sendo um adjetivo, interjeição e substantivo masculino. O seu sentido pode variar de acordo com a classe gramatical a que se refere. Dentre os significados desta palavra, podem-se citar: demonstração de atenção; em que há cautela, prudência; aplicação e capricho ao realizar algo; zelo, esmero; atenção maior em relação a; preocupação; responsabilidade [...] (FERREIRA, 2010).

O cuidado é inerente ao ser humano, estando presente no cotidiano desde os primórdios. Em latim significa cura, um dos sinônimos eruditos deste termo descrito na obra *Ser e Tempo*, de Martin Heidegger, conhecido como filósofo do cuidado. O cuidado nasce na origem do Ser, sendo, portanto, constante na existência do homem (BOFF, 2005).

Conforme Heidegger (2002), há uma ligação forte entre o cuidado, o ser e o tempo, pois o ser humano é o único que pode demonstrar inquietação diante do futuro e de suas possibilidades. Dessa forma, cada ação do ser humano, que toma o cuidado como guia de sua existência, é realizada levando em consideração a atenção consigo, com o outro, com o meio e com as subjetividades de forma geral.

Em seu sentido mais primitivo se usava o termo cura em relações de amor e amizade, que expressava atitude de desvelo, preocupação, cuidado em prol de alguém amado ou de um objeto. Outros autores referem que cuidado se deriva de *cogitare-cogitatus* que significa pensar no outro, mostrar interesse, preocupação pelo outro, apresentando assim, o mesmo sentido de cura (BOFF, 2005).

O cuidar ultrapassa a ação do curar, uma vez que extrapola a dimensão sanitária intrinsecamente ligada ao ato de curar, pontual. Cuidado é o exercício da cura, é mais global, é um modo de ser e relacionar-se. Nessa ótica, o cuidar é anterior ao curar, visto que para curar é necessário cuidar (SILVA et al., 2016).

Segundo Boff (2005) o cuidado somente passa a existir quando há uma pessoa importante para o outro, pois mediante essa relação e sentimento, o indivíduo passa a dedicar-se e dispõe-se a participar da vida do outro.

Diante disso, o cuidado é um conceito amplo que pode englobar vários significados, em certas circunstâncias exprimem relacionamentos compartilhados entre sujeitos e em outras tomam sentido de dever social, obrigação (SOUZA et al., 2005).

No contexto da enfermagem, o cuidado se apresenta como seu tema central e é neste conceito, em que os enfermeiros acham a definição do que realizam, do conhecimento que criam e usam. Na enfermagem ele toma caráter de cuidado integral profissionalizado (QUEIRÓZ, 2015).

Nesta ciência, ele vai além do cuidado biologicista e pontual, transcendendo-o e reconhecendo também os âmbitos psicológico, espiritual social. O que se assemelha a definição ontológica referida por Martin Heidegger. A partir desta visão holística e integral do ser humano, diversas teorias sobre o cuidado foram elaboradas por enfermeiras como forma de consolidar a ciência enfermagem e direcionar as ações da classe (SALVIANO et al., 2016).

Dentre as teorias que pregam essa visão do cuidado, podem-se citar: a teoria do cuidado transpessoal em enfermagem de Jean Watson; A teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta; Teoria da Conservação de Energia e da Enfermagem Holística de Myra Levine; Modelo de Adaptação de Callista Roy; Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem; Modelos de Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney (SALVIANO et al., 2016).

Nessa perspectiva o cuidado em saúde não se limita ao procedimento técnico simplificado, mas sim em uma conduta integral que encara o cuidado como direito de ser. Essa visão possibilita o respeito as diferenças e particularidades de cada indivíduo, consistindo em uma relação intersubjetiva, interativa entre as partes envolvidas. No âmago desta concepção está o cuidado como solicitude, dedicação e inquietação pelo outro (SILVA et al., 2009).

O público ao qual se relaciona o conteúdo da escala e que é o ente que sofrerá as ações descritas nos itens é o neonato, que pertence gramaticalmente à classe dos adjetivos e substantivos masculinos. Esse termo possui como significados: criança recém-nascida; o ser humano desde o nascimento até completar o primeiro mês de vida; recém-nascido; que acabou de nascer; nuelo ((FERREIRA, 2010).

O vocábulo “neonato” é uma palavra híbrida, isto é, constituída de um termo de origem grega “neos” que significa “novo” e outro que se deriva do latim “natus” que significa “nascido” (BACELAR et al., 2003).

Conforme o número de semanas gestacionais, o neonato pode ser classificado como pré-termo, a termo ou termo e pós-termo. O foco da escala elaborada neste estudo foi o neonato a “termo”, vocábulo que se deriva do latim “terminus” que significa “limite, fim, final” (FERREIRA, 2010).

Em saúde, neonato a termo é determinado como sendo crianças nascidas entre 37 e 41 semanas e seis dias de gestação (BRASIL, 2014). Além disso, o neonato a termo pode ser classificado em “termo precoce” quando nasce após a 37ª semana e antes da 39ª semana de gestação (MOREIRA, 2014) e “termo completo ou real” quando nasce entre a 39^{+0/6} e 41^{+6/7} semanas gestacionais (GRAÇA, 2014).

Optou-se por elaborar uma Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo em virtude da inexistência de um instrumento validado para este público, o qual abordasse o construto da autoeficácia.

4.1.3 Definição Operacional

Finalizada a etapa de definição constitutiva foi realizada a definição operacional do construto (cuidado ao neonato a termo), mediante revisão integrativa da literatura a fim de fazer uma ampla exploração conceitual do construto.

Isso foi possível, pois esse tipo de revisão visa sintetizar resultados de pesquisas sobre uma determinada temática, de forma sistemática, ordenada e abrangente, viabilizando assim, um maior número de informações amplas sobre um assunto. Ela é indicada quando o pesquisador tem como finalidade a definição de conceitos, revisão de teorias, análise metodológica (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014), adequando-se, dessa maneira, ao objetivo desta etapa.

Por meio da revisão integrativa foi possível identificar as definições operacionais, que fundamentaram a origem dos domínios e a construção dos itens da escala. Por se tratar de uma escala, cujo objetivo era mensurar a autoeficácia dos cuidadores em geral na promoção do cuidado ao neonato a termo, foram buscadas as dimensões teóricas do construto, as quais pudessem ser expressas por meio de comportamentos.

Assim, buscou-se na literatura estudos científicos que respondessem a seguinte pergunta norteadora, construída de acordo com o acrônimo PICOT, conforme descrito no subtópico “Definição Operacional” do método deste estudo: Quais os principais cuidados executados ao neonato a termo após a alta hospitalar referidos na literatura?

Ao final do processo de seleção das produções científicas nas bases PubMed, *Web of Science*, Cochrane e LILACS restaram 37 artigos, os quais foram avaliados por meio da leitura na íntegra, resultando em uma síntese dos cuidados executados ao neonato a termo após a alta hospitalar.

No Quadro 4, pode-se observar as definições operacionais relacionadas ao construto, bem como suas respectivas referências.

Quadro 4 – Definições operacionais relacionadas aos cuidados que podem ser executados ao neonato a termo após a alta hospitalar identificadas na literatura. Redenção, 2020.

Definições operacionais/ Cuidados que podem ser executados ao neonato a termo após a alta hospitalar	Artigos
Prevenir o bebê contra quedas.	Mello et al. (2014).
Levar o bebê para se vacinar no tempo correto.	Gomes et al. (2015); Harrison et al. (2016); Baquedano, Bonilla, Bonegas (2017); Cavalcante et al. (2015); Hurtado et al. (2014); Costa et al. (2013a); Furtado et al. (2010); Tomeleri, Marcon (2009).
Levar o bebê para fazer o teste do pezinho.	Furtado et al. (2010).
Reconhecer quando o bebê apresentar sinais de perigo.	Gomes et al. (2015); Mello et al. (2014); Hurtado et al. (2014); Ekwochi et al. (2015); Linhares et al. (2012).
Identificar sinais de infecção no umbigo do bebê.	Gomes et al. (2015); Mello et al. (2014); Linhares et al. (2012).
Desenvolver vínculo interpessoal com o bebê (reconhecer choros, demonstrar carinho).	Gomes et al. (2015); Benedett, Ferraz, Silva (2018); Mozzaquatro, Arpini, Polli (2015); Amaral, Sales, Carvalho (2015); Mello et al. (2014); Hurtado et al. (2014); Costa et al. (2013a); Santos et al. (2012); Torres, Rodríguez (2009); Tomeleri, Marcon, (2009).
Prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (ex. engasgo).	Santos et al. (2012).
Oferecer somente leite materno até o sexto mês de vida do bebê.	Gomes et al. (2015); Benedett, Ferraz, Silva (2018); Baquedano, Bonilla, Bonegas (2017); Mozzaquatro, Arpini, Polli (2015); Amaral et al. (2015); Hurtado et al. (2014); Costa et al. (2013a); Santos et al. (2012); Broilo et al. (2013); Costa et al. (2013b); Crestane et al. (2012); Furtado et al. (2010); Carrascoza et al. (2011); Graça, Figueiredo, Conceição (2011); Azevedo et al. (2010); Barreto, Silva, Christoffel

	(2009); Barros et al. (2009); Valezin et al. (2009); Estefanell et al. (2009); Tomeleri, Marcon (2009).
Promover a pega correta.	Gomes et al. (2015); Benedett, Ferraz, Silva (2018); Santos et al. (2012); Tomeleri, Marcon (2009).
Colocar o bebê para eructar após cada mamada.	Martins, Melo-Jorge (2013); Santos et al. (2012); Tomeleri, Marcon (2009).
Identificar cólicas no bebê.	Gomes et al. (2015); Ramos et al. (2014); Costa et al. (2013b); Santos et al. (2012); Torres, Rodríguez (2009); Tomeleri, Marcon (2009).
Aliviar as cólicas no bebê.	Santos et al. (2012); Ramos et al. (2014) Tomeleri, Marcon (2009); Costa et al. (2013b).
Banhar o bebê com água morna.	Andrade et al. (2012); Santos et al. (2012); Costa et al. (2013a); Tomeleri, Marcon (2009).
Higienizar o bebê com produtos apropriados para a idade.	Andrade et al. (2012); Costa et al. (2013a); Hurtado et al. (2014); Gomes et al. (2015).
Evitar uso de perfume ou produtos de cheiro forte no bebê.	Gomes et al. (2015); Bazzano et al. (2017).
Realizar a higiene bucal do bebê.	Gomes et al. (2015); Andrade et al. (2012); Machado, Brunetto, Faustino-Silva (2011).
Trocar a fralda do bebê sempre que ele urinar ou defecar.	Gomes et al. (2015); Andrade et al. (2012).
Higienizar a região íntima do bebê com algodão umedecido em água limpa quando ele tiver urinado.	Gomes et al. (2015).
Higienizar a região íntima do bebê com movimentos suaves na direção anteroposterior.	Gomes et al. (2015); Costa et al. (2013a).
Lavar as roupas do bebê separadas da roupa da família, com sabão neutro.	Andrade et al. (2012);
Evitar o uso de chupeta.	Costa et al. (2013a); Carrascoza et al. (2011);
Fazer a higiene do coto umbilical com álcool 70%.	Baquedano, Bonilla, Bonegas (2017); Costa et al. (2013a); Amare (2014); Santos et al. (2012); Tomeleri, Marcon (2009); Linhares et al. (2012); Hurtado et al. (2014); Covas et al. (2011); Baraldi, Praça (2013); Baraldi, Praça (2013); Costa et al. (2013b); Gomes et al. (2015).
Higienizar o coto umbilical após banho e trocas de fralda.	Andrade et al. (2012); Costa et al. (2013a).
Higienizar as mãos antes de manipular o coto umbilical ou pegar no bebê.	Gomes et al. (2015); Andrade et al. (2012); Amare et al. (2014).
Dar banho de sol no bebê no horário recomendado.	Gomes et al. (2015).
Secar o bebê completamente após banhos e trocas de fraldas.	Lunze et al. (2014).
Vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com tempo/clima.	Bazzano et al. (2017).

Colocar o bebê para dormir na posição supina e com o rosto lateralizado.	Aitken et al. (2016); Mello et al. (2014); Costa et al. (2013a); Tomeleri, Marcon (2009); Colson et al. (2009); Martins, Melo-Jorge (2013).
--	---

Fonte: Própria autora

Sabe-se que o nascimento de um filho se configura como um acontecimento marcante na vida dos pais e familiares e as implicações desse novo cenário exigem dos cuidadores respostas variadas. Assim, para fins de organização na apresentação da discussão da síntese dos trabalhos, optou-se por categorizar os achados relacionados às temáticas abordadas, conforme é exposto a seguir.

Prevenção de quedas

Promover ambientes seguros durante os primeiros anos de vida é fundamental para que a criança tenha oportunidades adequadas de crescimento, desenvolvimento e aprendizagem. Essa proteção é proporcionada por pais e cuidadores (MELLO et al., 2014).

Dentre os principais cuidados citados na literatura para evitar acidentes, destacaram-se: encostar a cama na parede quando o bebê estiver deitado na mesma e manter sempre alguém próximo vigiando os movimentos da criança (MELLO et al., 2014).

Banho de sol

Sabe-se que uma das condições mais comuns de ocorrer no recém-nascido é a icterícia neonatal, que consiste na coloração amarelada da pele e da esclera dos recém-nascidos e acomete cerca de 50% a 60% desses (ULLAH; RAHMAN; HEDAYATI, 2016). Entretanto, deve-se ressaltar que níveis elevados de bilirrubina no sangue são extremamente tóxicos ao sistema nervoso central podendo trazer danos irreversíveis para a criança (NÓBREGA JUNIOR; VIEIRA; GUEDES JUNIOR, 2019).

Assim, um dos cuidados mencionados nas produções científicas como forma de sanar ou reduzir a icterícia neonatal foi o banho de sol. Esse cuidado se faz importante, pois consiste em uma das formas de promover a eliminação de bilirrubina (GOMES et al., 2015).

Além disso, o banho de sol foi mencionado como necessário, pois a luz solar contribui para a ativação de vitamina D no bebê. Vale ressaltar que a vitamina D é recebida pela criança por meio do aleitamento materno, entretanto ela é inativa e a luz do sol é responsável por converter essa vitamina inativa em ativa, o que permite a melhor absorção do

cálcio que é imprescindível para o crescimento e desenvolvimento dos ossos (GOMES et al., 2015).

Recomenda-se que o banho de sol deve ser realizado diariamente ou no mínimo três vezes por semana (GOMES et al., 2015) e que tenha duração de cerca de 15 minutos, nos seguintes horários: antes das 10 horas da manhã e depois das 16 horas (UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS, 2013).

Imunização e exames preconizados

A imunização, embora dolorosa, é importante para a saúde do bebê, uma vez que estimulará o desenvolvimento de anticorpos capazes de proteger a criança contra diversas doenças. Logo, esse cuidado foi referido por alguns autores como essencial para o desenvolvimento saudável da criança, sendo necessário que os cuidadores estejam sempre cientes das datas das imunizações (GOMES et al., 2015; HARRISON et al., 2016; BAQUEDANO; BONILLA; BONEGAS, 2017; CAVALCANTE et al., 2015; HURTADO et al., 2015; COSTA et al., 2013a; FURTADO et al., 2010; TOMELERI; MARCON, 2009).

Em virtude disso, torna-se imprescindível que seja garantido que as crianças recebam o esquema completo de imunizações de maneira oportuna, segura, eficiente e eficaz, por meio de serviços acessíveis e de qualidade (HURTADO et al., 2015).

Um dos cuidados mencionados na literatura para amenizar a dor durante a vacinação foi o aleitamento materno, uma vez que existem evidências consideráveis dos efeitos analgésicos da amamentação, sendo assim, uma prática recomendada (HARRISON et al., 2016).

As vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde para todos os recém-nascidos com peso superior a 2.000 gramas são a BCG (contra tuberculose) e Hepatite B (BAQUEDANO; BONILLA; BONEGAS, 2017; CAVALCANTE et al., 2015; COSTA et al., 2013a). Recomenda-se que a BCG, a qual protege quanto as formas graves de tuberculose, seja administrada o mais precocemente após o nascimento da criança e que a Hepatite B seja administrada nas primeiras 12 horas após o nascimento de neonatos sadios com peso igual ou superior a 2.000 gramas.

Quanto a esse cuidado foi encontrada na literatura a importância do acompanhamento da caderneta da criança, a qual deve ser realizada pelos profissionais da saúde, em especial, o enfermeiro. Esse acompanhamento rotineiro da caderneta é uma

importante estratégia do serviço para que sejam identificados precocemente atrasos no calendário vacinal e para que intervenções sejam realizadas no intuito de garantir a saúde da criança (CAVALCANTE et al., 2015).

Estudo realizado no Paraná mostrou que as mães que compuseram a amostra haviam seguido o esquema vacinal mesmo quando no município a vacina BCG não era disponibilizada na maternidade. Assim, os cuidadores procuravam a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima para administrá-la (TOMELERI; MARCON 2009).

Além da imunização, a importância da realização do teste do pezinho também foi citada na literatura (FURTADO et al., 2010). Esse teste é relevante pois por meio dele é possível que sejam identificadas precocemente patologias metabólicas, genéticas, enzimáticas e endócrinas, de forma a serem tratadas em tempo oportuno, evitando-se as sequelas e até mesmo a morte (BRASIL, 2016).

Dessa maneira, é imprescindível que durante a atenção ao pré-natal, os cuidadores sejam orientados sobre como e onde realizar o “teste do pezinho”, preconizando a necessidade de esse ser realizado até o 5º dia de vida do bebê (BRASIL, 2016).

Identificação de sinais de alarme

O período neonatal compreende um momento de grande preocupação dos pais, familiares e profissionais devido esta fase ser de grande vulnerabilidade, estando a criança assim susceptível a agravos de saúde (GOMES et al., 2015; EKWOCHI et al., 2015; LINHARES; SILVA; RODRIGUES, 2012).

As mortes ocorridas nos primeiros dias de vida do neonato estão relacionadas ao reconhecimento tardio de doença neonatal, atrasos na decisão de procurar atendimento em nível domiciliar e conseqüentemente uma intervenção tardia nas unidades de saúde (LINHARES; SILVA; RODRIGUES, 2012)

Dentre os principais sinais de alarme que podem prejudicar a saúde do recém-nascido e que indicam a necessidade de encaminhamento ao serviço de referência com urgência, podem-se citar: problemas respiratórios; dificuldade ou incapacidade de se alimentar; corpo frio; febre; pálpebras vermelhas, inchadas ou com secreção; pele avermelhada, inchaço, pus ou odor desagradável ao redor do cordão umbilical ou umbigo; convulsões/desmaios; icterícia (GOMES et al., 2015; MELLO et al., 2014; LINHARES; SILVA; RODRIGUES, 2012).

O conhecimento dos cuidadores sobre os sinais de perigo no recém-nascido é imperativo para reduzir esses atrasos e mortes evitáveis (EKWOCHI et al., 2015). Portanto, é substancial que atividades sejam desenvolvidas para capacitar os pais e familiares a fim de que estes saibam como identificar os sinais de alerta de agravos e como conduzi-los (GOMES et al., 2015; HURTADO et al., 2014; EKWOCHI et al., 2015).

Vínculo interpessoal com a criança

A formação do vínculo entre os cuidadores e o bebê é fundamental para auxiliar no conhecimento e na identificação das necessidades deste, uma vez que, nos seus primeiros dias de vida, seu principal meio de comunicação é o choro, sendo que este pode significar, dor, fome, cólicas ou desconforto (GOMES et al., 2015; SANTOS et al., 2012; TORRES; RODRÍGUEZ, 2009).

Estudos apontam que é no momento da amamentação que o vínculo se inicia e se fortalece. É observado que o bebê passa a responder a mãe de um modo diferente quando comparado a outras pessoas (MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2015; AMARAL; SALES; CARVALHO, 2015; HURTADO et al., 2014; TOMELERI; MARCON, 2009), ele sorri e emite sons quando percebe a presença materna, mantendo o olhar fixo para estabelecer uma proximidade com a mesma (MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2015; TORRES; RODRÍGUEZ, 2009; TOMELERI; MARCON, 2009).

Um dos momentos ideais para orientar as mães e familiares sobre os principais cuidados ao recém-nascido é no alojamento conjunto, visto que a mãe permanecerá 24 horas ao lado da criança até ambos receberem alta. O enfermeiro, como principal profissional responsável pela promoção da saúde, deve ser um facilitador do conhecimento, retirando dúvidas e fornecendo informações necessárias para empoderamento materno (MELLO et al., 2014; COSTA; PARREIRA; FONSECA-MACHADO, 2013).

Condutas frente ao engasgo

Os acidentes domésticos com crianças ainda figuram como um importante fator de morbimortalidade infantil e o engasgo é um dos eventos mais recorrentes no ambiente domiciliar e caso não seja prestada uma assistência adequada a criança pode vir à óbito. Logo,

é importante que os cuidadores se sintam seguros para agir nessa situação (RIBEIRO et al., 2019).

Pesquisa realizada no Paraná com cuidadoras de crianças em situações de urgência e emergência pediátrica com acidentes domésticos mostrou que muitas vezes os cuidadores arriscam alguns cuidados em casa antes de levar as crianças ao serviço de saúde, o que pode resultar no óbito infantil caso os pais não consigam agir de forma devida (RIBEIRO et al., 2019).

O receio em saber como agir nessas situações foi referido pelo estudo de Santos et al. (2012), que foi desenvolvido com 88 pais de neonatos e os autores mostraram que a maioria dos entrevistados referiu sentir alguma dificuldade em saber como atuar quando o bebê engasga (76,2%).

Esse assunto é tão importante para a saúde pública que existem, atualmente, tecnologias educativas que visam repassar informações acerca deste tema. Um exemplo dessas tecnologias consiste na cartilha educativa intitulada “O que fazer quando seu bebê engasgar?”, a qual foi desenvolvida por enfermeiras e publicada pela Universidade de São Paulo (BONETTI; GÓES, 2017).

Além disso, a Técnica de *Heimlich*, a qual pode auxiliar cuidadores no manejo do neonato engasgado ainda é pouco conhecida entre eles (SANTOS et al., 2012). Assim, torna-se importante executar ações de educação em saúde que visem instruir cuidadores e familiares a saber como agir em situações de urgências e emergências pediátricas, pois uma decisão equivocada pode contribuir para o agravamento do caso e/ou óbito neonatal.

Aleitamento materno exclusivo

O leite materno é considerado o alimento mais completo por conter todos os nutrientes, vitaminas e anticorpos que a criança necessita até o sexto mês de vida. Além disso, ele é importante para o aumento do peso da criança, para o desenvolvimento satisfatório, para a manutenção de vínculo entre o binômio cuidador-neonato, para a prevenção da morte súbita do recém-nascido, de doenças infecciosas (gastrointestinais e respiratória), de obesidade, de diabetes, de alergias e de anemia ferropriva (GOMES et al., 2015; BENEDETT; FERRAZ; SILVA, 2018; BAQUEDANO; BONILLA; BONEGAS, 2017; MOZZAQUATRO; ARPINI; POLLI, 2015; AMARAL et al., 2015; HURTADO et al., 2015; COSTA et al., 2013a; BROILO et al., 2013; COSTA et al., 2013b; SANTOS et al., 2012; CRESTANE et al., 2012; FURTADO

et al., 2010; CARRASCOZA et al., 2011; GRAÇA; FIGUEIREDO; CONCEIÇÃO, 2011; AZEVEDO et al., 2010; BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009; BARROS et al., 2009; VALEZIN et al., 2009; ESTEFANELL et al., 2009).

Embora a prática do aleitamento materno traga benefícios tanto para o neonato quanto para as mães, ainda é vista a resistência dos cuidadores para manter esse cuidado conforme recomendado pelos órgãos de saúde de cunho nacional e mundial (BRASIL, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2018).

Acredita-se que essa resistência e o desmame precoce estejam relacionados à autoeficácia materna, a qual deve ser estimulada desde o período pré-natal, uma vez que funciona como um determinante de manutenção de ações. Outro fator que pode contribuir para o desmame precoce é o conhecimento incipiente dos cuidadores acerca dos benefícios do aleitamento para a criança e para as mães (AMARAL et al., 2015).

Estudo que analisou o conhecimento das mães acerca dos benefícios do aleitamento materno constatou que a maioria delas reconheceu sua importância para a criança, entretanto informaram não saber os benefícios que essa prática traria para si (AZEVEDO et al., 2010). Assim, acredita-se que esse desconhecimento pode afetar a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Diante desse cenário, percebe-se que o aleitamento materno ainda é considerado um desafio, já que nem sempre é considerado o alimento ideal pelos cuidadores, os quais possuem a ideia de que este é insuficiente para garantir a saciedade da criança (COSTA et al., 2013b).

Nesse interim, reforça-se a importância de serem elaboradas estratégias que visem promover esse cuidado ao neonato, sendo necessário ainda orientar os cuidadores acerca dos benefícios que o aleitamento traz não somente para a criança, mas também para a mãe/familiares e para o vínculo afetivo entre esses atores (GOMES et al., 2015; BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Outros elementos importantes que devem ser abordados nas atividades de educação em saúde consistem no posicionamento adequado durante a amamentação, a pega correta e o aleitamento sob livre demanda, que foram descritos por estudos (GOMES et al., 2015; BENEDETT; FERRAZ; SILVA, 2018; SANTOS et al., 2012; FURTADO et al., 2010; TOMELERI; MARCON, 2009) como sendo fatores determinantes para a promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança.

A pega correta é relevante, uma vez que quando realizada de forma inadequada pode ocasionar fissuras no mamilo da mãe, ingurgitamento, choros na criança por ingerir uma quantidade satisfatória de leite fornecendo uma ideia no cuidador de leite fraco, o que acaba estimulando a introdução de outros alimentos para complementar a amamentação (GOMES et al., 2015; BENEDETT; FERRAZ; SILVA, 2018; SANTOS et al., 2012; FURTADO et al., 2010; TOMELERI; MARCON, 2009).

Como esse tema consiste em uma das dificuldades referidas pelos cuidadores, faz-se premente que o enfermeiro utilize tecnologias em saúde que mostrem de forma prática e fácil a técnica correta para uma amamentação sem traumas na região mamilar.

Eructação após cada mamada

A aspiração do leite foi retratada como uma das causas de morte em crianças menores de um ano e os cuidados mencionados como forma de prevenir o sufocamento em caso de regurgitação foram a eructação após cada mamada e o posicionamento adequado no berço (MARTINS; MELO-JORGE, 2013).

A preocupação dos cuidadores em colocar a criança para eructar (arrostar) após cada mamada foi retratada pelo estudo de Tomeleri e Marcon (2009), o qual buscou compreender a experiência de mães adolescentes no cuidado ao filho na primeira semana de vida.

Ainda acerca desse tema, pesquisa feita por Santos et al. (2012) mostrou que embora grande parte dos cuidadores que participaram da amostra não apresentassem dificuldades na colocação do bebê para eructar, existem pais que relataram sentir essa dificuldade. Assim, torna-se importante que sejam elaborados instrumentos capazes de aferir a autoconfiança dos cuidadores em realizar o cuidado ao recém-nascido e que sejam criadas estratégias de educação em saúde capazes de qualificar esse cuidado.

É importante ressaltar que não é obrigatório que o bebê arroste, pois isso só acontece se ele engolir excesso de ar durante a amamentação. Todavia, é necessário que os cuidadores fiquem com o bebê nos braços de 20 a 30 minutos posicionado verticalmente e que somente depois deste período deite-o no berço de barriga para cima, posição que previne a Síndrome da Morte Súbita, a qual se refere ao óbito inesperado de crianças com idade inferior a um ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA -SBP, 2009).

Manejo da cólica

A etiologia da cólica é desconhecida e seu tratamento é empírico. Acredita-se que a mesma é causada pelo acúmulo de gases devido ao ar engolido pelos bebês durante o choro e a alimentação, e ainda, por esta apresentar um sistema intestinal imaturo (RAMOS et al., 2014).

As cólicas se caracterizam por episódios repetidos de choro excessivo e irritabilidade intensa na criança, podendo permanecer por três horas e ocorrer três vezes na semana, sendo seu curso solucionado entre o terceiro e quarto mês de idade (TORRES; RODRÍGUEZ, 2009). Tal situação acaba gerando insegurança, apreensão e estresse nos pais (RAMOS et al., 2014), o que resulta na dificuldade em manejar de forma adequada esse evento (SANTOS et al., 2012).

Segundo pesquisa realizada em um hospital no Rio de Janeiro, os principais métodos utilizados pelos cuidadores no alívio da cólica foram: colocar o bebê sobre a barriga do cuidador, movimentar as pernas da criança, massagear a barriga da criança no sentido horário e aplicar compressas secas e mornas (RAMOS et al., 2014).

O uso de chás de diversas ervas também foi referido como forma de minimizar as cólicas nos recém-nascidos, sendo esta uma prática cultural e adquirida de geração e geração (COSTA et al., 2013b; TOMELERI; MARCON 2009). Entretanto, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) recomenda que os cuidadores não ofereçam chás às crianças para amenizar as cólicas e que só utilizem medicamentos para tratá-las sob orientação médica.

Assim, é fundamental que orientações sejam fornecidas aos pais e familiares para que os mesmos se sintam seguros para realizar métodos não farmacológicos que possam contribuir para a liberação dos gases intestinais e alívio da irritabilidade do recém-nascido (RAMOS et al., 2014).

Higiene

Sabe-se que a pele do recém-nascido é frágil, muito fina e sensível, pois possui menos camadas quando comparada a do adulto. Ademais, a pele do neonato não contém uma proteção efetiva, o que resulta no aumento do risco de desenvolvimento de infecções e irritações (MARTINS; CURADO, 2017).

Diante disso, existe uma preocupação do serviço de saúde acerca dos produtos utilizados pelos cuidadores durante os cuidados de higiene neste público. Como a categoria

higiene é extensa, ela foi subdividida em higiene corporal, higiene bucal, higiene íntima e higiene de utensílios, conforme é mostrado abaixo.

- **Higiene corporal**

Sabe-se que o banho do neonato visa, principalmente, a limpeza de zonas principais como, por exemplo: face, pescoço, pregas e área das fraldas. Todavia, a literatura aponta que ainda se identifica conhecimento deficitário dos cuidadores no que concerne aos produtos de higiene que podem ser utilizados, o que resulta no aumento de casos de dermatites e problemas respiratórios em virtude do uso exacerbado de talco e de utensílios que possuem fragrâncias (ANDRADE et al., 2012).

Enfatiza-se que a duração, a frequência e a temperatura da água podem variar de acordo com a cultura de cada região. Entretanto, destaca-se que a temperatura da água utilizada no banho da criança deve sempre estar próxima da temperatura corporal desta e que o uso de produtos de higiene deve ser feito de forma moderada (ANDRADE et al., 2012).

Também foi retratado nas pesquisas que outra fonte de dúvidas dos cuidadores diz respeito a forma adequada de segurar a criança durante o banho e o preparo do banho (quantidade da água e temperatura) (SANTOS et al., 2012). Dessa forma, faz-se premente a realização de atividades de educação em saúde no pré-natal e no alojamento conjunto a fim de instruir os pais e familiares acerca dos cuidados relacionados ao banho do recém-nascido (COSTA et al., 2013a).

Acredita-se que outros fatores que contribuem para a baixa autoconfiança do cuidador em segurar a criança durante o banho se referem às crenças de cada povo aliada à fragilidade e sensibilidade do neonato (ANDRADE et al., 2012). Essa insegurança ainda é mais relatada entre mães adolescentes, as quais, por medo, atribuem esse cuidado às avós da criança. Acredita-se que o fato de atribuir esse cuidado à terceiros, em especial às avós, permitem que as mães adolescentes possuam um tempo maior para compreender todas as peculiaridades que envolvem o banho do recém-nascido (TOMELERI; MARCON, 2009).

Além disso, evidenciou-se que o sabonete e a água são as substâncias mais utilizadas pelos cuidadores durante o banho do neonato (HURTADO et al., 2014). Assim, ressalta-se a importância de os cuidadores serem informados acerca do uso de sabonete neutro e de ser evitado depositar esse produto diretamente sobre a pele da criança. Também devem ser orientados a evitar o uso de perfumes a fim de reduzir o desenvolvimento de alergias por agentes

tópicos (GOMES et al., 2015) e a manter as unhas do bebê curtas e limpas (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

- **Higiene bucal**

A higiene bucal do neonato é importante, pois quando realizada de forma adequada e frequente ela pode impedir o desenvolvimento de patologias bucais na criança, fato que contribui para seu crescimento e desenvolvimento adequados (GOMES et al., 2015).

Esse cuidado deve ser realizado logo nos primeiros dias de vida do recém-nascido. Para isso, os cuidadores devem utilizar fralda ou gaze umedecida em água potável (filtrada, fervida, mineral), pelo menos uma vez ao dia, a fim de retirar os resíduos de leite materno da cavidade oral da criança (GOMES et al., 2015; ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE ODONTOLOGIA – ALOP, 2017).

Embora relevante (ANDRADE et al., 2012), a higiene oral por vezes é negligenciada pelos cuidadores, os quais ainda desconhecem a necessidade de realizá-la mesmo antes da erupção dentária (MACHADO; BRUNETTO; FAUSTINO-SILVA, 2011). Dessa maneira, é importante a elaboração de estratégias que visem informar os cuidadores acerca desse cuidado.

- **Higiene íntima**

Como referido anteriormente, a pele do neonato é frágil e o contato com a fralda pode ocasionar dermatite de contato (assaduras). Assim, é recomendado que a troca de fraldas seja feita sempre que a criança urine ou defique, que a higiene seja realizada com água morna e que, posteriormente, a pele seja totalmente seca (BRASIL, 2014, GOMES et al., 2015). A troca de fraldas de forma frequente contribui para se evitar a proliferação de microorganismos e infecções (ANDRADE et al., 2012).

Além disso, caso o cuidador utilize sabonete é importante que se evite o uso em excesso, já que este pode causar a retirada de alguma camada de pele e, conseqüentemente, promover assaduras (BRASIL, 2014). Também é preconizado evitar o uso de talcos, já que pode ocasionar patologias respiratórias e alergias (GOMES et al., 2015).

A forma adequada de como deve ser feita a higiene íntima das crianças de sexo feminino também foi abordada na literatura, sendo exposto que esta deve ser realizada com

algodão umedecido em água morna, com movimentos longitudinais na direção anteroposterior com o objetivo de evitar a contaminação da uretra e vagina, principalmente, quando houver a presença de fezes (GOMES et al., 2015; COSTA et al., 2013a).

Ademais, foi ressaltado que quando o neonato apresentar somente eliminações vesicais não é necessário o uso de sabonetes. Entretanto, quando houver evacuações intestinais os cuidadores podem utilizar esse produto desde que possuam pH neutro (ANDRADE et al., 2012).

Por fim, outro fator que merece destaque é o uso exacerbado dos lenços umedecidos, que embora sejam práticos e tenham cheiro agradável não são recomendados, uma vez que retiram o filme lipídico e aumentam a sensibilidade da área. Além disso, vale ressaltar que eles possuem sabões e o contato contínuo destes com a pele pode lesioná-la, ocasionando assim, a dermatite de contato. Dessa forma, recomenda-se evitar utilizar os lenços umedecido e caso o cuidador o utilize deve realizar o enxague após seu uso (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

▪ **Higiene de utensílios**

Dentre os cuidados referidos na literatura está a higiene de utensílios utilizados pelo recém-nascido, destacando-se a chupeta e a higiene de roupas. O uso das chupetas não é recomendado pelos profissionais da saúde, porém essa prática ainda é bastante utilizada, pois os cuidadores acreditam que ela é capaz de acalmar a criança (COSTA et al., 2013a).

Todavia, não há um consenso acerca do uso de chupeta pela criança, porque há correntes que acreditam que esse uso aumenta o risco de asfixia, interfere negativamente na amamentação contribuindo para o desmame precoce e aumenta o risco danos odontológicos, fonoaudiológicos e de contaminação (CARRASCOZA et al., 2011), enquanto que há outras correntes que encorajam o uso de chupeta por este ser um método capaz de prevenir a morte súbita infantil (COSTA et al., 2013b; CARRASCOZA et al., 2011).

Como existem estudos que mostram a relação significativa entre o uso de chupeta e desmame precoce e por conta da implicação desta prática para as políticas públicas, é retratada na literatura a necessidade de se apoiar com maior veemência a amamentação e evitar situações que promovam o uso de chupeta (CARRASCOZA et al., 2011).

Ainda acerca dos utensílios, outro cuidado relatado consistiu na higiene das roupas do bebê, sendo ressaltado que essa higienização deveria ser realizada com sabão neutro, devendo ser evitado o uso de sabão em pó e amaciantes, uma vez que esses produtos possuem

compostos químicos capazes de se aderirem às fibras de tecido e ocasionarem alergias no contato com a pele do neonato. Ademais, foi descrito que é necessário que as roupas do recém-nascido sejam lavadas separadamente dos demais membros da família, que sequem ao sol e que quando secas os cuidadores passem a ferro no intuito de eliminar microorganismos patogênicos (ANDRADE et al., 2012).

▪ **Cuidado com o coto umbilical**

O cuidado com o coto umbilical foi referido por diversos estudos (BAQUEDANO; BONILLA; BONEGAS, 2017; COSTA et al., 2013a; AMARE, 2014; SANTOS et al., 2012; TOMELERI; MARCON, 2009), isso porque, quando não higienizado de forma devida, pode trazer uma série de repercussões negativas que podem resultar no óbito neonatal.

Ressalta-se que a limpeza frequente do cordão umbilical até que ele caia e do orifício até que cure completamente é necessária, pois a higiene deficitária e a consequente colonização microbiana podem ocasionar onfalite, sepse e infecções neonatais (BAQUEDANO; BONILLA; BONEGAS, 2017).

Todavia, o manejo do coto umbilical ainda traz uma série de medos e receios nos cuidadores. Esse fato foi evidenciado por Costa et al. (2013a), os quais mostraram que as puérperas possuem medo de manipular o coto e que uma das formas de lidar com ele no banho da criança consiste em ignorá-lo. Assim, a higiene se concentra nas demais áreas do corpo do neonato.

Segundo a literatura, grande parte desse receio é motivado pela crença de que a manipulação desta área resultará em dor no bebê e em sangramento (COSTA et al., 2013a; TOMELERI; MARCON, 2009). Esse medo ainda é maior nas primíparas, as quais estão tendo a primeira experiência com o cuidado e com a queda do coto (TOMELERI; MARCON, 2009).

Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro busque instruir os cuidadores acerca deste cuidado, informando-os que esta região é indolor por não haver inervação no local, logo, a criança não sentirá dor (COSTA et al., 2013a). Torna-se importante ainda os informar de que a higienização inadequada do local pode trazer danos para a saúde da criança.

Além de ser necessária essa desmistificação quanto ao manejo do coto umbilical, também se faz premente que os cuidadores sejam instruídos acerca dos sinais de infecção do coto umbilical e de como identificá-los, pois, pesquisa mostrou que algumas vezes essa detecção somente é feita pelos profissionais da saúde ao realizarem as visitas domiciliares. Os

autores afirmam que após a sensibilização dos cuidadores e aproximação dos saberes (científico e popular), abre-se espaço para que eles reavaliem suas práticas de cuidado e adotem de maneira mais efetiva o uso do álcool a 70% (LINHARES et al., 2012).

Embora seja amplamente aceito e recomendado o uso de álcool a 70% para a limpeza do coto umbilical, estudos ainda relatam a baixa adesão deste pelos cuidadores após a alta hospitalar (HURTADO et al., 2014; COSTA et al., 2013a; COVAS et al., 2011).

Além disso, o cuidado com o coto umbilical está envolto pelo culturalismo popular e pelas crenças de cada povo (BARALDI; PRAÇA, 2013), o que culmina na promoção do uso de produtos como borra de café, fumo, cinzas e azeite no domicílio para fins de higiene e cicatrização (COSTA et al., 2013a; AMARE, 2014; LINHARES et al., 2012; ANDRADE et al., 2012).

Destarte, essas práticas populares que oferecem riscos à saúde das crianças devem ser alvo de intervenções (COSTA et al., 2013b) e o enfermeiro deve investir em estratégias de promoção da saúde que enfatizem que o uso de diferentes substâncias diretamente sob o coto pode acarretar diversos problemas ao neonato, incluindo o risco de toxicidade e tétano neonatal.

Deve-se ainda informar sobre a necessidade da realização da lavagem das mãos antes de manipular o coto (AMARE et al., 2014; GOMES et al., 2015; COVAS et al., 2011) e que a higiene do coto deve ser feita após cada banho (VASCONCELOS et al., 2019), troca de fraldas (COSTA et al., 2013a; ANDRADE et al., 2012) do bebê ou, pelo menos, três vezes durante o dia (BRASIL, 2011).

Por fim, foi relatado na literatura a prática habitual de faixa ou cobertura abdominal com o intuito de prevenir a ocorrência de hérnia umbilical. Esse utensílio vem sendo relatado como parte integrante do enxoval do bebê (BARALDI; PRAÇA, 2013). Entretanto, ressalta-se que essa prática pode machucar a criança e causar-lhe danos na pele, sendo assim, não é recomendada. Além disso, o uso de objetos no umbigo aumenta o risco de infecções, por esta ser uma área de fácil contaminação (GOMES et al., 2015).

▪ **Cuidados com a pele e termorregulação**

A pele é o órgão que protege o organismo contra ações mecânicas, térmicas e químicas e agentes agressores infecciosos e tóxicos (BAZZANO; VAR; GROSSMAN, 2017).

A hipotermia neonatal definida como uma temperatura corporal abaixo de 36,5 °C é um fator de risco para a sobrevivência de recém-nascidos em países de baixa e média renda.

Esta pode ser evitada com pequenas medidas, tais como: agasalhar o recém-nascido com roupas adequadas, evitar banhos frequentes e quando realizados secar bem a pele do neonato, promover o contato pele a pele e oferecer a amamentação exclusiva (LUNZE et al., 2014).

Em algumas culturas utilizam-se óleos para massagear a pele do recém-nascido com fins terapêuticos. Ressalta-se o cuidado de orientar as mães sobre as loções usadas, pois algumas delas podem causar efeitos adversos, incluindo desde pequenas alergias cutâneas até mesmo intoxicações que podem causar a morte da criança (BAZZANO; VAR; GROSSMAN, 2017).

▪ Sono

O sono é muito importante para o desenvolvimento do recém-nascido, principalmente, para a sua memória. O neonato possui ciclos de sono que podem durar de 16 a 17 horas por dia (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - APA, 2016), todavia, eles não distinguem o dia da noite, evitando hábitos e horários de sono estabelecidos, o que torna as primeiras noites dos cuidadores mal dormidas.

Quanto à posição adequada para a manutenção qualidade de sono do neonato, o Ministério da Saúde recomenda a posição supina, uma vez que reduz em 70% o risco de Síndrome da Morte Súbita (BRASIL, 2016; SBP, 2009).

Porém, embora essa informação venha sendo divulgada no decorrer dos últimos anos, ainda se percebe a resistência dos cuidadores para posicionar a criança em decúbito dorsal, ou seja, de barriga para cima no momento do sono, já que relacionam essa posição ao maior risco de a criança apresentar aspiração. Todavia, estudos foram realizados e foi comprovada que a posição supina do bebê durante o sono, não aumenta o risco de aspiração (BRASIL, 2012).

Esse receio foi relatado pelos estudos de Aitken et al. (2016), Mello et al. (2014), Costa et al. (2013a), nos quais os autores comprovaram que grande parte dos cuidadores acreditavam que posicionar a criança em decúbito dorsal aumentava a chance de engasgo e por esse motivo apresentavam menor probabilidade de seguir as orientações de sono seguro e posicionavam a criança lateralmente.

Além disso, pesquisa realizada nos Estados Unidos (AITKEN et al., 2016) mostrou que cuidadores de raça branca apresentaram mais que o dobro da chance de seguir o que é recomendado pelas boas práticas de sono quando comparadas aos demais grupos raciais. Ainda em relação a raça, pesquisas evidenciaram que os bebês de pais da raça negra são, em sua

minoria, colocados para dormir na posição supina quando comparados aos brancos (COLSON et al., 2009; MARTINS; MELO-JORGE, 2013).

O ato de posicionar a criança em decúbito dorsal durante o sono também apresentou associação significativa com as seguintes variáveis: maior idade materna, maior nível de escolaridade e renda, possuir um único filho e criança nascida após 37 semanas de gestação (COLSON et al., 2009).

A utilização da posição supina durante o sono do neonato aumentou com o passar dos anos, conforme mostra o estudo de Mello et al. (2014). Nesta pesquisa, os autores evidenciaram que as mães que não relatavam possuir preocupação com asfixia da criança durante o sono apresentaram cinco vezes mais chance de usar habitualmente a posição de sono supina e que as mães que não relataram preocupação com o conforto do bebê apresentavam uma chance quatro vezes maior de adotar essa posição. Por fim, os autores destacaram que as mães que receberam aconselhamento positivo tiveram três vezes mais chances de relatar a posição supina habitual em comparação com as que tiveram aconselhamento negativo ou as que afirmaram não receber nenhum conselho.

Logo, percebe-se a importância da realização de atividades de educação em saúde que busquem instruir os cuidadores acerca das boas práticas de sono da criança de forma a reduzir o número de óbitos neonatais e qualificar o cuidado prestado ao neonato.

Outro motivo relatado na literatura a fim de explicar a maior adesão dos cuidadores ao decúbito lateral em detrimento do decúbito dorsal durante o sono do bebê foi o fato de a criança não ter eructado antes de adormecer. Assim, durante o sono, os neonatos eram lateralizados com o uso de um apoio às costas, buscando-se evitar uma possível broncoaspiração (TOMELERI; MARCON, 2009).

Todavia, o uso de travesseiros, colchões macios, lençóis não é recomendado pela Academia Americana de Pediatria (2016), pois podem ocasionar sufocamento do recém-nascido.

Outro problema associado ao sono consistiu no local onde a criança era colocada para dormir, estudo desenvolvido por Aitken et al. (2016) demonstrou que alguns cuidadores ainda possuem o hábito de colocar o neonato para dormir em camas de adultos sem proteção contra quedas ou em cima de si, o que aumenta o risco de quedas ou esmagamento da criança, uma vez que o cuidador pode prensar, machucar ou sufocá-la enquanto dorme. Ressalta-se que o compartilhamento de quarto é recomendado, no entanto o compartilhamento de cama, não (MOON et al., 2017).

Assim, com base nos achados percebeu-se que em relação ao sono, a posição e o ambiente recomendados não são universalmente adotados. Dessa maneira, é imprescindível que os cuidadores sejam sensibilizados acerca da importância de se promover um ambiente de sono seguro para a criança buscando-se assim, reduzir as mortes associadas a este momento.

4.1.4 Itens da Escala e primeira análise dos juízes (validade de conteúdo)

Com base na revisão integrativa realizada para aprofundamento da temática e elaboração das definições operacionais, foram construídos 33 itens associados à capacidade dos cuidadores em desempenhar de maneira satisfatória o cuidado ao neonato a termo. Esses itens foram subdivididos em três domínios/fatores (cuidados primários, proteção e segurança, relacionamento interpessoal/afetivo), conforme mostra o Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição dos itens e respectivos domínios/fatores que formaram a primeira versão da escala. Redenção, 2020.

Nº	Itens da Escala	Domínio/Fator
1	Eu sou capaz de fazer manobras para desengasgar o bebê.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
2	Eu sou capaz de oferecer somente aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.	CUIDADO PRIMÁRIO
3	Eu sou capaz de segurar corretamente o bebê durante as mamadas ou enquanto dou o leite materno a ele.	CUIDADO PRIMÁRIO
4	Eu sou capaz de colocar o bebê para arrotar após cada mamada.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do meu bebê com fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.	CUIDADO PRIMÁRIO
7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	CUIDADO PRIMÁRIO
8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.	CUIDADO PRIMÁRIO
9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, odor, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA

10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê após as eliminações vesicais e fecais (quando ele fizer xixi ou cocô).	CUIDADO PRIMÁRIO
12	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa após as eliminações vesicais (quando ele tiver feito xixi).	CUIDADO PRIMÁRIO
13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do bebê do pênis ou vagina em direção ao bumbum com movimentos suaves.	CUIDADO PRIMÁRIO
14	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após higienizá-lo ou após o banho.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.	CUIDADOS PRIMÁRIOS
19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.	CUIDADOS PRIMÁRIOS
20	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê somente com sabão neutro (sabão de coco) e depois enxaguar bem retirando todo sabão.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
21	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
22	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
23	Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (“barriga para cima”) e com o rosto lateralizado.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
24	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o seu bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL/ AFETIVO
26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê.	CUIDADO PRIMÁRIO

27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
28	Eu sou capaz de levar o bebê para se vacinar no período correto.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
29	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 7º dia de vida do bebê.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
30	Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.	RELACIONAMENTO INTERPESSOAL/AFETIVO
31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).	– RELACIONAMENTO INTERPESSOAL/AFETIVO
32	Eu sou capaz de manter o bebê aquecido.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA
33	Eu sou capaz de evitar o uso de produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.	PROTEÇÃO E SEGURANÇA

Fonte: Própria autora

Com base no quadro acima, pode-se perceber que o domínio “proteção e segurança” possuía o maior número de itens (n= 19; 57,6%), seguido pelos domínios “cuidados primários” (n= 11; 33,3%) e “relacionamento interpessoal/afetivo” (n= 3; 9,1%).

Ressalta-se que o domínio/fator “cuidados primários” se referia às medidas que poderiam ser realizadas pelos cuidadores com o objetivo de atender as necessidades fisiológicas básicas do neonato a termo (alimentação, sono, repouso, abrigo, higiene). Já o domínio/fator “proteção e segurança” se relacionava às medidas que visavam prevenir e manejar acidentes, patologias e danos gerais ao recém-nascido. Por fim, o domínio/fator “relacionamento interpessoal/afetivo” se referia ao vínculo, percepção e interação entre o binômio cuidador-neonato.

Após a elaboração dos 33 itens foi feita a análise teórica com os juízes. A seguir são descritos os dados de caracterização dos juízes conforme os critérios de classificação adotados (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos juízes de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes conforme os critérios de Jasper (1994). Redenção, 2020.

Crítérios de classificação dos juízes (n=26)	N	%
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	24	92,3
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	26	100,0
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	19	73,1
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	5	19,2

Fonte: Própria autora

*Área de interesse: saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, agravos em recém-nascidos, construção de tecnologias.

Com base na Tabela 1, nota-se que os juízes que participaram do estudo pontuaram com maior incidência nos critérios de “possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência” (n= 24; 92,3%) e “possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto” (n= 26; 100%).

Em relação à idade, percebeu-se que a faixa etária dos especialistas variou de 23 a 39 anos, com média de 29,9 anos (DP± 4,8 anos) e que todos eram do sexo feminino (n= 26; 100%). Quanto à formação profissional, notou-se que todos os juízes eram bacharéis em Enfermagem (n= 26; 100%), 25 (96,2%) possuíam alguma especialização, das quais pertenciam à área de interesse da pesquisa: saúde da família (n= 7; 26,9%), enfermagem pediátrica e neonatal (n= 6; 26,1%), saúde pública (n= 3; 11,5%), obstetrícia e neonatologia (n= 3; 11,5%), saúde da mulher e da criança (n= 4; 15,4%), Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e pediátrica (n= 2; 7,7%) e gestão em saúde (n= 1; 3,8%).

Ressalta-se que 15 (57,7%) juízes eram mestres em Enfermagem, sendo que cinco eram doutores (19,2%) e três (11,5%) estavam cursando o doutorado. Além disso, no que concerne a atuação profissional, identificou-se que 16 (61,5%) atuavam na assistência, 12 (46,2%) lecionavam, sete (26,9%) atuavam na pesquisa, enquanto que dois (7,7%) trabalhavam em consultoria.

No que diz respeito a experiência profissional, percebeu-se que 15 (57,7%) tinham experiência em trabalhar com neonato, variando de 12 a 156 meses e com média de 59,60 meses (DP± 46,17), ao passo que, 25 (96,2%) possuíam experiência com saúde da criança, variando de 1 a 180 meses e com média de 65,08 meses (DP± 55,04). Além disso, 13 relataram possuir experiência com desenvolvimento de tecnologias em saúde.

Dessa maneira, os 26 juízes que atenderam aos critérios de elegibilidade participaram da validação de conteúdo e de aparência dos 33 itens que compuseram a primeira versão da escala. A realização da validade de aparência com juízes vem sendo utilizada atualmente por diversos estudos, como o de Joventino (2010), Santos (2016), Bezerra (2016) e Sabino et al. (2018).

Na validade de aparência é julgado se o instrumento elaborado “parece” medir o construto que se propõe. Polit e Beck (2019) referem que, embora esse tipo de validade não seja considerado uma boa evidência da qualidade, ela é importante para uma medida quando os demais tipos de validade forem comprovados.

Para essa validade, foi considerado como valor mínimo de concordância entre os juízes 80%, conforme recomenda Pasquali (2013). Esse ponto de corte também foi utilizado por Silva (2005) em seu estudo. Salienta-se que valores inferiores a esse foram adotados por Sabino (2018) e Joventino (2010), as quais usaram, respectivamente, 75% e 70% de concordância.

Assim, no que concerne à clareza foram considerados compreensíveis os itens que atingiram, pelo menos, 80% de concordância dos juízes, o que perfazia um total de 21 especialistas. Enfatiza-se que como o questionário de validação de conteúdo disponibilizado para os juízes era expresso por meio de uma escala Likert, para essa avaliação, validação de aparência, as opções “inadequado”, “pouquíssimo adequado” e “pouco adequado” foram classificadas como “inadequado”. Já as alternativas “adequado” e “muito adequado” foram classificadas como “adequado”. A concordância quanto a este critério está descrita na Tabela 2.

Salienta-se que, embora o instrumento de validação de conteúdo (APÊNDICE C) tenha sido respondido por 26 juízes, a avaliação de alguns itens não foi preenchida no instrumento. Em virtude disso, alguns deles possuem uma amostra inferior à 26 especialistas, conforme mostram as tabelas apresentadas a seguir.

Tabela 2 - Distribuição da concordância entre juízes sobre itens da escala em relação à clareza de linguagem. Redenção, 2020. (n=26)

Itens da Escala	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
1	23	88,5	3	11,5
2	26	100,0	-	-
3	24	92,3	2	7,7
4	26	100,0	-	-
5	26	100,0	-	-
6	25	96,2	1	3,8
7	24	92,3	2	7,7
8	24	92,3	2	7,7
9	25	96,2	1	3,8
10	26	100,0	-	-
11	25	96,2	1	3,8
12*	23	92,0	2	8,0
13	25	96,2	1	3,8
14	25	96,2	1	3,8
15	25	96,2	1	3,8
16	26	100,0	-	-
17*	23	92,0	2	8,0
18	25	96,2	1	3,8
19	26	100,0	-	-
20	26	100,0	-	-
21*	24	96,0	1	8,0
22	26	100,0	-	-
23	26	100,0	-	-
24	23	88,5	3	11,5
25	25	96,2	1	3,8
26	25	96,2	1	3,8
27	26	100,0	-	-
28	26	100,0	-	-
29	26	100,0	-	-
30	26	100,0	-	-
31	25	96,2	1	3,8
32	23	88,5	3	11,5
33*	25	100,0	-	-

Fonte: Própria autora. * Amostra com 25 juízes

Com base na Tabela 2, percebe-se que todos itens da primeira versão da escala obtiveram o valor mínimo de concordância dos juízes com relação à clareza de linguagem, sendo que os itens 1, 24 e 32 foram os que apresentaram menor grau de concordância (88,5%). Enquanto isso, doze itens (2, 4, 5, 10, 16, 19, 20, 27, 28, 29, 30, 33) alcançaram a porcentagem máxima de concordância (100%).

Ainda em relação à clareza de linguagem, foram realizados os cálculos de CVC e percebeu-se que todos os itens alcançaram, pelo menos, o valor mínimo de 0,80 exigido, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do grau de clareza de linguagem conforme os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item e por critério, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Redenção, 2020.

CVC – CLAREZA				
Itens	Média	CVCi ^a	Pe _i ^b	CVCc ^c
1	4,31	0,86	0,038	0,82
2	4,85	0,97	0,038	0,93
3	4,65	0,93	0,038	0,89
4	4,92	0,98	0,038	0,95
5	4,96	0,99	0,038	0,95
6	4,77	0,95	0,038	0,92
7	4,65	0,93	0,038	0,89
8	4,73	0,95	0,038	0,91
9	4,77	0,95	0,038	0,92
10	4,88	0,98	0,038	0,94
11	4,88	0,98	0,038	0,94
12	4,76	0,95	0,040	0,91
13	4,81	0,96	0,038	0,92
14	4,85	0,97	0,038	0,93
15	4,77	0,95	0,038	0,92
16	4,92	0,98	0,038	0,95
17	4,72	0,94	0,040	0,90
18	4,88	0,98	0,038	0,94
19	4,96	0,99	0,038	0,95
20	5,00	1,00	0,038	0,96
21	4,80	0,96	0,040	0,92
22	4,92	0,98	0,038	0,95
23	4,85	0,97	0,038	0,93
24	4,62	0,92	0,038	0,88
25	4,88	0,98	0,038	0,94
26	4,85	0,97	0,038	0,93
27	4,92	0,98	0,038	0,95
28	5,00	1,00	0,038	0,96
29	4,92	0,98	0,038	0,95
30	4,96	0,99	0,038	0,95
31	4,85	0,97	0,038	0,93
32	4,73	0,95	0,038	0,91
33	4,92	0,98	0,040	0,94
CVCt^d				0,93

Fonte: Própria autora

^aCoeficiente de Validade de Conteúdo Inicial

^bErro

^cCoeficiente de Validade de Conteúdo Final

^dCoeficiente de Validade de Conteúdo Total

Com base na Tabela 3, pode-se notar que a maioria dos itens da escala (n= 29; 87,9%) alcançou CVC_c superior a 0,90. Além disso, percebe-se que o CVC_t quanto ao critério de clareza foi de 0,93, o que mostra que a escala foi considerada clara e compreensiva pelos juízes.

Ademais, os juízes também avaliaram os itens da primeira versão da escala quanto à pertinência prática e todos eles conseguiram atingir mais que 90% de concordância (n= 26; 100%), sendo que 21 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 13, 16, 18,19, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 31) alcançaram concordância de 100% (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da concordância entre juízes sobre itens da escala em relação à pertinência prática. Redenção-CE, 2020. (n=26)

Itens da Escala	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
1	26	100,0	-	-
2	26	100,0	-	-
3	26	100,0	-	-
4	26	100,0	-	-
5	26	100,0	-	-
6	26	100,0	-	-
7	26	100,0	-	-
8	25	96,2	1	3,8
9	26	100,0	-	-
10	25	96,2	1	3,8
11	25	96,2	1	3,8
12	25	96,2	1	3,8
13	26	100,0	-	-
14	24	92,3	2	7,7
15*	24	96,0	1	4,0
16	26	100,0	-	-
17*	23	92,0	2	8,0
18	26	100,0	-	-
19	26	100,0	-	-
20	26	100,0	-	-
21**	22	91,7	2	8,3
22	26	100,0	-	-
23	26	100,0	-	-
24	25	96,2	1	3,8
25	26	100,0	-	-
26	26	100,0	-	-
27	26	100,0	-	-
28	26	100,0	-	-
29	25	96,2	1	3,8
30	26	100,0	-	-
31	26	100,0	-	-
32	24	92,3	2	7,7
33*	24	96,0	1	4,0

Fonte: Própria autora

* Amostra com 25 juízes

**Amostra com 24 juízes

Quanto ao CVC, nota-se que todos os itens apresentaram CVC_i e CVC_c superiores a 0,90, sendo que o CVC_t foi de 0,94. Esse resultado demonstra que os itens da primeira versão da escala abordam o construto estudado e que são importantes para o instrumento (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição do grau de pertinência prática conforme os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item e por critério, segundo a análise dos juízes de conteúdo. Redenção, 2020.

CVC - PERTINÊNCIA PRÁTICA				
Itens	Média	CVCi^a	Pe_i^b	CVCc^c
1	4,77	0,95	0,038	0,92
2	5,00	1,00	0,038	0,96
3	4,88	0,98	0,038	0,94
4	4,96	0,99	0,038	0,95
5	4,96	0,99	0,038	0,95
6	4,92	0,98	0,038	0,95
7	4,92	0,98	0,038	0,95
8	4,81	0,96	0,038	0,92
9	5,00	1,00	0,038	0,96
10	4,85	0,97	0,038	0,93
11	4,88	0,98	0,038	0,94
12	4,68	0,94	0,040	0,90
13	4,92	0,98	0,038	0,95
14	4,81	0,96	0,038	0,92
15	4,84	0,97	0,038	0,93
16	4,92	0,98	0,038	0,95
17	4,72	0,94	0,038	0,91
18	4,92	0,98	0,038	0,95
19	4,88	0,98	0,038	0,94
20	4,88	0,98	0,038	0,94
21	4,71	0,94	0,042	0,90
22	5,00	1,00	0,038	0,96
23	4,88	0,98	0,038	0,94
24	4,77	0,95	0,038	0,92
25	4,88	0,98	0,038	0,94
26	4,88	0,98	0,038	0,94
27	5,00	1,00	0,038	0,96
28	5,00	1,00	0,038	0,96
29	4,88	0,98	0,038	0,94
30	5,00	1,00	0,038	0,96
31	4,96	0,99	0,038	0,95
32	4,73	0,95	0,038	0,91
33	4,88	0,98	0,040	0,94
CVCt^d				0,94

Fonte: Própria autora

^aCoefficiente de Validade de Conteúdo Inicial

^bErro

^cCoefficiente de Validade de Conteúdo Final

^dCoefficiente de Validade de Conteúdo Total

Além da avaliação da pertinência prática, os juízes avaliaram a primeira versão da escala quanto a relevância teórica. Para esse critério todos os itens alcançaram uma taxa de concordância igual a 100%, exceto, os itens 4, 8, 12, 21, 24, 29 e 32 que atingiram uma concordância que variou de 88,5% a 96,2%, conforme mostra a Tabela 6:

Tabela 6 - Distribuição da concordância entre juízes sobre itens da escala em relação à relevância teórica. Redenção, 2020. (n=26)

Itens da Escala	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
1	26	100,0	-	-
2	26	100,0	-	-
3	26	100,0	-	-
4	25	96,2	1	3,8
5	26	100,0	-	-
6	26	100,0	-	-
7	26	100,0	-	-
8	25	96,2	1	3,8
9	26	100,0	-	-
10	26	100,0	-	-
11	26	100,0	-	-
12*	24	96,0	1	4,0
13	26	100,0	-	-
14	26	100,0	-	-
15	26	100,0	-	-
16	26	100,0	-	-
17*	25	100,0	-	-
18	26	100,0	-	-
19	26	100,0	-	-
20	26	100,0	-	-
21**	23	95,8	1	4,2
22	26	100,0	-	-
23	26	100,0	-	-
24	25	96,2	1	3,8
25	26	100,0	-	-
26*	25	100,0	-	-
27	26	100,0	-	-
28	26	100,0	-	-
29	23	88,5	3	11,5
30	26	100,0	-	-
31	26	100,0	-	-
32	25	96,2	1	3,8
33*	26	100,0	-	-

Fonte: Própria autora

* Amostra com 25 juízes

**Amostra com 24 juízes

No que diz respeito ao CVC do critério de relevância teórica, percebeu-se que todos os itens atingiram valores superiores a 0,90 tanto no CVC_i quanto no CVC_c. E o instrumento obteve um CVC_i de 0,95, demonstrando que o conteúdo abordado nos itens, de fato, possui associação com a teoria abordada, ou seja, o instrumento em si se relaciona ao construto de interesse (cuidado ao neonato a termo). A descrição dos CVC de relevância teórica está exposta na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição do grau de relevância teórica conforme os Coeficientes de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item e por critério, segundo a análise dos juizes de conteúdo. Redenção, 2020.

CVC – RELEVÂNCIA TEÓRICA				
Itens	Média	CVCi^a	Pe_i^b	CVCc^c
1	4,81	0,96	0,038	0,92
2	5,00	1,00	0,038	0,96
3	4,92	0,98	0,038	0,95
4	4,92	0,98	0,038	0,95
5	4,96	0,99	0,038	0,95
6	4,92	0,98	0,038	0,95
7	4,96	0,99	0,038	0,95
8	4,81	0,96	0,038	0,92
9	5,00	1,00	0,038	0,96
10	4,88	0,98	0,038	0,94
11	4,96	0,99	0,038	0,95
12	4,80	0,96	0,040	0,92
13	4,92	0,98	0,038	0,95
14	4,92	0,98	0,038	0,95
15	4,96	0,99	0,038	0,95
16	4,92	0,98	0,038	0,95
17	4,88	0,98	0,038	0,94
18	4,96	0,99	0,038	0,95
19	4,88	0,98	0,038	0,94
20	5,00	1,00	0,038	0,96
21	4,88	0,98	0,042	0,93
22	5,00	1,00	0,038	0,96
23	4,92	0,98	0,038	0,95
24	4,85	0,97	0,038	0,93
25	4,92	0,98	0,038	0,95
26	4,88	0,98	0,038	0,94
27	4,96	0,99	0,038	0,95
28	5,00	1,00	0,038	0,96
29	4,77	0,95	0,038	0,92
30	5,00	1,00	0,038	0,96
31	5,00	1,00	0,038	0,96
32	4,85	0,97	0,038	0,93
33	4,96	0,99	0,038	0,95
CVCt^d				0,95

Fonte: Própria autora.

^aCoeficiente de Validade de Conteúdo Inicial

^bErro

^cCoeficiente de Validade de Conteúdo Final

^dCoeficiente de Validade de Conteúdo Total

Embora os itens da primeira versão da escala tivessem atendido satisfatoriamente aos critérios de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, algumas sugestões foram realizadas pelos juizes de conteúdo a fim de tornar os itens da escala ainda mais adequados, claros e compreensíveis para a população-alvo.

As sugestões referidas pelos especialistas e a decisão tomada pela pesquisadora em acatá-las ou não estão apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 – Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e à segunda versões da escala. Redenção, 2020.

Nº do item na 1ª versão	Itens da primeira versão da escala	Considerações e sugestões dos juízes	DECISÃO	Nº do item na 2ª versão	Itens da segunda versão da escala
1	Eu sou capaz de fazer manobras para desengasgar o bebê.	Juízes 3, 4, 19, 23, 25: O termo manobras para cuidadores leigos pode não ser compreensível.	ACATADO	1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (exemplo: em caso de engasgo).
		Juíz 17: Seria melhor: “Capaz de fazer manobras no bebe em situações de engasgo”.	NÃO ACATADO		
		Juíz 20: Sugiro: “Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê se ele(a) engasgar”.	ACATADO		
2	Eu sou capaz de oferecer somente aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.	Juízes 15, 17, 19, 22: Retirar o “somente” para que não se torne redundante a frase, visto que “aleitamento materno exclusivo” já dá essa definição do leite somente do peito.	ACATADO	2	Eu sou capaz de oferecer aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.
		Juíz 18: Poderia especificar também a questão de não precisar oferecer água, sucos, chás para o lactente em aleitamento materno exclusivo. Muitas vezes as mães acabam oferecendo água e/ou chá, descaracterizando o AME.	NÃO ACATADO		
3	Eu sou capaz de segurar corretamente o bebê durante as mamadas ou enquanto dou o leite materno a ele.	Juíz 8: Sugiro “Eu sou capaz de amamentar identificando se o bebe está com a pega correta”	ACATADO	3	Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da
		Juíz 11: Colocar como o item anterior (mencionar a palavra “peito”).	NÃO ACATADO		

		Juiz 15: Para esse item poderia ser pensando a ideia de acrescentar “capaz de reconhecer a pega do bebê durante a amamentação” pois sabemos que muitas mães tem dificuldade para entender e realizar a postura correta e até mesmo de avaliar se o bebê está mamando corretamente.	ACATADO		criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).
4	Eu sou capaz de colocar o bebê para arrotar após cada mamada.	Juiz 9: Pode-se questionar a posição após a mamada.	ACATADO	4	Eu sou capaz de colocar o bebê na posição vertical (elevado) após cada mamada para ele eructar (arrotar)
		Juízes 9, 18: Esclarecer que nem sempre os pais irão escutar o arrotado.	NÃO ACATADO		
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.			5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do meu bebê com fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.	Juiz 9: Só complementar: após cada refeição.	NÃO ACATADO	6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.
		Juiz 11: Será explicado como ocorrerá a limpeza? Se não, sugiro colocar (com a fralda cobrindo o dedo, passando na língua).	NÃO ACATADO		
		Juízes 14, 18: Acrescentar o número de vezes em que necessário realizar a higiene bucal do bebê.	ACATADO		
		Juiz 23: Substituir a palavra "higiene" por "limpeza".	NÃO ACATADO		
7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	Juiz 5: Eu sou capaz de fazer a limpeza do umbigo do bebê, desde sua base até o restante do umbigo, utilizando cotonete molhado com álcool 70%.	NÃO ACATADO	7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.
		Juiz 15: Juntar os itens 7 e 8.	NÃO ACATADO		
		Juiz 20: Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê utilizando cotonete molhado com álcool 70%.	NÃO ACATADO		
		Juiz 22: Retirar: “desde sua base”. Apenas com objetivo de diminuir a frase, pois quanto mais	NÃO ACATADO		

		objetivo o item, melhor a compreensão.			
8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.	Juízes 5, 23: Trocar “higiene” por “limpeza”.	NÃO ACATADO		Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.
		Juízes 15, 18: Juntar os itens 7 e 8.	NÃO ACATADO		
9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, odor, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.	Juízes 2, 3, 5: Sugiro substituir o termo odor por mau cheiro.	ACATADO	9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.
		Juíz 20: Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, CHEIRO RUIM...)	NÃO ACATADO		
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.			10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.
11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê após as eliminações vesicais e fecais (quando ele fizer xixi ou cocô).			11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê após as eliminações vesicais e fecais (quando ele fizer xixi ou cocô).
12	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa após as eliminações vesicais (quando ele tiver feito xixi).			12	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa após as eliminações vesicais (quando ele tiver feito xixi).
13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do bebê do pênis ou vagina em direção ao bumbum com movimentos suaves.	Juíz 19: Sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê no sentido do pênis ou vagina em direção para o bumbum com movimentos suaves.	NÃO ACATADO	13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.
		Juíz 20: Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.	ACATADO		
14	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos.			14	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos.

15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.			15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.
16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após higienizá-lo ou após o banho.			16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após higienizá-lo ou após o banho.
17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna.	Juíz 18: Acrescentar “e longe de lugares que tenham corrente de ar”.	ACATADO	17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham corrente de ar (vento, brisa).
18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.			18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.
19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.			19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.
20	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê somente com sabão neutro (sabão de coco) e depois enxaguar bem retirando todo sabão.	Juízes 11, 18: Sugiro informar também a questão de lavar as roupas do bebê separadas das roupas dos demais membros da família.	ACATADO	20	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão
21	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta.	Juízes 3, 8, 10, 24: Acrescentar “bico/mamadeira”.	ACATADO	21	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/mamadeira.
22	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.			22	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.
23	Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (“barriga para cima”) e com o rosto lateralizado.	Juízes 8, 20: Para melhor compreensão pelo público alvo seria mais apropriado colocar “com o rosto de lado”.	ACATADO		Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (de “barriga para cima”) e com o rosto virado para o lado.
24	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no				Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê

	trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).				quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).
25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o seu bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).			25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o seu bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).
26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê.	Juiz 8: Acrescentar “Com medidas não farmacológicas”.	PARCIAL- MENTE ACATADO	26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê)
27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.			27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.
28	Eu sou capaz de levar o bebê para se vacinar no período correto.	Juiz 20: Sugiro “Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.”	ACATADO	28	Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.
29	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 7º dia de vida do bebê.	Juízes 3, 19, 26: Substituir a expressão “...3º e 7º dia...” por “... 3º e 5º dia...”.	ACATADO	29	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.
30	Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.			30	Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.
31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou			31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou

	inchados ou com pus; vômitos).				inchados ou com pus; vômitos).
32	Eu sou capaz de manter o bebê aquecido.	Juiz 10: Sugiro “Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima”. Muitos cuidadores se preocupam em aquecer demais o bebê, mesmo a temperatura ambiental estando elevada. Vale ressaltar que a ausência ou excesso de aquecimento são danosos pro bebê.	ACATADO	32	Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.
33	Eu sou capaz de evitar o uso de produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.	Juiz 10: Deixaria o perfume expresso no item, ao invés de deixá-lo entre os produtos com cheiro forte, visto que é o produto que elas mais costumam usar no bebê.	ACATADO	33	Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.

Fonte: Própria autora

No que se refere ao item 1 (*Eu sou capaz de fazer manobras para desengasgar o bebê.*), duas das três sugestões foram acatadas, uma vez que se concordou com os juízes que o termo “manobras” poderia não ser compreendido pelo público-alvo. A sugestão realizada pelo juiz 17 não foi acatada, já que a pesquisadora julgou que com as demais modificações realizadas o item se tornaria mais inteligível e contemplaria indiretamente a sugestão deste especialista. Dessa maneira, o item 1 ficou escrito da seguinte forma: *Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (exemplo: em caso de engasgo).*

A sugestão do juiz 18 em relação ao item 2 (*Eu sou capaz de oferecer somente aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.*) não foi acatada, visto que como no item tem especificada a expressão “só leite do peito”, tornar-se-ia redundante acrescentar a informação da necessidade de se evitar oferecer chá, sucos e água para o neonato.

No item 3 (*Eu sou capaz de segurar corretamente o bebê durante as mamadas ou enquanto dou o leite materno a ele.*) foram acatadas todas as alterações, pois a ideia central da pesquisadora ao redigir o item era saber se o cuidador se sentia capaz de identificar a pega correta. Assim, o item ficou escrito “*Eu sou capaz de identificar se o bebe está com a pega correta (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe)*” .

Embora, o item 3 tenha ficado mais extenso que o desejável, optou-se por redigi-lo dessa maneira, porque ainda é grande o número de recém-nascidos que apresentam posição inadequada ao pegar a mama da mãe durante a amamentação, o que pode ocasionar o desenvolvimento de fissuras mamilares, desmame precoce, dentre outros (MARTINS; VIEIRA, 2016).

Além disso, estudo desenvolvido em Minas Gerais com puérperas, mostrou que ainda há lacunas no conhecimento desse público acerca da pega correta e do posicionamento da criança ao ser amamentada, o que pode dificultar a identificação da posição correta (ALEIXO et al., 2019). Diante deste cenário, buscou-se descrever no item como identificar a pega correta.

Quanto ao item 4 (*Eu sou capaz de colocar o bebê para arrotar após cada mamada.*), a sugestão de acrescentar a informação de que nem sempre a criança emitirá o som característico da eructação não foi atendida, visto que itens que contenham razões ou justificativas podem se tornar confusos (PASQUALI, 1999, 2016).

Além disso, a mensagem que se pretendia passar com o item não tinha relação o desenvolvimento ou não do som característico da eructação e sim, com o ato de posicionar a criança verticalmente após cada mamada. Dessa forma, acatou-se a sugestão do juiz 9 que referiu a necessidade de expor no item a posição adequada para segurar a criança após a amamentação.

O item 6 (*Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do meu bebê com fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.*) também sofreu alterações e as sugestões dos juízes 14 e 18 foram acatadas, pois se julgou importante inserir no item a frequência com a que higiene oral do neonato deveria ser realizada. A modificação sugerida pelo juiz 9 não foi atendida, pois, segundo a ALOP (2017), realizar a higiene oral do recém-nascido uma vez ao dia é o suficiente. Assim, o item ficou redigido da seguinte forma: *Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.*

A sugestão do juiz 11 também não foi aceita, pois os itens que contém explicações além de se tornarem extensos, podem ser confusos (PASQUALI, 1999, 2016). A alteração solicitada pelo juiz 23 não foi acatada, pois acreditou-se que o termo higiene era conhecido pelos cuidadores e como a escala iria passar pela fase de validação aparente com os cuidadores, optou-se por realizar essa mudança, se necessária, durante a aplicação com o público-alvo.

No item 7 (*Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.*), a sugestão de retirar a expressão “desde sua base” não foi acatada, pois muitas vezes os cuidadores realizam a limpeza somente da extensão do coto umbilical e não realizam a higiene da sua base, o que pode ocasionar o desenvolvimento de complicações, como a onfalite (STEWART; BENITZ, 2016). Assim, optou-se por não acatar.

A sugestão realizada pelos juízes 15 e 18 de unir os itens 7 e 8 não foi atendida, pois os itens que possuem duas informações (frequência e modo) são mais complexos e podem causar confusão no respondente (PASQUALI, 1999). A sugestão de troca dos vocábulos “higiene” por “limpeza” no item 8 não foi acatada por supor que os cuidadores entenderiam ambos os termos. Assim, preferiu-se manter a palavra “higiene”, com a ressalva de que, caso na etapa de validação aparente ou de face com o público os cuidadores referissem a necessidade de mudança a alteração seria realizada.

No item 9 (*Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, odor, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.*) as sugestões de mudança da palavra “odor” foi acatada e optou-se por usar o termo “mau cheiro” sugerido pelos juízes 2, 3 e 5 em detrimento de “cheiro ruim” sugerido pelo juiz 20. Assim, o item ficou escrito da seguinte forma: “*Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê*”.

Quanto ao item 13 (*Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do bebê do pênis ou vagina em direção ao bumbum com movimentos suaves.*) foram feitas duas sugestões de mudança na forma como o item estava escrito e optou-se por acatar a sugestão do juiz 20, por julgá-la semanticamente mais adequada e conexa. Dessa maneira, o item ficou escrito assim: “*Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum*”.

Em relação ao item 17 (*Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna.*) foi acatada a sugestão do juiz 18 acerca da necessidade de acrescentar a informação “e longe de lugares que tenham corrente de ar” para deixar o item mais completo. Além disso, essa sugestão foi considerada importante, visto que o neonato possui dificuldade de controlar a temperatura corporal e caso banhado em lugares que tenham corrente de ar e por um período logo pode-se desenvolver hipotermia (BRASIL, 2017).

No item 20 (*Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê somente com sabão neutro (sabão de coco) e depois enxaguar bem retirando todo sabão.*) foi acrescentada a informação

de “lavar as roupas do bebê separadas das roupas dos demais membros da família” sugerida pelos juízes 11 e 18, uma vez que esse consiste em um cuidado importante em relação a higiene dos utensílios da criança.

Acatou-se a sugestão de acrescentar a expressão “bico/mamadeira” no item 21 (*Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta.*), visto que esses são utensílios usados com frequência pelos cuidadores e tendem a causar repercussões negativas quanto à amamentação, ocasionando o desmame precoce (ZIMMERMAN; THOMPSON, 2015).

Também foi aceita a recomendação de colocar no item 23 (*Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (“barriga para cima”) e com o rosto lateralizado*) a expressão “com o rosto de lado” em detrimento de “rosto lateralizado” como previamente foi descrito, pois, de fato, acredita-se que facilitaria a compreensão pelo público.

O item 26 (*Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê.*) foi modificado e a sugestão do juiz 8 foi acatada parcialmente. Não foi inserida a informação “com medidas não farmacológicas”, pois poderia não ser inteligível para todo o público-alvo da escala. Assim, acrescentou-se no item medidas não farmacológicas, as quais poderiam amenizar a cólica no neonato.

Dessa maneira, o item ficou descrito da seguinte forma: “*Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê)*”.

No que se refere ao item 32 (*Eu sou capaz de manter o bebê aquecido.*) foi acatada a sugestão do juiz 10 de reescrever este item por julgar pertinente a alteração e porque a forma sugerida expressava melhor o que a pesquisadora gostaria de repassar com o item. Diante disso, ele ficou redigido da seguinte maneira: “*Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima*”.

Ademais, foi inserido no item 33 (*Eu sou capaz de evitar o uso de produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.*) o vocábulo “perfume”, conforme solicitado pelo juiz 10, visto que esse produto é utilizado amplamente pelos cuidadores.

Quanto à avaliação da dimensão teórica, foi possível perceber que alguns itens foram classificados como pertencentes a mais de um domínio, conforme mostra a Tabela 8. Embora, não seja satisfatório que um item pertença a dois fatores, nesta avaliação nenhum item foi excluído, uma vez que se optou por esperar a realização da análise fatorial exploratória para definir se o instrumento era uni ou multidimensional e quais itens melhor o (s) descrevia (m).

Tabela 8 - Distribuição dos itens da primeira versão da escala nos respectivos domínios/fatores, conforme nível de concordância entre os juízes. Redenção, 2020.

ITEM	DOMÍNIOS/FATORES					
	Cuidados primários		Segurança e proteção		Relacionamento interpessoal/afetivo	
	N	%	N	%	N	%
1	2	7,7	24	92,3	-	-
2	26	100	3	11,5	2	7,7
3	20	76,9	12	46,2	8	30,8
4 ^a	13	52	15	60	-	-
5	23	88,5	4	15,4	-	-
6	25	96,2	3	11,5	-	-
7 ^a	24	96	4	16	-	-
8	25	96,2	3	11,5	-	-
9	4	15,4	24	92,3	-	-
10	23	88,5	5	19,2	-	-
11 ^b	24	100	3	12,5	-	-
12	22	84,6	7	26,9	-	-
13	26	100	4	15,4	-	-
14	15	57,7	14	53,8	-	-
15	4	15,4	23	88,5	-	-
16	14	53,8	15	57,7	-	-
17 ^a	16	64	12	48	-	-
18	20	76,9	12	46,1	-	-
19	25	96,2	7	26,9	-	-
20	17	65,4	15	57,7	-	-
21 ^c	11	50	6	27,3	6	27,3
22	2	7,7	24	92,3	-	-
23	3	11,5	23	88,5	-	-
24	4	15,4	26	100	-	-
25	1	3,8	-	-	26	100
26	26	100	-	-	2	7,7
27	-	-	26	100	-	-
28 ^a	-	-	25	100	-	-
29 ^d	-	-	14	82,4	3	17,6
30	-	-	-	-	26	100
31	-	-	2	7,7	24	92,3
32 ^c	1	4,6	15	68,2	5	22,7
33	1	3,8	25	91,2	-	-

Fonte: Própria autora

^a25 juízes ^b24 juízes ^c22 juízes ^d17 juízes

Com base nas respostas dos juízes, nota-se que, apenas, 9,1% dos itens (27, 28 e 30) foram caracterizados como pertencentes a um único domínio, enquanto que 78,8% (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 31 e 33) e 12,1% (2, 3, 21, 32) foram categorizados como adequados, respectivamente, a dois e três domínios.

A relação de um item com mais de um domínio pode ter acontecido em virtude da temática abordada em cada um deles. Os itens que abordaram “amamentação” (2 e 3) foram classificados como “cuidado primário”, visto que se relacionam com uma necessidade

fisiológica básica do recém-nascido que é a de se alimentar. Além disso, enquadram-se como “segurança e proteção” pelo fato de o leite materno possuir compostos que contribuem positivamente para o aumento da imunidade da criança e, conseqüentemente, para a redução de doenças (TABATA et al, 2019). Mas também, podem ser classificados como “relacionamento interpessoal/afetivo”, pois o ato de amamentar aumenta a ligação e interação entre o binômio cuidador-neonato (CAICEDO et al., 2016).

O item 21 que aborda o uso de bico/chupeta/mamadeira foi categorizado como pertencente aos três domínios levantados na definição operacional do construto. Isso, pode estar associado ao fato de o uso destes utensílios prejudicar a amamentação (cuidado primário), contribuir para a incidência de alteração bucal, risco de infecção e por afetar o relacionamento cuidador-recém-nascido (BATISTA et al., 2018).

Já o item 32 que enfoca na necessidade de vestir a criança com roupas adequadas de acordo com tempo/clima, pode ter sido categorizado como “cuidado primário”, porque a vestimenta pode ter sido considerada um dos utensílios primordiais no cuidado ao recém-nascido. Também foi enquadrada como “relacionamento interpessoal/afetivo”, visto que o cuidador precisa ter a sensibilidade de detectar o aumento e a redução da temperatura do neonato.

Os itens que abordaram a eructação e a prestação de primeiros socorros a criança em caso de engasto (1 e 4) foram categorizados como “cuidados primários”, por estarem diretamente relacionados a uma necessidade básica do recém-nascido que é a alimentação e como proteção e segurança por consistirem em cuidados que visam prevenir e manejar intercorrências como o sufocamento, refluxo exacerbado, entre outros (MARTINS; MELO-JORGE, 2013).

Os itens que abordaram higiene (5 ao 20 e 33) foram categorizados como “cuidados primários” e como “proteção e segurança”. Isso deve ter ocorrido, pois a higiene, em geral, consiste em uma necessidade básica da criança e também é uma forma de preveni-la contra doenças e infecções que podem se instalar nos mais diversos sistemas (pele, boca, coto umbilical, órgãos genitais) (MARTINS; CURADO, 2017; GOMES et al., 2015; BANQUEDANO; BONILLA; BONEGAS, 2017).

Os itens 22, 23 e 24 também abordaram os domínios supracitados, uma vez que estão diretamente relacionados ao momento do sono/repouso da criança, que consiste em uma necessidade básica, e com a “segurança e proteção”, pois o fato de evitar utensílios como

lenções, protetores, travesseiros e o posicionamento da criança consistem em maneiras de evitar que a criança se sufoque enquanto dorme (APA, 2016).

Os itens que abordaram cólicas (25 e 26) foram classificados como “cuidados primários” e “relacionamento interpessoal/afetivo”, isso porque a cólica pode ser desenvolvida pela criança e o cuidador deve estar atento para detectá-la e para manejá-la.

Por fim, o item 31 que aborda os sinais de perigo foi enquadrado como segurança e proteção, pois quando detectado precocemente pode contribuir para a busca de um serviço de saúde, prevenindo assim, uma série de sequelas na criança. Também foi classificado como “relacionamento interpessoal/afetivo”, porque o cuidador deve ter uma sensibilidade afetiva com a criança para detectar mudanças em seu comportamento.

4.1.5 Análise semântica ou validação aparente

Após a etapa de validação com os juízes a segunda versão da escala passou pela validação aparente, também conhecida como validação de face, com o público-alvo. Esta etapa se faz importante, visto que por meio dela é possível identificar se o instrumento elaborado, de fato, é compreensível (POLIT, BECK, 2019). Essa análise sempre deve ser feita antes do pré-teste, com uma amostra pequena da população-alvo (PELEGRINO et al., 2012).

Assim, participaram da validação aparente, 30 cuidadores, dos quais cinco (16,67%) eram gestantes e 25 (83,33%) eram cuidadores de recém-nascidos a termo. Quanto à idade, percebeu-se que os participantes tinham de 16 a 41 anos, com média de 25,1 anos (DP \pm 6,6 anos), sendo a faixa etária mais predominante compreendida entre 19 e 29 anos (n= 20; 66,7%). A grande maioria vivia em zona urbana (n= 24; 80%) e era procedente do município de Redenção (n=16; 84,4%).

Acerca da escolaridade das gestantes e cuidadores, notou-se que estes possuíam de cinco a 13 anos de estudo, com média de 9,9 anos (DP \pm 2,0 anos). A maioria vivia com companheiro (n= 27; 90%), era dona de casa (n= 15; 50%) e se autodeclarou de cor parda (n= 22; 73,3%). Além disso, o número de moradores em cada residência variou de dois a oito indivíduos, com média de 4,5 pessoas (DP \pm 1,6), cuja renda *per capita* variou de R\$ 46,17 a R\$ 666,67, sendo em média de R\$ 262,11 (DP \pm 180,80 reais).

O número de gestações variou de um a seis, sendo em média de 2,43 gestações (DP \pm 1,5). As mães representaram o grau de parentesco com o recém-nascido mais predominante (n= 29; 96,7%) e grande parte dos participantes referiu já ter cuidado de recém-nascido anteriormente (n= 24; 80%).

Assim como realizado com os juízes, a fim de garantir o sigilo da identificação das gestantes e cuidadores que participaram desta etapa cada participante foi codificado com a letra C seguido do número que correspondia a ordem de realização da entrevista (C₁, C₂ ... C₃₀).

No que concerne a clareza de linguagem, foram considerados claros e compreensíveis os itens que fossem considerados adequados por, pelo menos, 80% dos participantes. Percebeu-se que todos itens que compuseram a segunda versão da escala conseguiram alcançar, pelo menos, o valor mínimo proposto, conforme mostra a Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição da concordância do público-alvo sobre itens da segunda versão da escala em relação à clareza de linguagem. Redenção, 2020. (n= 30)

Itens da Escala	Adequado		Inadequado	
	N	%	N	%
1	30	100,0	-	-
2	30	100,0	-	-
3	30	100,0	-	-
4	24	80,0	6	20,0
5	30	100,0	-	-
6	30	100,0	-	-
7	26	86,7	4	13,3
8	30	100,0	-	-
9	30	100,0	-	-
10	30	100,0	-	-
11	29	96,7	1	3,3
12	30	100,0	-	-
13	30	100,0	-	-
14	30	100,0	-	-
15	30	100,0	-	-
16	30	100,0	-	-
17	30	100,0	-	-
18	29	96,7	1	3,3
19	30	100,0	-	-
20	30	100,0	-	-
21	30	100,0	-	-
22	30	100,0	-	-
23	30	100,0	-	-
24	30	100,0	-	-
25	30	100,0	-	-
26	30	100,0	-	-
27	30	100,0	-	-
28	30	100,0	-	-
29	30	100,0	-	-
30	30	100,0	-	-
31	30	100,0	-	-
32	30	100,0	-	-
33	30	100,0	-	-

Fonte: Própria autora

Todavia, os participantes dessa etapa tivessem julgado os itens compreensíveis, algumas sugestões foram realizadas a fim de deixá-los ainda mais claros. As sugestões estão descritas no Quadro 7.

Quadro 7 – Distribuição das sugestões e dúvidas das mães decorrentes da análise semântica dos itens da segunda versão da escala. Redenção, 2020.

Nº do item na 2ª versão	Itens da 2ª versão da escala	<u>Sugestões</u>	DECISÃO	Nº do item na 3ª versão	Itens da 3ª versão da escala
1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (exemplo: em caso de engasgo).			1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (exemplo: em caso de engasgo).
2	Eu sou capaz de oferecer aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.	Sugere retirar o termo “aleitamento materno exclusivo” e deixar somente a expressão “só leite do peito” (C ₁ , C ₂ , C ₄ , C ₅ , C ₁₂ , C ₁₃ , C ₂₈ , C ₃₀).	ACATADO	2	Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.
3	Eu sou capaz de identificar se o bebe está com a pega correta (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).			3	Eu sou capaz de identificar se o bebe está com a pega correta (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).
4	Eu sou capaz de colocar o bebê na posição vertical (elevado) após cada mamada para ele eructar (arrotar).	Trocar a palavra “elevado” por “Em pezinho com a cabeça apoiada no ombro do cuidador” (C ₁ , C ₂ , C ₄ , C ₅ , C ₁₂ , C ₁₃ , C ₂₈ , C ₂₉ , C ₃₀)	ACATADO	4	Eu sou capaz de colocar o bebê na posição vertical (em pezinho com a cabeça apoiada no ombro do cuidador) após cada mamada para ele arrotar.
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.			5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do meu bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.			6	

7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	Refere não entender a expressão “desde sua base”. Sugere escrever “desde o início do umbigo e no cordãozinho” (C7, C12, C28, C29, C30).	ACATADO	7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.
8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.			8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.
9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.			9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.			10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.
11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê após as eliminações vesicais e fecais (quando ele fizer xixi ou cocô).	Refere que embora compreenda o item, sugere que sejam retirados os termos técnicos “eliminações vesicais e intestinais” e deixar somente “quando ele fizer xixi ou cocô”. (C8, C12, C13, C27, C28, C29, C30).	ACATADO	11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê quando ele fizer xixi e cocô.
12	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa após as eliminações vesicais (quando ele tiver feito xixi).	Refere que embora compreenda o item, sugere que sejam retirados os termos técnicos “eliminações vesicais”. (C12, C13, C27, C28, C29).	ACATADO	12	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa quando ele tiver feito xixi.
13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.			13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.
14	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos			14	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com

					água após o uso de lenços umedecidos
15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.			15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.
16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após higienizá-lo ou após o banho.	Sugeri trocar a expressão “após higienizá-lo” por “após as trocas de fraldas” (C ₃₀)	ACATADO	16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.
17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham corrente de ar (vento, brisa).	Refere não entender a expressão “correntes de ar”. Não soube dar sugestão de outra expressão que melhore o entendimento. (C ₂₉ , C ₃₀).	ACATADO	17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.
18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.			18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.
19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.			19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.
20	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão.			20	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão.
21	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/mamadeira.			21	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/mamadeira.
22	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.			22	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.
23	Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal (de “barriga para cima”) e com o rosto virado para o lado.	Refere que embora compreenda o item, sugere que seja retirado o termo técnico “decúbito dorsal” e deixar somente “barriga para cima”. (C ₁₂ , C ₁₃ , C ₂₇ , C ₂₈ , C ₂₉ , C ₃₀).	ACATADO	23	Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir de barriga para cima e com o rosto virado para o lado.

24	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).			24	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).
25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o seu bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).			25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o seu bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).
26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).			26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).
27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.			27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.
28	Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.			28	Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.
29	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.			29	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.
30	Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.			30	Eu sou capaz de olhar, conversar e

					demonstrar carinho pelo bebê.
31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).			31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).
32	Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.			32	Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.
33	Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.			33	Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.

Fonte: Própria autora

Todas as sugestões realizadas pelas gestantes e cuidadores foram atendidas, uma vez que se consideraram pertinentes. As alterações solicitadas foram de grande valia para a construção da escala de forma que ela se tornasse mais compreensível para o público ao qual se destina.

No item 2 da segunda versão da escala (*Eu sou capaz de oferecer aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.*) foi solicitado que a expressão “aleitamento materno exclusivo” fosse retirada. As mulheres referiram que o item era claro, mas sugeriam essa modificação a fim de que o item fosse melhor compreendido por todos os estratos da população-alvo.

Essa sugestão de mudança pode ter ocorrido, pois, segundo Pasquali (1999), os itens que contêm explicações tendem a ser mais confusos. Assim, o item ficou escrito da seguinte forma: *Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.*

Outro item em que se viu a necessidade de modificações foi o item 4 (*Eu sou capaz de colocar o bebê na posição vertical (elevado) após cada mamada para ele eructar (arrotar).*). As mães solicitaram mudar a palavra “elevado”, pois não era inteligível. A sugestão foi a troca do termo por “*em pezinho com a cabeça apoiada no ombro do cuidador*”. Também se optou por retirar o vocábulo “eructar”, por se tratar de um termo técnico e tender a não ser compreendido pelos cuidadores.

Dessa maneira, o item ficou redigido “*Eu sou capaz de colocar o bebê na posição vertical (em pezinho com a cabeça apoiada no ombro do cuidador) após cada mamada para ele arrotar.*”

Alterações também foram realizadas no item 7 (*Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.*), porque os participantes referiram que para que o item transmitisse o conteúdo proposto pela pesquisadora, que consistia em realizar a higienização tanto da base do coto quanto da extensão do cordão umbilical remanescente, deveria ser colocado da seguinte forma: *Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.*

No item 11 (*Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê após as eliminações vesicais e fecais (quando ele fizer xixi ou cocô)*) foi solicitado que a pesquisadora retirasse os termos técnicos, pois facilitaria a compreensão dos itens. Essa sugestão foi acatada e foi feita essa modificação em todos os itens que continham esses termos, a saber: “eliminações vesicais” presente nos itens 11 e 12; “eliminações intestinais” no item 11; e “decúbito dorsal” no item 23.

O uso de termos técnicos é considerado por pacientes e acompanhantes como uma das principais barreiras na compreensão das informações repassadas por profissionais da saúde (BEUTER et al., 2009). Dessa forma, faz-se premente a adequação da linguagem da equipe de saúde a fim tornar mais claras tanto as perguntas para coleta de dados como as informações repassadas para população.

No que refere ao item 16 (*Eu sou capaz de secar completamente o bebê após higienizá-lo ou após o banho.*), foi sugerido mudar a palavra “higienizá-lo” por “após as trocas de fraldas”. Essa modificação foi realizada e o item ficou escrito da seguinte forma: *Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.*

Por fim, no item 17 algumas mães referiram não compreender a expressão “correntes de ar”. Dessa forma, optou-se por retirá-la e o item ficou redigido assim: “*Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.*”

4.1.6 Pré-teste

Com a terceira versão da escala foi feito o pré-teste. Desta etapa participaram sete gestantes e 23 cuidadores de neonatos a termo, cuja perfil sociodemográfico foi descrito abaixo.

Os participantes apresentaram variação de idade de 16 a 41 anos, com média de 29,17 anos (DP \pm 6,99 anos), estando a maioria na faixa etária de 30 a 40 anos (n= 14; 46,7%). A maior parcela vivia na zona urbana (n= 23; 76,7%) e era procedente do município de Redenção (n= 15; 50%), seguido de Fortaleza (n= 11; 36,7%) e Acarape (n= 4; 13,3%).

Em relação à escolaridade, estes possuíam de quatro a 17 anos de estudo, sendo em média 9,53 anos (DP \pm 2,99 anos). A maior parte dos participantes vivia com companheiro (n= 27; 90%) e era dona de casa (n= 15; 50%) e a maioria se autodeclarou de cor parda (n= 24; 80%).

Acerca da quantidade de pessoas que moravam na residência, houve uma variação de 2 a 10 moradores, sendo a média de 4,73 indivíduos (DP \pm 1,78) por moradia. A renda *per capita* variou de R\$ 0 a R\$ 1.250, sendo que na maioria das famílias predominou a renda *per capita* de zero a 249,50 reais (n= 19; 63,3%), com média de R\$ 278,38 (DP \pm 290,18).

No que se refere ao perfil reprodutivo, houve variação de um a sete no número de gestações, sendo em média 2,97 gestações (DP \pm 1,96). Todas as participantes eram mães dos neonatos e a grande maioria já havia anteriormente cuidado de algum recém-nascido (n= 26; 86,7%).

Durante a aplicação da escala, percebeu-se a necessidade de retirar a expressão “*sempre que*” do item 2 (*Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar*) e substituí-la por “*quando*”. Isso foi feito com o objetivo retirar do item expressões extremadas, as quais podem induzir a resposta do participante, conforme recomenda Pasquali (1999). Assim, o item ficou escrito da seguinte forma: “*Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê quando ele desejar*”.

No item 3 (*Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe.)*) foi acrescentada a expressão “durante a amamentação” com o objetivo de facilitar a compreensão dos respondentes e deixar o item mais completo.

Assim o item ficou redigido da seguinte forma: *Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta durante a amamentação (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).*

O item 4 (*Eu sou capaz de colocar o bebê na posição vertical (em pezinho com a cabeça apoiada no ombro do cuidador) após cada mamada para ele arrotar.*) também sofreu alteração nesta fase, sendo retirada a expressão “posição vertical”, pois alguns cuidadores demonstraram dificuldade em compreendê-la e sugeriram retirá-la. Além disso, foram removidos os termos “empezinho” e “apoiada no ombro do cuidador” e substituíram-se, respectivamente, por “em pé” e “encostada no meu ombro”. Dessa forma, o item ficou escrito assim: *Eu sou capaz de colocar o bebê em pé, junto a mim, com a cabeça encostada no meu ombro após cada mamada para ele arrotar.*

Foi retirado do item 25 (*Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o seu bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).*) o vocábulo “seu”, pois nem sempre o cuidador que estará respondendo a escala será o pai ou a mãe da criança. Assim, o item ficou redigido da seguinte forma: *Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).*

4.1.7 Revisão de Português

A aplicação do pré-teste deu origem a quarta versão da escala, que foi submetida à avaliação de um professor de português para que a mesma fosse avaliada quanto a sintaxe, ortografia, clareza e ambiguidade (APÊNDICE J).

Quanto à formação profissional, este possuía graduação em Letras pela Universidade Estadual do Ceará, especializações em Língua Portuguesa e Gestão Escolar pela mesma universidade e atuava na área há 20 anos.

Segundo a avaliação deste profissional os itens avaliados estavam ortografica e gramaticalmente corretos, foram classificados como claros e ausentes de ambiguidade. Assim, originou-se a quinta versão da escala composta por 33 itens (instrumento-piloto) que foi usada na coleta do polo empírico (Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição dos itens que formaram a quinta versão da escala (instrumento-piloto). Redenção, 2020.

ITEM	
1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (Exemplo: em caso de engasgo).
2	Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê quando ele desejar.

3	Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta durante a amamentação (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).
4	Eu sou capaz de colocar o bebê em pé, junto a mim, com a cabeça encostada no meu ombro após cada mamada para ele arrotar.
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.
7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.
8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.
9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.
11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê quando ele fizer xixi e cocô.
12	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa quando ele tiver feito xixi.
13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.
14	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos.
15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.
16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.
17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.
18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.
19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.
20	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família, com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão.
21	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/ mamadeira.
22	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.
23	Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir de barriga para cima e com o rosto virado para o lado.
24	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (Exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).
25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).

26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (Exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).
27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.
28	Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.
29	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.
30	Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.
31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).
32	Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.
33	Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.

Fonte: Própria autora

4.2 Polo Empírico

4.2.1 Caracterização da amostra

Participaram desta fase 196 indivíduos, dos quais 34 eram gestantes enquanto que 162 eram cuidadores de crianças em período neonatal. A distribuição da amostra de acordo com suas características sociodemográficas está apresentada na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes do estudo conforme características sociodemográficas. Redenção, 2020.

Variáveis	n	%	Média	DP
Idade (n=196)			25,18 anos	±6,8
≤ 18	32	16,3		
19 – 29	113	57,7		
30 - 39	46	23,5		
≥ 40	5	2,6		
Anos de estudo (n=196)			10,56	±2,4
Até 9 anos	64	32,7		
10 – 12	109	55,6		
13 ou mais	23	11,7		
Ocupação (n=196)				
Dona de casa	100	51,0		
Estudante	25	12,8		
Agricultora	16	8,2		
Outros	55	28,1		
Cidade (n=196)				
Acarape	26	13,3		
Fortaleza	112	57,1		
Redenção	58	29,6		
Zona de moradia (n=196)				
Urbana	135	68,9		
Rural	61	31,1		
Estado civil (n=196)				
Com companheiro	167	85,2		
Sem companheiro	29	14,8		
Raça (n=196)				
Branco	17	8,7		
Preto	18	9,2		
Pardo	154	78,6		
Amarelo	7	3,6		
Renda per capita (n=195)*				
0 - ¼ SM	109	55,6		
≥ ¼ SM - ½ SM	58	29,6		
≥ ½ SM - 1 SM	20	10,2		
≥ 1 SM	8	4,1		
Quantidade de pessoas que moram na casa (n=195)			4,28	±1,4
2 - 3	68	34,7		
4 – 5	94	48,0		
6 – 10	33	16,8		
Parentesco (n=196)				
Mãe	194	99,0		
Tia	2	1,0		
Cuidou de RN (n=196)				
Sim	153	78,1		
Não	43	21,9		

Fonte: Própria autora

*Salário mínimo de 2019 – SM (R\$ 998,00)

De acordo com a Tabela 10, a média de idade das participantes foi de 25,18 anos (DP= ±6,8 anos), tendo sido a faixa etária mais predominante a de mulheres entre 19 e 29 anos (n=113; 57,7%), seguida pelas mulheres com idade de 30 a 39 anos (n= 46; 23,5%).

Estes dados corroboram com achados nacionais, visto que, conforme as estatísticas de registro civil do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do ano de 2010 até 2018, a faixa etária de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos são as que possuem maior percentual de nascidos vivos, representando em 2018, 24,4% e 23,5%, respectivamente (IBGE, 2018).

Aldrighia, Wallb e Souza (2018) constataram que a idade materna avançada se configurou como um benefício, já que a experiência conferida pela idade traz preparo, organização e equilíbrio para assumir a responsabilidade para o cuidado com o filho. Ademais, as mulheres que engravidam depois dos 35 anos são mais propensas a serem emocionalmente resolvidas, preparadas para novos desafios, adaptáveis e flexíveis quanto a criação dos filhos (BUDDS; LOCKE; BURR, 2016).

As participantes tinham em média 10,5 anos de estudo (DP= ±2,4 anos), evidenciando que grande parte dos cuidadores possuíam o ensino fundamental completo. De acordo com Cavalcante et al. (2017), acredita-se que a educação dos pais pode oferecer benefícios para além dos recursos materiais advindos da renda, pois estes podem ter maior acesso a informações que influenciam o cuidado infantil e as necessidades de desenvolvimento das crianças.

Pode-se considerar a escolaridade materna como um indicador da sobrevivência infantil. Estudos identificaram que a baixa escolaridade ou nenhum estudo materno está diretamente relacionada com a ocorrência de baixo peso ao nascer do recém-nascido e maior incidência de mortalidade neonatal (NILSON et al., 2015; BARBEIRO et al., 2015). A baixa instrução ocasiona desinformação, podendo acarretar desinteresse pelos cuidados com a saúde e a dificuldade ao acesso aos serviços de saúde (MIRANDA et al., 2017).

Cerca de 51% das participantes tinham como ocupação serem donas de casa. Corroborando com tais achados, estudo realizado no interior do Ceará com 238 mães também constatou que grande parte delas (41,2%) era dona de casa (OLIVEIRA et al., 2017). Somando-se a isso, Pantenburg et al. (2014) constatou em seu estudo que há uma influência da ocupação materna na saúde das crianças, inferindo que as mães que trabalham fora do lar possuem menos tempo para cuidarem dos seus filhos, podendo isto influenciar na qualidade dos cuidados maternos ofertados a eles.

Além disso, cerca de 68,9% da amostra eram da zona urbana e 31,1% eram da zona rural, distribuídas em cidades do interior (Acarape e Redenção) (42,9%) e Fortaleza (57,1%). Estudo acerca das crenças e cuidados maternos, constatou que as mães da zona rural possuíam mais tempo para cuidarem dos filhos, sendo que a maioria (91%) ficava em seus lares nos três períodos do dia. Ademais, as crenças e práticas de cuidado materno com os filhos possuem configurações distintas a depender do meio em que as mães residem (KOBARG; VIEIRA, 2008).

Cerca de 85,2% da amostra relataram viver com companheiros e 55,6% viver com renda *per capita* inferior ou igual a R\$ 249,50. Pesquisa realizada com puérperas de uma maternidade de Fortaleza, constatou que a maioria delas vivia sem vínculo formal com seus companheiros, possuía até dois salários mínimos e dependia financeiramente dos seus parceiros (DODT et al., 2010). Resultados semelhantes foram verificados por Costa et al. (2013a), os quais constataram que a maioria das puérperas participantes do estudo vivia com seus companheiros (49,0%) ou era casada (27,8%) e sobrevivia com renda de até dois salários mínimos.

Em relação a quantidade de pessoas que moravam na residência, 48% das participantes afirmaram possuir um núcleo familiar composto de 4 a 5 pessoas. Estudo realizado com cuidadores de recém-nascidos, verificou que 60,2% dos participantes viviam com o companheiro e filhos, enquanto que 11,4% viviam com filhos, companheiro e outros familiares em um mesmo domicílio (SANTOS et al., 2012).

Além disso, percebeu-se que quase a totalidade da amostra foi composta por mães (n= 194; 99,0%). Isso pode ser explicado pelo fato de a mãe ainda ser a principal promotora de cuidado à criança, embora, por vezes, o cuidado possa ser compartilhado com outras pessoas do núcleo familiar (GOMES et al., 2015).

Cerca de 57,1% das cuidadoras desta pesquisa afirmaram já ter cuidado de algum recém-nascido previamente. Pode-se inferir que isto auxilia as mães a realizarem melhor os cuidados subsequentes a outros recém-nascidos, pois já possuem mais experiência em realizá-los. No entanto, cerca de 21,9% negaram ter realizado algum cuidado prévio a algum recém-nascido. Este fato, pode gerar sentimentos de ansiedade e medo ao experienciar situações que não estavam preparadas, principalmente se for o primeiro filho, devido a inexperiência de cuidar (PEREIRA et al., 2012).

Na Tabela 11 estão apresentadas as informações sobre os dados gestacionais das cuidadoras e dados relacionados ao neonato.

Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo conforme características sociodemográficas. Redenção, 2020.

Variáveis	n	%	Média	DP
Número de gestações (n= 194)			2,2	±1,2
1 – 2	139	70,9		
3 – 4	44	22,4		
5 ou mais	11	5,6		
Todas as crianças estão vivas (n= 196)				
Sim	144	73,5		
Não	37	18,9		
Não se aplica	15	7,7		
Criança faleceu (n= 196)				
Sim	39	19,9		
Não	136	69,4		
Não se aplica	21	10,7		
Número de dias de vida (n= 159)			5,1	±5,8
0 – 6 dias	119	60,7		
7 – 27 dias	40	20,4		
Sexo (n= 162)				
Masculino	90	55,6		
Feminino	72	44,4		
Apgar (n= 154)				
7 – 10	39	25,3		
Não informado	115	76,7		
Peso ao nascer (n= 127)			3.208,5g	±416,1
2.443 – 4.999g	3	1,5		
2.500 – 3.000g	41	20,9		
≥ 3.001g	83	42,3		
Local de nascimento				
Maternidade	162	82,7		
Não se aplica (ainda gestantes)	34	17,3		

Fonte: Própria autora

Conforme os dados da Tabela 11, nota-se que a maioria das mulheres entrevistadas possuía de uma a duas gestações (n= 139; 70,9%). Em estudo sobre os fatores associados à não realização de pré-natal, constatou-se que as mulheres múltiparas apresentaram risco duas vezes maior para não realização de pré-natal quando comparadas às primíparas (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014), resultando em maior risco para o binômio mãe-criança. Para tanto, ressalta-se a importância no acompanhamento pré-natal por possibilitar a identificação em tempo oportuno de quaisquer problemas.

Ademais, pesquisas afirmam que a assistência pré-natal inadequada é um dos fatores de risco mais importantes na mortalidade neonatal (ALMEIDA et al.; 2005; VICTORA, 2001; BARROS et al.; 2005). Assim, além de ampliar o acesso, é necessário investir na

melhoria da qualidade da assistência pré-natal, mediante manejo adequado das gestantes com fatores de risco e complicações (MALTA et al., 2019) e promovendo momentos de aprendizagem acerca dos cuidados com os recém-nascidos.

Estudo que investigou os óbitos neonatais em uma unidade de cuidados intermediários constatou que eles aconteceram com maior incidência em filhos de mães primíparas (SILVA et al., 2019). Isso pode estar associado às intercorrências que podem se desenvolver na primeira gestação, como distorcias obstétricas (BATELLO; SCHERMANN, 2013).

A maioria das participantes referiu não possuir histórico de abortamento e que todas as crianças gestadas estavam vivas (n= 144; 73,5%), contrastando com as 39 (19,9%) que relataram histórico de óbito fetal e neonatal. Vale destacar que as principais causas de óbito foram o aborto espontâneo e a prematuridade.

A redução das taxas de mortalidade infantil é um reflexo dos avanços científicos e a melhoria da assistência em saúde direcionadas a essa população. A taxa de mortalidade estimada para menores de 5 anos no Brasil foi de 52,1 para cada mil nascidos, em 1990, passando para 17,0/1000 nascidos vivos, em 2015, representando uma diminuição de 67,6% (FRANÇA et al., 2017).

Contudo, a maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês e os principais fatores relacionados ao óbito neonatal segundo a literatura são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intra-parto, as infecções perinatais e os fatores maternos (LANSKY et al., 2014).

Ainda assim, evidencia-se que muitas das causas de óbitos neonatais são evitáveis, principalmente por estar associado à gestação, parto e na atenção ao recém-nascido (ARECO, KONSTANTYNERE; TADDEI, 2016; LASNKY et al., 2014).

Desse modo, é imprescindível que haja um fortalecimento da rede de atenção perinatal, promovendo uma continuidade do cuidado integral desde o pré-natal da gestante à assistência neonatal (VICTORA et al., 2011; ALMEIDA et al., 2015). Posto isso, as estratégias de acompanhamento por parte dos profissionais de saúde devem ser reorganizadas para possibilitar uma atenção de qualidade durante a gestação, no momento do nascimento e nos cuidados destinados aos recém-nascidos.

Boa parte dos neonatos tinham de zero a seis dias de vida (n= 119; 60,7%), era do sexo masculino (n= 90; 55,6%), muitos cuidadores não souberam informar o índice de apgar

das crianças (n= 115; 76,7%), o peso ao nascer predominante foi de $\geq 3.001\text{g}$ (N= 83; 42,3%) e o local de nascimento prevalente foi a maternidade (N= 162; 82,7%).

O período neonatal, compreendido nos primeiros 27 dias após o parto, apresenta-se com uma fase de maior vulnerabilidade à saúde infantil. Sendo assim, requer cuidados adequados com maior vigilância e acompanhamento por parte dos profissionais da saúde, à vista de garantir um melhor crescimento e desenvolvimento da criança (PINHEIRO *et al.*, 2016).

Pesquisa que avaliou o perfil da mortalidade de neonatos em um hospital público do Tocantins mostrou que todos os óbitos neonatais aconteceram no período neonatal precoce, isto é, nos primeiros seis dias de vida da criança (MACHADO *et al.*, 2018).

Em virtude desse cenário, vale destacar a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) (BRASIL, 2004) e dentre as ações essenciais da Atenção Primária à Saúde para a execução dessa linha de cuidado, destaca-se a visita domiciliar como uma potente estratégia para a continuidade dos cuidados ao binômio mãe e recém-nascido.

A PSSI é um protocolo de atenção que visa possibilitar uma assistência integral e multiprofissional à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, a fim de identificar sinais de risco que possam comprometer o crescimento e desenvolvimento saudável do neonato, orientar as puérperas acerca dos cuidados com o mesmo, incentivar o aleitamento materno, oferecer apoio às dificuldades apresentadas, verificar e aprazar as vacinas e agendar a consulta de puericultura (BRASIL, 2004), contribuindo, assim, para a redução da morbimortalidade infantil e para garantia de qualidade de vida das crianças.

Grande parte dos neonatos deste estudo eram do sexo masculino (n= 90; 55,6%), esse determinante consiste em um fator de risco para a mortalidade neonatal visto que estudos mostram que os óbitos nos primeiros 28 dias de vida da criança ocorrem com maior frequência entre crianças do sexo masculino (MACHADO *et al.*, 2018). Isso pode estar associado ao fato de a maturação mais rápida do pulmão ocorrer em fetos do sexo feminino, diminuindo assim, o risco de complicações respiratórias (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Em relação a avaliação clínica do neonato ao nascer, observou-se que muitos cuidadores não souberam relatar o valor do Índice de Apgar (n= 115; 76,7%). Corroborando com isso, estudo de Pereira *et al.* (2015) verificou um alto número de mães que desconhecem esse índice.

Outro fator importante de ser avaliado no que concerne ao cuidado ao neonato diz respeito ao peso ao nascer. Em relação a esse determinante, notou-se que a maioria das crianças

estudadas nasceu com peso superior ou igual a 2.500 g. Esse achado é positivo, pois a literatura mostra que as complicações e morbimortalidade acontecem com maior frequência em crianças com baixo peso ao nascer (MACHADO et al., 2018).

Entretanto, ressalta-se que esse é um dado obtido a partir da carteira de vacinação ou documento de alta hospitalar. Sendo assim, salienta-se a importância do registro deste índice, bem como a necessidade de serem realizadas atividades de orientação acerca do tema por parte dos profissionais de saúde.

4.3 Polo Analítico

4.3.1 *Validade de Construto*

4.3.1.1 Análise Fatorial Exploratória

Neste estudo, para determinar a quais domínios/fatores os 33 itens da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) pertenceriam, foi feita a análise fatorial exploratória, a fim de agrupar os itens que se relacionavam e definir quais as dimensões adjacentes comuns (GOMES, 2015).

Como o interesse da escala é observar um construto latente (autoeficácia), fez-se premente a realização deste tipo de análise, uma vez que esta é a que melhor explica a inter-relação entre um conjunto de itens (DAMÁSIO, 2012).

No entanto, para a realização desta análise é imprescindível que alguns pressupostos sejam atendidos. O primeiro deles consiste em avaliar se a matriz de dados pode ser fatorada, ou seja, se pode ser submetida à análise fatorial (PASQUALI, 1999).

Para análise desse requisito, foram utilizados o critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), também chamado de índice de adequação de amostra, e o Teste de Esfericidade de Bartlett, os quais são os mais utilizados para essa finalidade (DZIUBAN; SHIRKEY, 1974). Esses testes visam identificar a existência de correlação na matriz avaliada. Caso os valores mínimos não forem alcançados, demonstra-se que as variáveis que compõem o instrumento são independentes entre si e, portanto, não teriam correlação, sendo inapropriado o agrupamento em fatores (FIELD, 2009).

Os valores de KMO variam de zero a um, sendo que quanto mais próximo de um, maior é a correlação entre as variáveis estudadas, sendo possível, nesses casos, a execução da

análise fatorial (PASQUALI, 1999). Neste critério, a escala atingiu o coeficiente de 0,765, ultrapassando o valor mínimo de 0,6 estipulado por Kaiser (1970, 1974). Ainda, Hutcheson e Sofroniou (1999) referem que valores de KMO inferiores a 0,5 são considerados inaceitáveis, que variam de 0,5 a 0,7 são medíocres, de 0,7 a 0,8 são bons e de 0,8 a 0,9 são ótimos.

Já no que se refere ao Teste de Esfericidade de Bartlett, que examina se a matriz da população é similar à uma matriz identidade, o que demonstraria, em caso de similaridade, que as variáveis do instrumento não se relacionam entre si ou que a correlação é muito próxima de zero, a escala desenvolvida neste estudo atingiu o valor de 2572,84 ($p < 0,001$). Esse resultado confirma a diferença entre as matrizes, o que demonstra que a análise fatorial consiste em uma técnica adequada para ser executada (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

Utilizou-se a matriz de correlação policórica para avaliar a força da relação entre os 33 itens da escala (instrumento-piloto). A escolha desse tipo de matriz em detrimento da matriz de correlação de Pearson, deveu-se ao fato desta se adequar melhor a escalas Likert, isto é, com respostas ordinais ao invés de respostas escalares. Além disso, seu uso é recomendado quando as distribuições univariadas dos itens ordinais são assimétricas ou com excesso de curtose. Se ambos os valores forem menores que um, em valor absoluto, a correlação de Pearson é recomendada (MUTHÉN; KAPLAN, 1985, 1992).

Todavia, por meio da Tabela 12 é possível perceber que 100% dos itens feriam um ou ambos os pressupostos para a utilização da matriz de Pearson (valores < 1), conforme destacado em negrito. Dessa maneira, optou-se pelo uso da matriz policórica por se adequar melhor ao modelo.

Tabela 12 - Caracterização dos itens da escala (instrumento-piloto) quanto à média, intervalo de confiança (IC), variância, assimetria e curtose. Redenção, 2020.

ITEM	MÉDIA	IC (95%)	VARIÂNCIA	ASSIMETRIA	CURTOSE
1	3.097	(2.81 - 3.39)	2.475	-0.082	-1.450
2	4.469	(4.28 - 4.66)	1.055	-2.004	3.164
3	4.199	(3.99 - 4.41)	1.312	-1.358	0.943
4	4.832	(4.74 - 4.93)	0.262	-3.207	9.764
5	4.806	(4.68 - 4.93)	0.452	-3.795	14.385
6	4.551	(4.39 - 4.71)	0.768	-2.100	4.178
7	4.811	(4.70 - 4.92)	0.378	-3.973	17.325
8	4.816	(4.70 - 4.93)	0.385	-4.111	18.145
9	4.224	(3.98 - 4.46)	1.715	-1.504	0.863
10	4.602	(4.43 - 4.77)	0.862	-2.627	6.399
11	4.949	(4.89 - 5.01)	0.120	-8.946	90.138
12	4.556	(4.36 - 4.75)	1.104	-2.510	5.195
13	4.816	(4.71 - 4.93)	0.364	-4.233	19.808
14	4.173	(3.94 - 4.40)	1.572	-1.393	0.698
15	4.923	(4.86 - 4.98)	0.111	-4.669	21.692
16	4.908	(4.81 - 5.00)	0.277	-6.634	44.748
17	4.582	(4.41 - 4.75)	0.876	-2.528	5.924
18	4.816	(4.70 - 4.93)	0.395	-4.302	20.263
19	4.781	(4.64 - 4.92)	0.549	-3.710	13.266
20	4.944	(4.87 - 5.01)	0.145	-8.393	75.309
21	3.051	(2.74 - 3.36)	2.885	-0.049	-1.653
22	4.036	(3.80 - 4.27)	1.667	-1.096	-0.021
23	4.128	(3.88 - 4.38)	1.877	-1.369	0.427
24	4.862	(4.75 - 4.97)	0.364	-4.841	23.550
25	4.143	(3.90 - 4.39)	1.776	-1.382	0.556
26	4.546	(4.37 - 4.72)	0.891	-2.311	4.980
27	4.852	(4.76 - 4.94)	0.238	-3.510	11.957
28	4.888	(4.79 - 4.99)	0.304	-5.566	31.683
29	4.949	(4.89 - 5.01)	0.120	-8.946	90.138
30	4.959	(4.90 - 5.02)	0.111	-9.948	106.938
31	4.755	(4.65 - 4.86)	0.328	-2.239	3.679
32	4.878	(4.80 - 4.96)	0.199	-3.994	16.174
33	4.173	(3.94 - 4.41)	1.674	-1.434	0.775

Fonte: Própria autora

^aIC – Intervalo de Confiança

A matriz de correlação policórica está exposta na Tabela 13. No que tange às matrizes de correlação, Tabachnick e Fidell (2001) orientam quanto a necessidade de serem identificados coeficientes iguais ou superiores a 0,3. Dessa forma, pode-se observar a existência de diversos coeficientes neste intervalo, destacados em negrito, os quais estão presentes nos 33 itens (100%).

Salienta-se que as correlações entre os itens variaram de -0,001 a 0,973. Também, notou-se a existência de correlação muito alta ($\geq 0,80$) entre os itens 30 e 20 (0,973), 32 e 20 (0,892) e 29 e 28 (0,829) (Tabela 13). Assim, optou-se por excluir, pelo menos, um dos itens altamente relacionados entre si em virtude da multicolinearidade, já que esta inviabilizava a realização da análise paralela, bem como poderia ocasionar inferências e estimativas equivocadas (PETT; LACKEY; SULLIVAN, 2003).

Assim, para determinar quais dos itens supracitados seriam excluídos do instrumento, estes foram ordenados de forma crescente, no que concerne a sua variância individual ([item 30 – 0,111 e item 20 – 0,145]; [item 20 – 0,145 e item 32 – 0,199]; [item 29 – 0,120 e item 28 – 0,304]), pois, dessa maneira, seriam excluídos os itens que menos contribuíam para a variância explicada do modelo. No entanto, salienta-se que a exclusão foi feita de forma individual e sequencial até se chegar a uma quantidade de itens em que a análise paralela fosse viável.

Isto posto, foram excluídos, respectivamente, os itens 30 (*Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê*), 20 (*Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família, com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão*) e 29 (*Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê*).

Após a exclusão dos itens, realizou-se novamente a análise dos testes de KMO e Bartlett, os quais apresentaram valores respectivos de 0,847 e 2120,3 ($p < 0,001$), reafirmando que os dados poderiam ser fatorados.

Para tanto, foi utilizado o método de extração *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS) (ASPAROUHOV; MUTHEN, 2010). A decisão acerca do número de fatores a ser retido foi feita por meio da técnica de Análise Paralela com permutação aleatória dos dados observados (TIMMERMAN; LORENZO-SEVA, 2011) e a rotação usada foi a *Robust Oblimin* (LORENZO-SEVA; FERRANDO, 2019).

A retenção satisfatória do número de fatores é essencial, visto que a super e subestimação de fatores contribuem, respectivamente, para a construção de instrumentos com inadequado poder explicativo acerca do construto ou que tiveram perda de informações em sua elaboração (HAYTON; ALLEN; SCARPELLO, 2004; PATIL et al., 2008; FRANKLIN et al., 1995).

Atualmente, existem diferentes maneiras de se extrair fatores de um instrumento, dentre eles, o critério de Kaiser-Guttman ou autovalor e o *scree plot* ou diagrama de declividade. O primeiro considera satisfatório para retenção dos fatores, àqueles que possuem *eigenvalue* (autovalor) maior que 1. Esse ponto de corte é levado em consideração, porque valores inferiores a este contribuiriam menos que um item para a variância explicada do construto (PALLANT, 2005; FLOYD; WIDAMAN, 1995), porém há relatos acerca da superestimação de fatores quando se usa esse método (PATIL et al., 2008).

Já o *scree plot* é um gráfico no qual são expressos todos os *eigenvalues*. Assim, ele será formado por fatores com autovalores muito altos e outros com autovalores relativamente baixos. Em virtude disso, o gráfico ganha uma forma característica que consiste em uma inclinação acentuada seguida de uma cauda com tendência linear horizontalmente (POLIT; BECK, 2019) e o objetivo é identificar o ponto em que essa tendência linear aparece. Em casos em que os fatores são bem definidos esse método é satisfatório, porém nos casos mais complexos sua interpretação passa a ser subjetiva e ambígua (HAYTON et al., 2004).

Por conta disso, optou-se por definir o número de fatores por meio da técnica de análise paralela, a qual vem sendo bastante utilizada no cenário internacional por gerar resultados mais consistentes no que concerne a retenção de fatores (LORENZO-SEVA et al., 2011), uma vez que considera o erro amostral e é pouco afetada por tamanho da amostra ou saturação dos componentes dos itens (VELICER et al., 2000). Esta técnica é considerada uma

das mais robustas e precisas para testes de dimensionalidade (HOWARD, 2016; MATSUMOTO, 2017).

Esse método consiste na elaboração de um conjunto aleatório de matrizes de correlação entre as variáveis com a mesma quantidade de indivíduos e variáveis investigadas dos dados reais (LAROS, 2004). A matriz hipotética é fatorada por inúmeras vezes, sendo que a definição desse valor vai depender da robustez escolhida pelo pesquisador. Neste estudo a matriz foi fatorada 500 vezes. Vale salientar que essa fatoração gera *eigenvalues* e sua média é calculada, sendo que esses valores são comparados com os *eigenvalues* da matriz real.

A definição do número de fatores a ser retido diz respeito aqueles que possuam *eigenvalue* superior a 1 e que tenham valor maior que o respectivo *eigenvalue* da matriz aleatória (O'CONNOR, 2000). Para fins de interpretação é recomendado que se leve em consideração os valores no intervalo de confiança de 95% (CRAWFORD et al., 2010).

A análise paralela identificou a existência de um único fator, uma vez que somente no primeiro fator da matriz real dos dados os *eigenvalues* foram superiores ao da matriz aleatória (Tabela 14).

Tabela 14 – *Eigenvalues* (autovalores) e percentuais, média e intervalo de confiança (IC – 95%) da variância dos dados reais e da matriz aleatória. Redenção, 2020.

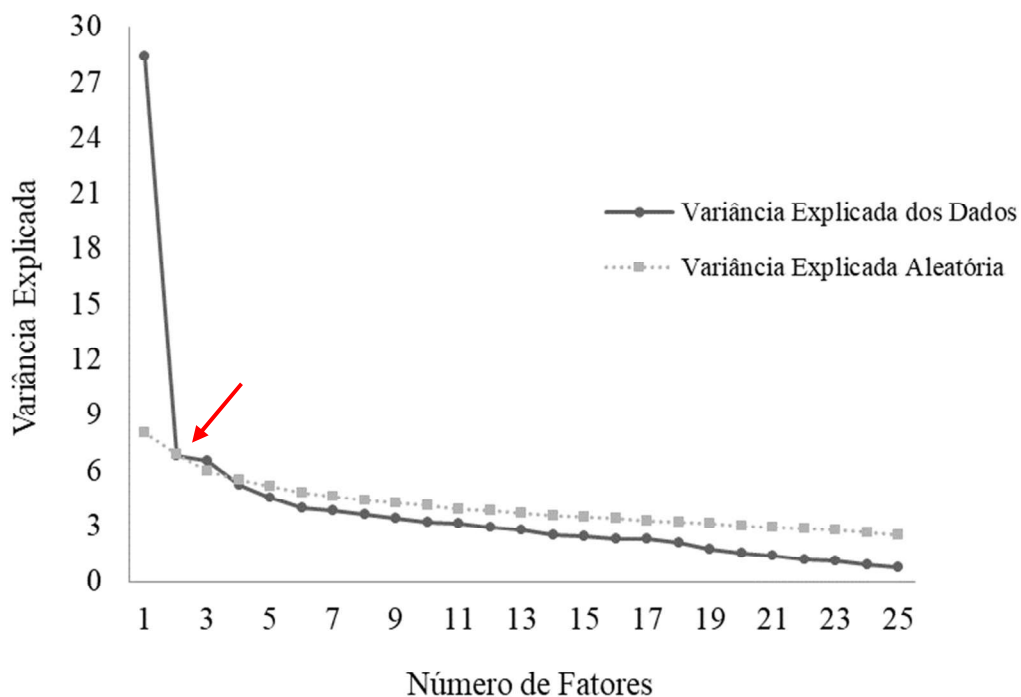
(Continua)

ITEM	Dados reais	Média de randomização	95% de randomização
	% de variância	% de variância	% de variância
1	28,4539	7,1637	8,0770
2	6,7888	6,0728	6,8619
3	6,5660	5,3688	5,9914
4	5,2115	4,9752	5,5181
5	4,4947	4,7053	5,1254
6	3,9358	4,4941	4,8201
7	3,8431	4,3076	4,6138
8	3,6485	4,1556	4,4144
9	3,4462	4,0192	4,2473
10	3,2130	3,8837	4,0777
11	3,1145	3,7642	3,9287
12	2,9617	3,6525	3,8091
13	2,8197	3,5478	3,6939
14	2,4979	3,4474	3,5680
15	2,4337	3,3505	3,4729
16	2,3113	3,2557	3,3872
17	2,2738	3,1545	3,3007
18	2,1149	3,0566	3,2089
19	1,7289	2,9566	3,1138
20	1,5766	2,8474	3,0301
21	1,3830	2,7353	2,9414
22	1,2162	2,6215	2,8563
23	1,1593	2,4921	2,7653
24	0,9145	2,3450	2,6518
25	0,7698	2,1708	2,5251
26	0,5354	1,9411	2,3550
27	0,3467	1,6399	2,2308
28	0,2370	1,2398	1,9208
29	0,0038	0,6353	1,4353

Fonte: Própria autora

A representação gráfica do método de análise paralela está apresentada na figura abaixo (Figura 4), na qual há a demarcação do ponto em que a variância explicada dos dados é maior que a variância explicada aleatória, o que demonstra que os demais fatores poderiam ser extraídos de erro.

Figura 4 – *Scree Plot* do procedimento de análise paralela da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo. Redenção, 2020.



Fonte: Própria autora

Com o objetivo de se comprovar ou não a unidimensionalidade da escala, foram realizados os testes *Unidimensional Congruence* (UniCo), *Explained Common Variance* (ECV) e *Mean of Item Residual Absolute Loadings* (MIREAL). Segundo, Ferrando e Lorenzo-Seva (2018), o instrumento pode ser considerado unidimensional quando ele alcança valores maiores ou iguais a 0,95 no teste UniCo, 0,85 no ECV ou quando os valores de MIREAL são inferiores a 0,30.

A Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) alcançou a seguinte pontuação: 0,965 no UniCo, 0,839 no ECV e 0,153 no MIREAL, demonstrando que pode ser considerada como unidimensional em dois dos testes, conforme mostrado na análise paralela.

Além disso, foi realizada a análise fatorial confirmatória a fim de determinar se o modelo era realmente adequado. Existem vários testes para esse fim, dentre eles o ajuste de modelo pelo teste de qui-quadrado (χ^2) que tem o objetivo de determinar em que medida a matriz proposta pelo pesquisador é equivalente a matriz variância-covariância amostral. Segundo Brown (2006), o valor de p do χ^2 deve ser superior a 0,05 para que o modelo seja adequado.

Outra forma de confirmar se o modelo é adequado, consiste na utilização de índices de ajustes residuais. Neste estudo, utilizou-se o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA) que consiste em definir o quão bem o modelo proposto se adequa a amostra modelo real, sendo necessário que o valor de p não ultrapasse 0,6 para que o modelo seja considerado adequado (BROWN, 2006).

Ainda acerca deste tema existem os índices de comparação, dentre eles estão o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Non-Normed Fit Index* (NNFI), o primeiro compara o modelo estimado com um modelo nulo ou de independência, isto é, em que a covariância entre as variáveis é igual a zero. Assim, é recomendado que os valores de p desses testes sejam acima de 0,95 (HAIR et al., 2014).

Isto posto, percebeu-se que os índices de ajuste no modelo final foram satisfatórios ($\chi^2 = 346,245$; gl = 405, p = 0,98; RMSEA < 0,001, IC 95% = [0,000 – 0,05]; CFI = 1,056; NNFI = 1,060), sugerindo sua aceitabilidade.

Na Tabela 15 está apresentada a matriz fatorial com a respectiva saturação dos componentes de cada item da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT).

Tabela 15 - Matriz fatorial da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo com retenção de um fator. Redenção, 2020.

ITEM	F 1	h ²
1	,300	,090
2	,307	,094
3	,418	,175
4	,397	,158
5	,442	,195
6	,487	,237
7	,469	,220
8	,559	,312
9	,496	,246
10	,676	,456
11	,569	,324
12	,185	,034
13	,419	,176
14	,168	,028
15	,666	,443
16	,616	,379
17	,397	,158
18	,529	,280
19	,411	,169
21	,196	,038
22	,222	,049
23	,153	,023
24	,773	,598
25	,401	,161
26	,611	,373
27	,443	,196
28	,551	,304
31	,645	,416
32	,861	,742
33	,431	,186

Fonte: Própria autora

Método de extração: *Robust Diagonally Weighted Least Squares* (RDWLS)

Conforme mostrado na Tabela 15, percebe-se que os itens 12 (*Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa quando ele estiver feito xixi*), 14 (*Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos*), 21 (*Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/mamadeira*), 22 (*Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme*) e 23 (*Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir de barriga para cima e com o rosto lateralizado*) não alcançaram saturação de componentes satisfatória, superior ou igual a 0,3, que corresponde ao ponto de corte mínimo para ser comprovada uma correlação (PALLANT, 2005) e foram, portanto, excluídos da escala.

Baseando-se ainda na Tabela 15 é possível notar que nela também são expressos os valores de comunalidade, que se referem a variância comum que uma variável compartilha com outra variável ou medida. É uma medida de proporção da variância explicada pelos fatores que forem extraídos (FIELD, 2009), ou seja, refere-se a quão bem cada variável é explicada pelos fatores. As variáveis melhor explicadas pelo fator foram os itens 10 ($h^2=,456$), 15 ($h^2=,443$), 24 ($h^2=,598$), 31 ($h^2=,416$) e 32 ($h^2=,742$).

Embora, inicialmente tenha se determinado três fatores na escala após a realização da análise paralela e dos testes de unidimensionalidade foi identificado a presença de um único fator. Salienta-se que os itens que alcançaram saturação de componentes inferior a 0,3 foram excluídos da última versão da escala (12, 14, 21, 22 e 23).

Assim, a Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) passou a ser constituída de 25 itens, que se relacionam ao único fator do instrumento, o qual foi denominado como “perspectiva de autoeficácia”. Além disso, a ordem dos itens foi modificada, sendo aderida a sequência cronológica com a qual se realiza o cuidado ao neonato. A última versão da escala está exposta na Tabela 16.

Tabela 16 – Itens da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo, alocados em seu fator adequado. Redenção, 2020.

(Continua)		
NUMERAÇÃO ANTERIOR	FATOR PERSPECTIVA DE AUTOEFICÁCIA	NUMERAÇÃO NA ÚLTIMA VERSÃO DA ESCALA
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.	1
2	Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê quando ele desejar.	2
3	Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta durante a amamentação (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).	3
4	Eu sou capaz de colocar o bebê em pé, junto a mim, com a cabeça encostada no meu ombro após cada mamada para ele arrotar.	4

		(Continuação)
NUMERAÇÃO ANTERIOR	FATOR PERSPECTIVA DE AUTOEFICÁCIA	NUMERAÇÃO NA ÚLTIMA VERSÃO DA ESCALA
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.	5
1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (Exemplo: em caso de engasgo).	6
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.	7
11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê quando ele fizer xixi e cocô.	8
13	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.	9
15	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.	10
17	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.	11
18	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.	12
16	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.	13
7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	14
8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.	15
9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.	16
19	Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.	17
32	Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.	18
33	Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.	19
25	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).	20
26	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (Exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).	21
31	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).	22

NUMERAÇÃO ANTERIOR	FATOR PERSPECTIVA DE AUTOEFICÁCIA	(Conclusão)
		NUMERAÇÃO NA ÚLTIMA VERSÃO DA ESCALA
27	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.	23
28	Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.	24
24	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (Exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).	25

Fonte: Própria autora.

Ademais, foi calculada a *Expected A Posteriori* (EAP), que consiste no valor esperado da distribuição de probabilidade posterior dos escores de características latentes para um determinado caso, ou seja, avalia o quão confiável é o escore obtido pelo instrumento em cada fator. São considerados como satisfatórios valores superiores a 0,70. Neste estudo, a escala alcançou um valor de 0,928 na EAP (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2016), demonstrando sua confiabilidade.

Outra avaliação que foi realizada consistiu na mensuração do *Factor Determinacy Index* (FDI), o qual se refere em que medida os escores obtidos pelos respondentes da escala representam o traço latente. A escala atingiu neste teste o valor de 0,963 demonstrando-se satisfatória, visto que literatura recomenda como adequados, valores superiores a 0,80 para pesquisa e 0,90 para prática clínica (FERRANDO; LORENZO-SEVA, 2016).

Por fim, foi calculado o índice H ou *Generalized H* (G-H) *Index*, que analisa se o conjunto dos itens representa um fator comum. Esse índice varia de 0 a 1, sendo que altos valores de H ($>0,80$) sugerem um traço latente bem definido. Valores abaixo desse ponto de corte podem sugerir uma variável mal definida e que provavelmente mudará em estudos futuros (HANCOCK; MUELLER, 2000).

Existem dois tipos de índice H, o latente que avalia até que ponto o fator pode ser identificado pelos itens e o observado que avalia o quão bem ele pode ser identificado nas pontuações observadas dos itens. Recomenda-se que esses índices sejam superiores a 0,80 e a escala alcançou, respectivamente, 0,928 e 0,720, demonstrando sua qualidade.

4.3.1.2 Testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados

Na Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT), em cada item analisado, o participante recebe uma pontuação que varia de 1 a 5, conforme a frequência de concordância referida pelo próprio indivíduo. Dessa forma, com a última versão da escala (25 itens), a pontuação total pode variar de 25 a 125 pontos, sendo que quanto maior o escore total obtido na escala maior autoconfiança o respondente possui acerca de sua habilidade em cuidar do neonato a termo.

Após analisar o escore total obtido pelos 196 cuidadores entrevistados no polo empírico, observou-se que esse variou de 58 a 125 pontos. Assim, a normatização dos escores foi feita com rigor estatístico por meio de tercis.

Para isso, subdividiram-se os escores globais de todos os participantes em três tercis, a saber: 1º tercil – 33,33; 2º tercil – 66,66 e 3º tercil – 100. Dessa forma, calculou-se as pontuações que inseriam-se em cada intervalo e determinou-se como autoeficácia baixa as pontuações que fossem inferiores ou iguais a 113, o qual correspondeu ao valor máximo referente ao 1º tercil; como autoeficácia moderada os escores pertencentes ao intervalo de 114 a 121, que corresponderam ao intervalo do 2º tercil; e como autoeficácia alta as pontuações superiores ou iguais a 122 por corresponderem ao 3º tercil.

Observou-se que 34% dos cuidadores entrevistados possuíram escore total na Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (AECNT) menor ou igual a 113, enquanto que 41,3% alcançaram escores de 114 a 121 e 24% obtiveram escores de 122 a 125. A normatização desta escala está apresentada no Quadro 9.

Quadro 9 – Normatização dos níveis de autoeficácia, de acordo com o somatório dos valores obtidos pelas mães na Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo. Redenção, 2020.

VALORES OBTIDOS NA ESCALA	NÍVEIS DE AUTOEFICÁCIA
≤ 113	Baixa
114 – 121	Moderada
≥ 122	Elevada

Fonte: Própria autora

Com base nestes pontos de corte e nos seus respectivos níveis de autoeficácia, foi realizado o segundo método de validação de construto, que consistiu na comparação de grupos contrastados ou conhecidos. Para tanto, foram feitas análises inferenciais cruzando variáveis

sociodemográficas e experiência prévia em cuidar de neonatos com os níveis de autoeficácia identificados nas mães estudadas.

Na Tabela 17 é apresentada a associação entre os escores da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) e variáveis sociodemográficas e de cuidado ao neonato relacionadas às famílias estudadas.

Tabela 17 - Associação entre os escores da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo e as variáveis sociodemográficas e de cuidado ao neonato. Redenção, 2020.

Variável	Autoeficácia						p
	Baixa		Moderada		Elevada		
	N	%	N	%	N	%	
Local de residência (N= 196)							0,04^a
Interior	21	25,0	38	45,2	25	29,8	
Capital	47	42,0	43	38,4	22	19,6	
Idade materna (ano) (N=196)							0,01^a
≤ 18	21	65,6	6	18,8	5	15,6	
19 – 29	38	33,6	51	45,1	24	21,2	
30 – 39	7	15,2	22	47,8	17	37,0	
≥ 40	2	40,0	2	40,0	1	24,0	
Escolaridade (ano) (N=196)							0,02^a
≤ 9	32	50,0	20	31,2	12	18,8	
10 – 12	33	30,3	48	44,0	28	25,7	
≥ 13	3	13,0	13	56,5	7	30,4	
Experiência em cuidar de recém-nascido (N=196)							0,02^a
Sim	46	30,1	70	45,8	37	24,2	
Não	22	51,2	11	15,6	10	23,3	

Fonte: Própria autora.

^a Teste do Qui-quadrado de *Pearson*

* Salário mínimo no período da coleta (R\$ 998,00)

Sabe-se que os fatores socioeconômicos podem influenciar direta e indiretamente na saúde e no cuidado promovido à criança, uma vez que, quando precários, contribuem para a maior taxa de adoecimento e mortalidade infantil (SILVA et al., 2017).

No que concerne à esses aspectos e baseando-se na Tabela 17, pode-se perceber que houve associação significativa entre autoeficácia em cuidar do neonato a termo e as variáveis local de moradia (p= 0,04), idade do cuidador (p= 0,01), escolaridade (p= 0,02) e experiência prévia em cuidar de recém-nascido (p= 0,02).

Diante dos resultados, é possível inferir que os cuidadores que residem no interior apresentam maior autoeficácia quando comparados aos que residem na capital. Este resultado se assemelha à pesquisa que comparou as crenças e práticas de cuidado de mães de cidades pequenas e capitais brasileiras, o qual constatou que as mulheres das cidades pequenas referiram

realizar significativamente mais práticas de cuidados primários em seus filhos quando comparadas às mães das capitais (MARTINS et al., 2011). Como a escala ora desenvolvida aborda os cuidados gerais realizados com o neonato esses resultados se corroboram.

Acredita-se que a idade pode influenciar na autoeficácia, uma vez que pessoas com maior faixa etária tendem a ter mais contato com as fontes de autoeficácia, resultando assim em uma maior percepção de autoconfiança (JOVENTINO, 2010).

Outra variável que demonstrou associação significativa com a autoeficácia no cuidado ao neonato foi a idade do cuidador, sendo esta maior nas mulheres que possuíam idade superior a 18 anos. Esses resultados são corroborados pelos achados de Andrade et al. (2015) que mostraram que as mães mais jovens (15-29 anos) possuíam autoeficácia para prevenir diarreia infantil inferior às das mães com maior idade (30-58 anos).

Todavia, estudo que realizou a comparação da autoeficácia na amamentação entre adolescentes e adultas após 24 horas de pós-parto, concluiu que não houve diferença estatística e significativa entre ambas as variáveis, demonstrando que, nesse público, a idade não influenciou a percepção de autoeficácia das mulheres (GUIMARÃES et al., 2017).

A escolaridade consistiu em um determinante significativo para a autoeficácia no cuidado ao neonato, sendo mais satisfatória entre os cuidadores que possuíam escolaridade superior à nove anos de estudo. Pesquisa desenvolvida por Ferreira et al. (2015), demonstrou que os escores na *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF) foram mais elevados nas puérperas com escolaridade superior a 11 anos.

Por fim, a variável experiência prévia no cuidado ao recém-nascido demonstrou-se associada estatisticamente à autoeficácia sendo maior entre os cuidadores que já tinham cuidado de algum recém-nascido. Isso pode ser explicado, visto que a fonte de maior influência na autoeficácia são experiências de êxito, assim, os indivíduos tendem a se sentirem mais confiantes em realizar de maneira satisfatória as atividades bem sucedidas previamente (BANDURA, 2008).

A análise feita mediante avaliação de grupos contrastados ou conhecidos objetivou testar as hipóteses pretendidas neste estudo. Dessa forma, foram confirmadas as hipóteses de a obtenção de escores mais elevados na escala de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo está associada estatisticamente com a maior idade dos cuidadores ($p= 0,01$), bem como com a escolaridade superior a nove anos de estudo ($p= 0,02$) e experiência prévia em cuidar de algum recém-nascido ($p= 0,02$). Todavia, foi refutada a hipótese de que as mães que residissem na capital apresentariam maiores índices de autoeficácia.

4.3.2 Validade de Critério

4.3.2.1 Validade simultânea

A validade de critério se refere ao grau em que os escores de uma medida são consistentes com um padrão-ouro. Assim, nesta fase, foram aplicadas a Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança validada por Oliveira (2019, no prelo) e a Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato (EACNT) desenvolvida neste estudo para 40 cuidadores que participaram da coleta no polo empírico.

Com a finalidade de avaliar se os escores obtidos na escala aqui desenvolvida eram consistentes e similares com o padrão-ouro adotado, os escores globais alcançados por cada participante em cada uma das escalas foram analisados por meio do coeficiente de correlação de *Spearman*. Ressalta-se que não há na literatura um valor mínimo a ser considerado adequado para se determinar a correlação entre as medidas. Geralmente, a existência de significância estatística é o suficiente para constatar se a validade de critério foi atendida (POLIT; BECK, 2019).

Por se tratarem de escalas que possuem formas de mensuração distintas, visto que uma consiste em uma Likert (1 a 5) e a outra é uma medida contínua (0 a 100), optou-se por realizar a padronização da interpretação dos resultados.

Para isso, utilizou-se a normatização da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) descrita na validação de construto e se usou o mesmo pressuposto para interpretar os resultados da Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança.

Assim, os escores globais da Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança foram categorizados em tercis. Logo, a autoeficácia foi classificada em baixa (escores inferiores ou iguais a 90), moderada (escores no intervalo de 91 a 94) e alta (escores superiores ou iguais a 95).

Feito isso, foi calculado o coeficiente de correlação de *Spearman* e os resultados estão apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Índices de correlações (ρ) e níveis de significâncias (p-valor) entre os escores dos instrumentos. Redenção, 2020.

		EACNT	SISC (versão brasileira)
EACNT	ρ	-	,475
	p-valor	-	0,002
SISC (versão brasileira)	ρ	,475	-
	p-valor	0,002	-

Fonte: Própria autora

Por meio dele, foi possível verificar a existência de correlação positiva e estatisticamente significativa entre os escores globais atingidos pelos cuidadores em ambas as escalas $\rho = 475$ ($p = 0,002$), demonstrando a validade da escala desenvolvida quanto ao critério.

4.3.3 Confiabilidade ou Fidedignidade do instrumento

4.3.3.1 Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta

A confiabilidade da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) foi avaliada por meio da consistência interna. Esse tipo de confiabilidade visa mensurar o grau em que os itens estão medindo constantemente o mesmo traço latente subjacente (POLIT; BECK, 2019).

A confiabilidade foi estimada mediante dois testes, alfa de *Cronbach* e confiabilidade composta. Para fins de interpretação, entende-se como adequados os coeficientes que atingem valores iguais ou superiores a 0,80, visto que quanto mais próximo de 1,00 mais forte é a evidência de confiabilidade (POLIT; BECK, 2019).

O alfa de *Cronbach* da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo com seus 25 itens foi de 0,90, demonstrando sua consistência interna. Além do alfa, optou-se por realizar o cálculo da fidedignidade composta, uma vez que este não utiliza o pressuposto da equivalência Tau (igualdade de saturação de componentes) como o alfa e, portanto, vem sendo considerado mais robusto e preciso (SIJTSMA, 2009; VALENTINI; OLIVEIRA; DAMÁSIO, 2016). Neste teste a escala alcançou o valor semelhante ao alfa de *Cronbach* (0,90), reafirmando sua confiabilidade.

5. CONCLUSÕES

Ao término desta pesquisa de elaboração e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala para mensurar a autoeficácia no cuidado ao neonato a termo, pode-se concluir que:

- ❖ Por meio da revisão integrativa da literatura feita nas bases de dados PubMed, Web of Science, LILACS e Cochrane foi possível selecionar 37 manuscritos, construir as definições operacionais do construto, identificar inicialmente os domínios “proteção e segurança”, “cuidados primários” e “relacionamento interpessoal/afetivo” associados ao construto cuidado ao neonato a termo e a construção dos 33 itens da primeira versão da escala;
- ❖ Na validade aparente, realizada com 26 juízes de conteúdo, os 33 itens da primeira versão da escala foram avaliados e todos atingiram, pelo menos, o valor mínimo de 80% de concordância dos juízes quanto à clareza de linguagem e compreensão, pertinência prática e relevância teórica. No que concerne à validade de conteúdo, percebeu-se que todos os itens alcançaram CVC_i e CVC_c superior a 0,80 em todos os critérios avaliados, demonstrando serem representativos do conteúdo do construto, bem como são importantes para o instrumento e se associam com a teoria e construto de interesse. O instrumento alcançou CVC_t de 0,93 no que concerne a clareza de linguagem, 0,94 em pertinência prática, 0,95 em relevância teórica, confirmando sua adequabilidade em relação à validação de conteúdo.
- ❖ Todas as sugestões de modificações nos itens feitas pelos juízes em suas análises foram levadas em consideração, sendo algumas delas acatadas. Após as alterações a segunda versão da escala foi submetida à análise semântica mediante a entrevista de 30 cuidadores. As sugestões deste público foram acatadas e houve a modificação de oito itens (2, 4, 7, 11, 12, 16, 17 e 23), mas, neste momento, nenhum item foi excluído do instrumento. Ao final desta etapa originou-se a terceira versão da escala;
- ❖ A terceira versão da escala (33 itens) foi aplicada para 30 cuidadores na etapa chamada de pré-teste, com uma duração média de oito minutos por participante. Percebeu-se a necessidade de realizar modificações nos itens 2, 3, 4 e 25. Feito isso, originou-se a quarta versão da escala, a qual foi encaminhada para um professor de português para que fossem realizadas todas as adequações ortográficas e gramaticais necessárias. Este profissional fez sua avaliação e não aconteceram modificações nos itens e deu-se origem

a quinta versão da escala (instrumento-piloto) que foi aplicada para 196 cuidadores no polo empírico.

- ❖ No que se refere à caracterização da amostra que participou do polo empírico, notou-se que a média de idade foi de 25,2 anos (DP \pm 6,8), a maioria possuía escolaridade entre 10 e 12 anos de estudo (n= 109; 55,6%), era dona de casa (n= 100; 51,0%), residia em Fortaleza (n= 112; 57,1%), vivia com um companheiro (n= 167; 85,2%), autodeclarou-se parda (n= 154; 78,6%) e sobrevivia com renda *per capita* de até R\$ 249,50 (n= 109; 55,6%). Em relação ao número de pessoas que residiam na moradia, constatou-se uma média de 4,3 pessoas (DP \pm 1,4) por residência. O grau de parentesco de maior prevalência foi o de mães (n= 194; 99,0%), sendo que a maioria da amostra já havia cuidado de um recém-nascido previamente à coleta (n= 153; 78,1%) e tinha engravidado de uma a duas vezes (n= 139; 70,9%). Quanto aos neonatos, percebeu-se que a maioria estava o período neonatal precoce (n= 119; 60,7%), era do sexo masculino (n= 90; 55,6%), tinham índice de apgar não informado (n= 115; 76,7%) pelas cuidadoras, possuíam peso igual ou superior a 2.500 g (n= 124; 97,6%) e tinham nascido em uma maternidade (n= 162; 82,7%).
- ❖ No que corresponde à validade de construto, os dados coletados durante a coleta do polo empírico permitiram a realização da análise fatorial exploratória (KMO = 0,765 e Teste de Esfericidade de Bartlett $<$ 0,001). Na primeira análise fatorial foram excluídos três itens (20, 29, 30) da quinta versão da escala (instrumento piloto) em virtude da multicolinearidade.
- ❖ Na segunda análise fatorial exploratória (KMO = 0,847 e Teste de Esfericidade de Bartlett $<$ 0,001) realizada por meio da técnica de análise paralela foi revelada a existência de um único fator na versão final da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo composto por 25 itens, o qual foi denominado “perspectivas de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo”. A unidimensionalidade do instrumento foi verificada por meio dos testes UniCo, ECV e MIREAL.
- ❖ A qualidade do modelo foi comprovada pela análise fatorial confirmatória, na qual a escala atingiu níveis satisfatórios em relação aos testes realizados. Além disso, obteve resultados satisfatórios nos testes EAP (0,928), demonstrando que os escores obtidos a partir de cada fator são confiáveis; no FDI (0,963), mostrando que os escores obtidos por cada participante refletem o traço latente podendo, portanto, ser utilizada tanto para

fins de pesquisa quanto para a prática clínica; no índice H (0,928) demonstrando um traço latente bem definido e bem identificado pelos itens da escala.

- ❖ Quanto à normatização da escala, definiu-se que o cuidador que obtivesse escore global inferior ou igual a 113 possuía autoeficácia baixa; de 114 a 121 tinha autoeficácia moderada e de 122 ou mais possuía autoeficácia elevada.
- ❖ A validade de construto realizada por meio da comparação de grupos contrastados mostrou que as hipóteses iniciais do estudo foram comprovadas, a saber: escores mais elevados na escala de autoeficácia no cuidado ao neonato a termo estão associados estatisticamente com a maior idade dos cuidadores ($p= 0,01$), bem como com a escolaridade superior a nove anos de estudo ($p= 0,02$) e experiência prévia em cuidar de algum recém-nascido ($p= 0,02$).
- ❖ A validade de critério realizada mediante validade concomitante/concorrente mostrou que os escores obtidos na Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo esteve diretamente relacionado e estatisticamente significativo com a pontuação alcançada pelos cuidadores na Escala de Autoeficácia nos Cuidados com a Criança, demonstrando sua adequabilidade quanto à validade de critério.
- ❖ A Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Recém-nascido a Termo demonstrou possuir alta consistência interna por meio do cálculo do alfa de *Cronbach* (0,90) e da confiabilidade composta (0,90).

Isto posto, concluiu-se, portanto, que a Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo (EACNT) composta por 25 itens (sexta versão) é um instrumento unidimensional, confiável, válido e capaz de avaliar a autoeficácia na promoção de cuidados ao neonato a termo, podendo assim, ser utilizada com segurança nos âmbitos da prática clínica e da pesquisa.

6. RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Os resultados deste estudo ratificam a importância da autoeficácia na promoção de cuidados aos recém-nascidos a termo, sendo que se ressalta a necessidade de serem executadas estratégias pautadas na autoeficácia com a finalidade de aumentar a autoconfiança dos cuidadores e, conseqüentemente, a qualidade de vida do neonato.

O uso da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato a Termo, principalmente, pelos profissionais que atuam na prática clínica poderia direcionar o cuidado de forma individual e facilitar a identificação, por meio dos itens com menor pontuação, das temáticas que necessitariam ser abordadas em orientações e atividades de educação em saúde.

Isso se torna premente, visto que baixos níveis de autoeficácia poderiam contribuir para execução de forma equivocada de alguns cuidados prestados aos neonatos, os quais poderiam trazer danos e conseqüências negativas para os mesmos.

Sabe-se que muitas intercorrências como infecções do coto umbilical, quedas, dermatites, infecções gastrointestinais em virtude de leite artificial, óbitos poderiam ser evitados por meio da adesão de práticas preventivas e cuidados primários adequados. Assim, o uso de uma escala pouco onerosa, de aplicação rápida e de validade comprovada poderia contribuir para a redução destes índices e dos custos tanto para o sistema como para os familiares, justificando sua utilização.

Ademais, a escala ora desenvolvida por possuir comprovadamente confiabilidade e validade poderia ser utilizada desde o período pré-natal a fim de instruir os cuidadores acerca dos cuidados ao recém-nascido aumentando sua autoconfiança durante a execução dessas atividades. Poderia ainda ser usada em intervalos de tempo diferentes para que fosse monitorada a autoeficácia de cada cuidador em diferentes momentos.

Assim, sugere-se a divulgação desta escala para que profissionais do Sistema Único de Saúde que atuem local, regional e nacionalmente possam utilizá-la, bem como recomenda-se a execução de outras pesquisas que busquem investigar a autoeficácia de cuidadores durante a execução de cuidados aos neonatos em diferentes cenários.

Este estudo apresentou como principal limitação a ausência de resposta em algumas variáveis do estudo (ex. índice de apgar e peso ao nascer), o que impediu a realização de inferências mais aprofundadas acerca delas. Assim, ressalta-se a importância de serem disponibilizadas estas informações nos leitos das maternidades e de estas serem repassadas às mães, uma vez que podem interferir em como e quais cuidados devem ser realizados à criança.

Além disso, salienta-se a necessidade de serem realizados estudos que busquem investigar a autoeficácia de gestantes e cuidadores em diferentes locais e amostras a fim possibilitar a investigação da autoeficácia em todas as circunstâncias envolvidas no cuidado ao neonato a termo.

REFERÊNCIAS

- AEDO, A.; ÁVILA, H. Nuevo cuestionario para evaluar la autoeficacia hacia la actividad física en niños. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v. 26, n. 4, 2009.
- AITKEN, M.E.; et al. Grandmothers' Beliefs and Practices in Infant Safe Sleep. **Matern Child Health J.** v.20, n.7, p.464-71, 2016.
- ALDRIGHI, J.D.; WALL, M.L.; SOUZA, S.R.R.K. Vivência de mulheres na gestação em idade tardia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0112, 2018.
- ALEIXO, T.C.S.E.; CARLETO, E.C.; PIRES, F.C.; NASCIMENTO, J.S.G. Conhecimento e análise do processo de orientação de puérperas acerca da amamentação. **Rev Enferm UFSM – REUFSM.**, v. 9, e59, p. 1-18, 2019.
- ALENCAR, D.L.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.M.C.; VIEIRA, J.C.M. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3533-42, 2014.
- ALMEIDA, M.F.B.; MOREIRA, L.M.O.; SANTOS, R.M.V.; KAWAKAMI, M.D.; ANCHIETA, L.M.; GUINSBURG, R. Early neonatal deaths with perinatal asphyxia in very low birth weight Brazilian infants. **J. Perinatol.**, v. 35, n. 11, p. 954-957, 2015.
- ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; NOVAES, M.H.D.; FRANÇA JUNIOR, I., SIQUEIRA, A.A.; SCHOEPS, D. et al. Partos domiciliares acidentais na região Sul do Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 366-375, 2005.
- AMARAL, L.J.X.; SALES, S.S.; CARVALHO, D.P.S.R.P.; CRUZ, G.K.P.; AZEVEDO, I.C.; FERREIRA JUNIOR, M.A. Factors that influence the interruption of exclusive breastfeeding in nursing mothers. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, núm. esp., p.127-134, 2015.
- AMARE, Y. Umbilical cord care in Ethiopia and implications for behavioral change: a qualitative study. **BMC Int Health Hum Rights.**, v.18, n. 14, 2014.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - APA. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. **Pediatrics**, v. 138, n. 5, p. e20162938, 2016. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/5/e20162938.full.pdf>. Acesso em: 20 mai 2019.
- ANDRADE, L.C.O.; MENDES, E.R.R.; VASCONCELOS, I.A.; JOVENTINO, E.S.; ALMEIDA, P.C.; XIMENES, L.B. Fatores sociodemográficos na autoeficácia em prevenir a diarreia infantil: estudo longitudinal. **Online bras j nurs.**, v. 14, n. 1, p. 62-70, 2015.
- ANDRADE, L.C.O.; SANTOS, M.S.; AIRES, J.S.; JOVENTINO, E.S.; DODT, R.C.M.; XIMENES, L.C. Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. **Cogitare Enferm.** v.17, n.1, p.99-105, 2012.

ANGOLA. Ministério da Saúde (MINSA). **Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola 2015-2016**. Luanda: Ministério da Saúde, 2017.

ARANGO, H.G. **Bioestatística**: teórica e computacional. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ARECO, K.C.N.; KONSTANTYNERE, T.; TADDEI, J.A.A.C. Secular trends in infant mortality by age-group and avoidable components in the State of São Paulo, 1996-2012. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 34, n. 3, p. 263-270, 2016.

ARTES, R. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação, **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n.5, p. 223-228, 1998.

ASPAROUHOV, T.; MUTHEN, B. **Simple second order chi-square correction**. **Unpublished manuscript**. 2010 Available from: https://www.statmodel.com/download/WLSMV_new_chi21.pdf.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS FABRICANTES DE BRINQUEDOS (Abrinq). **Taxa de Mortalidade na Infância por mil nascidos vivos**. 2016. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/sobrevivencia-infantil-infancia/619-taxa-de-mortalidade-na-infancia-para-1-000-nascidos-vivos?filters=1,233>. Acesso em: 31 out 2018.

_____. **Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos**. 2016. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/primeira-infancia/1039-taxa-de-mortalidade-infantil-para-1-000-nascidos-vivos?filters=1,234>. Acesso em: 31 out 2018.

ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE ODONTOLOGIA – ALOP. **Guia de saúde bucal para pediatras**. 2017. Disponível em: <https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Imprenta-Portugues.pdf>. Acesso em: 10 jun 2019.

ÁVILA, A.C.; YATES, M.B.; SILVA, D.C.; RODRIGUES, V.S.; OLIVEIRA, M.S. Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/crack após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). **Aletheia**, v. 49, p.74-88, 2016.

AZEVEDO, D.S.; REIS, A.C.S.; FREITAS, L.V.; COSTA, P.B.; PINHEIRO, P.N.C.; DAMASCENO, A.K.C. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. **Rev. Rene.**, v. 11, n. 2, p. 53-62, 2010.

BACELAR, S.; GALVÃO, C.C.; ALVES, A.; TUBINO, P. Medical expressions: shortcomings and suitability. **Rev Bras Cir Cardiovasc.**, v.18, n. 3, 2003.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev.**, v. 84, n. 2, p.191-215, 1977.

_____. **Social foundation of thought and action: a social cognitive theory**. Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

_____. **Self- efficacy**: the exercise of control. New York: Freeman, 1997.

_____. Human agency in social cognitive theory. **American Psychologist**, v. 44, n. 9, p. 1175-1184, 1989.

BANDURA, A.; ADAMS, N. E. Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. **J. Pers. Social Psychol.**, v. 43, n. 1, p. 5-21, 1982.

BANDURA, A.; AZZI, R.G.; POLYDORO, S.A.J.; COSTA, A.E.B.; OLAZ, F.; IGLESIAS, F. et al. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Artmed editora, 2008.

BANDURA, A.; TAYLOR, C.B.; WILLIAMS, S.L.; MEFFORD, I.N.; BARCHAS, J.D. Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 53, n. 3, 406-414, 1985.

BAQUEDANO, V.M.M; BONILLA, L.A.C.; BENEGAS, E.M.P. CUIDADOS EN LOS PRIMEROS MIL DÍAS DE VIDA. ARMENTA, SAN PEDRO SULA. **Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud**. v.4, n.2, p.14-21, 2017.

BARALDI, N.G.; PRAÇA, N.S. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. **Cienc Cuid Saude.**, v.12, n.2, p.282-289, 2013.

BARBEIRO, F.M.S.; FONSECA, S.C.; TAUFER, M.G.; FERREIRA, M.S.S.; SILVA, F.P.; VENTURA, P.M. et al. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v. 49, n. 22, p. 1-15, 2015.

BARNES, C.R.; ADAMSON-MACEDO, E.N. Perceived Maternal Parenting Self-Efficacy (PMP S-E) tool: development and validation with mothers of hospitalized preterm neonates. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n. 5, p. 550–560, 2007.

BARRETO, C.A.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Breastfeeding: the sight of puérperas. **Rev Eletr Enf.**, v.11, n.3, p.605-611, 2009.

BARROS, M.; SANTOS, A.C.B. Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. **Revista espaço acadêmico**, v. 10, n. 112, 2010.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.; SANTOS, I.S.; ALBERNAZ, E.; MATIJASEVICH, A. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, 2005.

BARROSO, L.M.M. **Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV**. 2008. 163f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

BARROS, V.O.; CARDOSO, M.A.A.; CARVALHO, D.F.; GOMES, M.M.R.; FERRAZ, N.V.A.; MEDEIROS, C.C.M. Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. **Nutrire: rev Soc Bras Alim Nutr J Brazilian Soc Food Nutr.**, v. 34, n. 2, p. 101-114, 2009.

BATELLO, G.V.V.A.T; SCHERMANN, L.B. Fatores de risco para mortalidade infantil em Palmas/TO. **Aletheia**, n. 41, p. 67-80, 2013.

- BATISTA, C.L.C.; RIBEIRO, V.S.; NASCIMENTO, M.D.S.B.; RODRIGUES, V.P. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. **J pediatr (Rio J.)**, v. 94, n. 6, p. 596-601, 2018.
- BAZZANO, N.A.; VAR, C.; GROSSMAN, F.; OBERHELMAN, R.A. Use of Camphor and Essential Oil Balms for Infants in Cambodia. **J Trop Pediatr.**, v.63, n.1, p. 65-69, 2017.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2002.
- BENEDETT, A.; FERRAZ, L.; SILVA, I.A. A prática da amamentação: uma busca por conforto. **Rev Fund Care Online.**, v.10, n.2, p.458-464, 2018.
- BENEVIDES, J.L.; COUTINHO, J.F.V.; PASCOAL, L.C; JOVENTINO, E.S.; MARTINS, M.C.; GUBERT, F.A. et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Rev Esc Enferm USP.**, v.50, n. 2, p. 306-312, 2016.
- BERNARDO, R.P.S.; MATOS, M.G. Adaptação Portuguesa do Physical Self-Perception Profile for Children and Youth e do Perceived Importance Profile for Children and Youth. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 21, p. 127-144, 2003.
- BEUTER, M.; BRONDANI, C.M.; SZARESKI, C.; LANA, L.D.; ALVIM, N.A.T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 28-33, 2009.
- BITTENCOURT, R.M.; GAÍVA, M.A.M. Mortalidade neonatal precoce relacionada a intervenções clínicas. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 195-201, 2014.
- BIZERRA, R.L.; CARNAÚBA, J.P.; CHAVES, A. F.L.; ROCHA, R.S.; VASCONCELOS, H.C.A.; ORIÁ, M.O.B. Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. **Rev. Ele. Enf.**, v. 7, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v17/n3/pdf/v17n3a05.pdf>. Acesso em: 10 out 2016.
- BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão social**, v. 1, n. 1, 2005.
- BOHMAN, B.; RASMUSSEN, F.; GHADERI, A. Development and psychometric evaluation of a context-based parental self-efficacy instrument for healthy dietary and physical activity behaviors in preschool children. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 13, 2016.
- BONETTI, S.; GÓES, F. **O que fazer quando seu bebê engasgar?'**. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- USP. 2017. Disponível em: http://gruposdepesquisa.eerp.usp.br/gpecca/cartilha_sabrina_Final_Para_distribuicao.pdf. Acesso em: 20 mai 2019.
- BORBA, G.G.; NEVES, E.T.; ARRUE, A.M.; SILVEIRA, A.; ZAMBERLAN, K.C. Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão. **Saúde (Santa Maria)**, v. 40, n. 1, p.09-14, 2014.
- BORGES, J.W.P.; MOREIRA, T.M.M.; RODRIGUES, M.T.P.; SOUZA, A.C.C.; SILVA, D.B. Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1076-1082, 2013.

BRAGA, C.B.; CRUZ, D.A.L.M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Maternidade: saiba como deve ser feita a higienização de bebês.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/30843-maternidade-saiba-como-deve-ser-feita-a-higienizacao-de-bebes> Acesso em: 05 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o comitê técnico- consultivo para a sua implementação. Diário Oficial da União 09 out 2009. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania.** 11. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 96 p.

_____. SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM). **Óbitos por Residência por Ano do Óbito segundo Município.** 2017a Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ce.def>> Acesso em: 11 ago 2017.

_____. SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM). **Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.** 2017b. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>> Acesso: 12 ago 2017.

_____. **Resolução nº. 466, de 12 de dez de 2012.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa Brasileira, Brasília, DF, 13 jun 2013.

_____. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BROILO, M.C.; LOUZADAB, M.L.C.; DRACHLER, M.L.; STENZELD, L.M.; VITOLO, M.R. Percepção e atitudes maternas em relação às orientações de profissionais de saúde referentes a práticas alimentares no primeiro ano de vida. **J. Pediatr.**, v.89, n.5, p.485-491, 2013.

BROWN, T. A. **Confirmatory factor analysis for applied research.** New York, 2006.

BUDDS, K.; LOCKE, A.; BURR, V. “For some people it isn’t a choice, it’s just how it happens”: Accounts of “delayed” motherhood among middle-class women in the UK. **Fem. Psychol.**, v. 26, n. 2, p. 170-187, 2016.

BÜHLER, H.F.; IGNOTTI, E.; NEVES, S.M.A.S.; HACON, S.S. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 10, p.4131-4140, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141910.09282014

BURNS, N.; GROVE, S. **Understanding nursing research.** 3th. ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

CABO VERDE. **Relatório Objetivos do Milênio Cabo Verde 2015** (Dados referentes ao ano de 2014). 2015.

Caicedo NS, Carrillo M, Gómez JG. Breastfeeding Education: disagreement of meanings. **Invest Educ Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 396-404, 2016.

CAPLIN, D.; AUSTIN, J.K.; DUNN, D.W.; SHEN, J.; PERKINS, S. Development of a self-efficacy scale for children and adolescents with epilepsy. **Children’s Health Care**, v. 31, p. 295-309, 2002.

CARVALHO, F.C.; RUEDA, F.J.M. Tipos e estratégias de avaliação. In: GORENSTEIN, C.; YUAN-PANG, W.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental.** - Porto Alegre: Artmed, 2016.

CARRASCOZA, K.C.; POSSOBON, R.F.; AMBROSANO, G.M.B.; JÚNIOR, Á.L.C.; MORAES, A.B.A. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. **Ciênc saúde coletiva.**, v.16, n.10, p.4139-4146, 2011.

CAVALCANTE, C.C.F.S; MARTINS, M.C.C; ARAÚJO, T.M.E; NUNES, B.M.V.T; MOURA, M.E.B; MOITA NETO, J.M. Vacinas do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município do nordeste brasileiro. **J res fundam care Online.**, v. 7, n. 1, p. 2034-2041, 2015.

CAVALCANTE, M.C.V.; FILHO, F.L.; FRANÇA, A.K.T.C.; LAMY, Z.C. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil- Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Cadernos de Informação em Saúde:** região de saúde Maracanaú. Ceará, 2016.

COLSON, E.R.; RYBIN, D.; SMITH, L.A.; COLTON, T.; LISTER, G.; CORWIN, M.J. Trends and factors associated with infant sleeping position: the national infant sleep position study, 1993-2007. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.163, n.12, p.1122-8, 2009.

COMISSÃO DA UNIÃO AFRICANA. **Status Report on Maternal, Newborn & Child Health.** 2013. Disponível em:
<<https://www.msh.org/search?keywords=Status%20Report%20on%20Maternal%2C%20Newborn%20%26%20Child%20Health%202013>> Acesso: 12 ago 2017.

COSTA, A.C.P.J.; BANDEIRA, L.P.L.; ARAÚJO, M.F.M.; GUBERT, F.A.; REBOUÇAS, C.B.A.; VIEIRA, N.F.C. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. **R pesq cuid fundam Online.**, v.5, n.2, p. 3626-35, 2013b.

COSTA, N.S.; PARREIRA, B.D.M.; FONSECA-MACHADO, M.O.; MATTOS, J.G.S.M.; ELIAS, T.C.; SILVA, S.R. Newborn care by puerperae in rooming-in. **Cienc Cuid Saude.** v.12, n.4, p.633-639, 2013a.

COVASA, M.C.; ALDAA, E.; MEDINA, M.S.; VENTURA, S.; PEZUTTI, O.; BAEZA, A.P. et al. Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado. **Arch Argent Pediatr.** v.109, n.4, p.305-313, 2011.

CRAWFORD, A.V.; GREEN, S.B.; LEVY, R.; LO, W.; SCOTT, L.; SVETINA, D. et al. Evaluation of parallel analysis methods for determining the number of factors. **Educational and Psychological Measurement**, v. 70, n. 6, p. 885-901, 2010.

CRESTANI, A.H.; SOUZA, A.P.R.; BELTRAMI, L.; MORAES, A.B. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J Soc Bras Fonoaudiol.**, v.24, n.3, 2012.

CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção Primária em Saúde:** diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

CUNHA, A.R.; SCHIO, F.B., PESERICO, A.; CORREA, A.G.; FREITAS, H.M.B.; COLOMÉ, J.S. et al. Principais causas da mortalidade infantil na região oeste de Santa Maria – RS. **Disciplinarum Scientia.** v. 15, n. 2, p. 261-268, 2014.

DAMÁSIO, B.F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

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.

DENNIS CL. The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 32, p. 734-744, 2003.

- DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; ORIA, M. O. B.; DENNIS, C. L. Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. **J Nurs Educ Practice**, v. 2, n. 3, p. 66-73, 2012.
- DODT, R.C.M.; FERREIRA, Á.M.V.; NASCIMENTO, L.A.; MACÊDO, A.C.; JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.B. Influence of health education strategy mediated by a self-efficacy breastfeeding serial album. **Text Context Nursing**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.
- DODT, R.C.M.; ORLA, M.O.B.; PINHEIRO, A.K.B.; ALMEIDA, P.C.; XIMENES, L.B. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. Enferm. UERJ**, v.18, n.3, p. 345-351, 2010.
- DZIUBAN, C.D.; SHIRKEY, E.C. When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. **Psychological Bulletin**, v. 81, n. 6, p. 358-361, 1974.
- EKWOCHI, U.; NDU, I.K.; OSUORAH, C.D.; AMADI, O.F.; OKEKE, I.B.; OBUOHA, E. et al. Knowledge of danger signs in newborns and health seeking practices of mothers and care givers in Enugu state, South-East Nigeria. **Ital J Pediatr.**, v.41, n.18, 2015.
- ERSSER, S. J.; FARASAT, H.; JACKSON, K.; GARDINER, E.; SHEPPARD, Z. A.; COWDELL, F. Parental self-efficacy and the management of childhood atopic eczema: development and testing of a new clinical outcome measure. **Br J Dermatol.**, v. 173, n. 6, p. 1479-1485, 2015.
- ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Integrative Review versus Systematic Review. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 12-14, 2014.
- ESTEFANELL, C.; VILLANUEVA, A.; FARIÁS, S.; DALMONTE, A.; GALARZA, M.; PÉREZ, S.; PRIETO, G. Experiencia de 2 años. **Arch Pediatr Urug.**, v.80, n.3, p.210-214, 2009.
- EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE SYSTEM – COSI. **Childhood obesity: Surveillance initiative**. 2016.
- FARKAS-KLEIN, C. Escala de evaluación parental (EEP): desarrollo, propiedades psicométricas y aplicaciones. **Univ Psychol.**, v. 7, n. 2, p. 457-467, 2008.
- FEHRING, R. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In: HURLEY, M.E. (ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference** (p.183-190). St.Louis, MO: Mosby, 1986.
- FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C.; OLIVEIRA, Z. N. Children and newborn skin care and prevention. **An Bras Dermatol.**, v. 86, p. 102–110, 2011.
- FERRANDO, P.J.; LORENZO-SEVA, U. Assessing the quality and appropriateness of factor solutions and factor score estimates in exploratory item factor analysis. **Educational and Psychological Measurement**, v. 78, p. 762-780, 2018.
- FERRANDO, P.J.; LORENZO-SEVA, U. A note on improving EAP trait estimation in oblique factor-analytic and item response theory models. **Psicológica**, v. 37, p. 235-247, 2016.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. – 5º ed. - Curitiba, PR: Positivo, 2010.

FERREIRA, Á.M.V.; NASCIMENTO, L.A.; TUPINAMBÁ, M.C.; ALMEIDA, P.C.; DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B. Autoeficácia em amamentar de puérperas não primíparas em pós-parto imediato. **Revista Diálogos Acadêmicos**, v. 4, n. 2, 2015.

FERRO, M.A.; TANG, J. Psychometric Properties of the Self-Perception Profile for Children in Children with Chronic Illness. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.**, v. 26, n. 2, p. 119–124, 2017.

FIELD, A. **Descobrendo a estatística usando SPSS**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FIGUEROA, A.J.; ABURTO, M.A.C.; ACEVEDO, R.Z. Conflicto trabajo-familia, autoeficacia parental y estilos parentales percibidos en padres y madres de la ciudad de Talca, Chile. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 15, n. 1, p. 57-65, 2012.

FINLAYSON, T.L.; SIEFERT, K.; ISMAIL, I.; DELVA, J.; SOHN, W. Reliability and Validity of Brief Measures of Oral Health-Related Knowledge, Fatalism, and Self-Efficacy in Mothers of African American Children. **Pediatr Dent.**, v. 27, n. 5, p. 422–428, 2005.

FINLAYSON, T.L.; SIEFERT, K.; ISMAIL, A.I.; SOHN, W. Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 35, n. 4, p. 272–281, 2007.

FINEOUT-OVERHOLT, E.J.L. TEACHING EBP: asking searchable, answerable clinical questions. **Worldviews on Evidence-based Nursing**, v.2 n. 3, p. 157-160, 2005.

FLOYD, F.J.; WIDAMAN, K.F. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 3, p. 286-299, 1995.

FRANÇA, E.B.; LANSKY, S.; REGO, M.A.S.; MALTA, D.C.; FRANÇA, J.S.; TEIXEIRA, R.; PORTO, D. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 20, Suppl 1, p. 46-60, 2017.

FRANKLIN, S.B.; GIBSON, D.J.; ROBERTSON, P.A.; POHLMANN, J.T.; FRALISH, J.S. Parallel Analysis: A method for determining significant principal components. **Journal of Vegetation Science**, v. 6, n. 1, p. 99-106, 1995.

FREITAS, B.S.; MATOS, C.C.R.; BATISTA, E.C. Perfil epidemiológico da mortalidade neonatal no município de Rolim de Moura. **Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 7, n. 1, p. 3-12, 2017.

FUNDAÇÃO FÉ E COOPERAÇÃO – FEC. **Relatório da situação da criança na Guiné-Bissau 2015/2016**. 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Levels & Trends in Child Mortality**. New York, 2015a.

_____. **Every child alive: The urgent need to end newborn deaths**. New York. 2018.

_____. **Levels & Trends in Child Mortality: Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.** New York , 2017.

_____. **São Tomé e Príncipe Inquerito aos Indicadores Múltiplos 2014.** 2014.

_____. **Situação mundial da infância 2008: sobrevivência infantil.** New York , 2008.

_____. **Situação das Crianças em Moçambique 2014.** 2014. Disponível em: https://sitan.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf. Acesso em: 31 out 2018.

_____. **Situation Analysis of Children and Women Guinea-Bissau – 2015.** 2015b.

FURTADO, M.C.C.; MELLO, D.F.; PARADA, C.M.G.L.; PINTO, I.C.; REIS, M.C.G.; SCOCHI, C.G.S. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.12, n.4, p.640-6, 2010.

GAIVA, M.A.G.; FUJIMORI, E.; SATO, A.P.S. Fatores de risco maternos e infantis associados à mortalidade neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v 25, n. 4, p. 1-9, 2016.

GOMES, A.L.A. Tradução, adaptação e validação da escala self-efficacy and their child's level of asthma control: versão brasileira. 2015. 183f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

GOMES, A.L.A.; XIMENES, L.B.; MENDES, E.R.R.; TEIXEIRA, O.C.M; JOVENTINO, E.S; JAVORSKI, M. Translation And Cultural Adaptation Of The SelfEfficacy And Their Child's Level Of Asthma Control Scale: Brazilian Version. **Texto contexto enferm.**, v. 25, n. 3, e2950015, 2016.

GOMES, A.L.A.; JOVENTINO, E.S.; LIMA, K.F.; DODT, R.C.M.; ALMEIDA, P.C.; XIMENES, L.B. Validation and reliability of the scale Self-efficacy and their child's level of asthma control. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 406-412, 2018.

GOMES, A.L.M; ROCHA, C.R; HENRIQUE, D.M; SANTOS, M.A; SILVA, L.R. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. **Rev Rene.**, v.16, n.2, p. 258-265, 2015.

GOMES, C.C. **Construção e validação do questionário: avaliação do conhecimento dos enfermeiros atuantes na atenção primária sobre alimentação infantil.** 2016. 75 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

GRAÇA, L.C.C.; FIGUEIREDO, M.C.B.; CONCEIÇÃO, M.T.C.C. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.19, n.2, 2011.

GRAÇA, L.M. Elective delivery in the late preterm/early term – the evidences. **Acta Obstet Ginecol Port.**, v. 8, n. 4, p. 336-340, 2014.

GREENWELL, K. F.; WINNER, M. **Trends in Child Health in Guinea: Further Analysis of the 2005 and 2012 Demographic and Health Surveys.** 2014.

GUIMARÃES, C.M.S.; CONDE, R.G.; BRITO, B.C.; GOMES-SPONHOLZ, F.A.; ORIÁ, M.O.; MONTEIRO, J.C.S. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirão Preto, Brazil. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 1, e4100015, 2017.

GUTIERREZ, B. **Tradução para o português e descrição do processo de validação do *Seattle obstructive lung disease questionnaire***. 2000, 99f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

GÜVEN, Ş.T.; FIRAT, M.Z.; DALGIÇ, A.İ. Seizure Self-Efficacy Scale for Children with Epilepsy: Confirmatory and Exploratory Factor Analysis. **J Pediatr Res**, v. 4, n. 4, p. 220-226, 2017.

HAIR, J. F.; BLACK, W. C.; BABIN, J.B.; ANDERSON R. E. **Multivariate data analysis**. 7ª edição. New Jersey, 2010.

HAIR, J.R.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. **Multivariate data analysis**. 6th. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2014.

HANCOCK, G.R.; MUELLER, R.O. **Rethinking construct reliability within latent variable systems**. In: R.Cudek, S.H.C.duToit; D.F.Sorbom (Eds.), Structural equation modeling : Present and future(pp. 195 - 216).Lincolnwood, IL : Scientific Software, (2000).

HARRISON, D.; WILDING, J.; BOWMAN, A.; FULLER, A.; NICHOLLS, S.G.; POUND, C.M.; et al.. Using YouTube to Disseminate Effective Vaccination Pain Treatment for Babies. **PLoS One** ., v.11 n.10, 2016.

HARTER, S. **Manual self-perception profile for children**. University of Denver, 1985.

HAYTON, J.C.; ALLEN, D.G.; SCARPELLO, V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. **Organizational Research Methods**, v. 7, n. 2, p. 191-207, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Parte 2. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

HERNÁNDEZ-NIETO, R.A. Contribuciones al análisis estadístico. Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes/IESINFO, 2002.

HEYDARI, A.; DASHTGARD, A.; MOGHADAM, Z.E. The effect of Bandura's social cognitive theory implementation on addiction quitting of clients referred to addiction quitting clinics. **Iran J Nurs Midwifery Res.**, v. 19, n. 1, p. 19–23, 2014.

HOWARD, M.C. A review of exploratory factor analysis decisions and overview of current practices: what we are doing and how can we improve? **Int J Hum Comput Interact.**, v. 32, p. 51–62, 2016.

HURTADO, D.S.M.; NASCIMENTO, L.C. Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 18 (número especial), p. 655-662, 2010.

HURTADO, J.E.V.; ALCEDO, L.S.; VALDEZ, W.E.V.; AGUIRRE, A.M.R.; HUNDSKOPF, P.G.; FERNANDEZ, P.A. et al. Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012. **Rev Peru Med Exp Salud Publica.**, v.31, n.2, p.243-253, 2014.

HUTCHESON, G.D.; SOFRONIOU, N. **The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models**. London: Sage Publications, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Percentual de nascidos vivos por idade da mãe no parto, 2018**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html?edicao=26178&t=destaques>. Acesso em: 05 fev. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE CABO VERDE (INE-CABO VERDE). **Anuário estatístico de Cabo Verde 2016**. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE GUINÉ-BISSAU (INE-GUINÉ-BISSAU). **Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS5) 2014, Relatório Final**. Monitorização da Situação da Criança e da Mulher. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE PORTUGAL (INE-PORTUGAL). **Taxa de mortalidade perinatal e neonatal**. 2017. Disponível em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>. Acesso em: 07 nov 2018.

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-76, 1994.

JOVENTINO, E.S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção de diarreia infantil**. 2010. 249f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. 188 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

JOVENTINO, E.S.; COUTINHO, R.G.; BEZERRA, K.C.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Autoeficácia para a prevenção da diarreia e o cuidado da criança: estudo transversal. **Online bras j nurs.**, v. 12, n. 2, p. 295-306, 2013.

KAISER, H. A second generation Little Jiffy. **Psychometrika**, v. 35, n. 4, p. 401-415, 1970.

_____. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, n. 1, p.31-36, 1974.

KNIBB, R. C.; BARNES, C.; STALKER, C. Parental confidence in managing food allergy: development and validation of the food allergy self-efficacy scale for parents (FASE-P). **Clin Exp Allergy.**, v. 45, n. 11, p. 1681-1689, 2015.

KNIBB, R. C.; BARNES, C.; STALKER, C. Parental self-efficacy in managing food allergy and mental health predicts food allergy-related quality of life. **Pediatr Allergy Immunol.**, v. 27, n. 5, p. 459-464. 2016.

- KOBARG, A.P.R.; VIEIRA, M.L. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. **Psicol. Reflexo. Crit.**, v. 21, n. 3, p. 401-408, 2008.
- KOKOLAKI, S.; KOULI, O.; BEBETSOS, E.; GOUDAS, M. Mothers' Self-Efficacy Regarding Dietary Behaviour and Physical Activity of Preschool Children. **Int J Pediatr**, v.6, n. 1, 6843-6850, 2018.
- KESZEI, A.P.; NOVAK, M.; STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res.**, v. 68, v. 4, p. 319-323, 2010.
- KROPIWIEC, M.V.; FRANCO, S.C.; AMARAL, A.R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. **Rev Paul Pediatr.**, v. 35, n. 4, p. 391-398, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;4;00006>
- LANSKY, S.; FRICHE, A.A.L.; SILVA, A.A.M.; CAMPOS, D.; BITTENCOURT, S.D.A.; CARVALHO, M.L.; FRIAS, P.G. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cad Saúde Pública**, v. 30, Supl., p. S1-S15, 2014.
- LAROS, J. A. **O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores.** Petrópolis, 2004.
- LEAL, M.C.; BITTENCOURT, S.D.A.; TORRES, R.M.C.; NIQUINI, R.P.; SOUZA JUNIOR, P.R.B. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev Saude Publica.**, v. 5, p.12, 2017.
- LEE, H.; SON, H.K.; KIM, J.S.; HAN, M.Y.; NOH, G. Reliability and Validity of the Korean-Parental Self-Efficacy with Eczema Care Index. **Global Journal of Health Science**, v. 8, n. 10, p. 57-64, 2016.
- LINHARES, E.F.; SILVA, L.W.S.; RODRIGUES, V.P.; ARAÚJO, R.T. Influência intergeracional no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p.828-36, 2012.
- LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res.**, v.35, n.6, p.382-5, 1986.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LORENZO-SEVA, U.; FERRANDO, P.J. **Not positive definite correlation matrices in exploratory item factor analysis: Causes, consequences and a proposed solution.** Technical document. 2019.
- LORENZO-SEVA, U.; TIMMERMAN, M.E.; KIERS, H.A. The hull method for selecting the number of common factors. **Multivariate Behavioral Research**, v. 46, n. 2, p. 340-364, 2011.
- LOURENÇO, E.C.; BRUNKEN, G.S.; LUPPI, C.G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 22, n. 4, p. 697-706, 2013.
- LUCIA CMD, SANTOS LLM, ANUNCIAÇÃO PC, SILVA BP, FRANCESCHINI SCC, PINHEIRO-SANT'ANA HM. Perfil socioeconômico e condições de saúde de

pré-escolares de duas creches filantrópicas do município de Viçosa, MG. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição.**, v. 8, n.2, p. 3-11, 2017
Disponível em: <https://rasbran.emnuvens.com.br/rasbran/article/view/655/168>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

LUNZE, K.; YEBOAH-ANTWI, K.; MARSH D.R.; KAFWANDA, S.N.; MUSSO, A.; SEMRAU, K. et al. Prevention and Management of Neonatal Hypothermia in Rural Zambia. **Plos One.**, v.9, n. 4, p. 1-7, 2014.

MACHADO, A.P.S.; BRUNETTO, S.; SILVA, D.D.F. Report of joint service experience dentistry and nutrition for children 0-36 months in a basic health unit in the city of Porto Alegre-RS. **Rev Fac Odontol.**, v. 52, n. 1/3, p. 49-55, 2011.

MACHADO, A.S.; LEAL, L.M.; REZENDE, A.A.B.; RODRIGUES, E.S.R.; SALES, M.S.C.; TEIXEIRA, A.H. Perfil da mortalidade neonatal em um hospital público do sul do Tocantins. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 6, n. 2, 2018.

MALTA, D.C.; ANDRADE, S.S.C.A.; OLIVEIRA, T.P.; MOURA, L.; PRADO, R.R.; SOUZA, M.F.M. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, e190030, 2019.

MARTINS, C.B.G.; MELLO-JORGE, M.H.P. Circumstances and factors associated with accidental deaths among children, adolescents and young adults in Cuiabá, Brazil. **Med J.** v.131, n.4, p.228-37, 2013.

MARTINS, C.O.A.; CURADO, M.A.S. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. **Rev Enf Ref.**, v. série IV, n.13, p. 2017.
Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16082>

MARTINS, G.; TEOFILO, C. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas.** São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, G.D.F.; VIEIRA, M.L.; MOURA, M.L.S.; MACARINI, S.M. Crenças e Práticas de Cuidado entre Mães Residentes em Capitais e Pequenas Cidades Brasileiras. **Psicol Reflex Crit.**, v.24, n. 4, 2011.

MARTINS, S.V.Q.; VIEIRA, M.R.R. Aleitamento materno: necessidades e demandas de serviços de saúde das mães no alojamento conjunto. **Arq Ciênc Saúde.**, v. 23, n. 3, p. 32-37, 2016.

MELLO, D.F.; HENRIQUE, N.C.P.; PANCIERI, L.; VERÍSSIMO, M.L.O.R.; TONETE, V.L.P.; MALONE, M. A segurança da criança na perspectiva das necessidades essenciais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.22, n.4, p.n604-610, 2014.

MENDES, E.R.R. **Tecnologias educativas e entrevista motivacional breve para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.** 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

MIRANDA, M.H.H.; FERNANDES, F.E.C.V.; CAMPOS, M.E.A.L. Determinantes associados à mortalidade perinatal e fatores associados. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v. 11, n. 3, p. 1171-1178, 2017.

- MESSINA, R.; RUCCI.; STURT, J.; MANCINI, T.; FANTINI, M.P. Assessing self-efficacy in type 2 diabetes management: validation of the Italian version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES). **Health Qual Life Outcomes.**, v. 16, n. 1, p. 71, 2018.
- MOÇAMBIQUE. Ministério da Saúde. **Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015.** 2018.
- MOON, R. Y.; HAUCK, F.R.; COLSON, E. R.; KELLAMS, A. L; GELLER, N. L.; HEEREN, T.; et al. The Effect of Nursing Quality Improvement and Mobile Health Interventions on Infant Sleep Practices. **JAMA**, v. 318; n. 4, p. 351-359, 2017.
- MORALES, J.C.P. **Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliação do conhecimento tático processual no basquetebol.** 2014. Tese (Doutorado) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2014.
- MOREIRA, M.E. Late preterm births: an “almost” overlooked group of newborns. **Ciênc saúde coletiva.**, v. 19, n. 7, p. 1980-1981, 2014.
- MOTA, F.R.N. **Adaptação transcultural e validação do Caregiver Reaction Assessment para uso no Brasil:** Aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014
- MOTA, D.D.C.F.; PIMENTA, C.A.M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 309-314, 2007.
- MATSUMOTO, M. **An Investigation of the Accuracy of Parallel Analysis for Determining the Number of Factors in a Factor Analysis.** Honors College Capstone Experience/Thesis Projects. n. 696, 2017.
- MOURA, T.H.M. **Adaptação transcultural da Self-efficacy in infant care scale para o Brasil e validação de conteúdo da versão brasileira.** 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2015.
- MOZZAQUATRO, C.O.; ARPINI, D.M.; POLLI, R.G. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 2, p. 334-351, 2015.
- MUTHÉN, B.; KAPLAN D. A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, v. 38, p. 171-189, 1985.
- MUTHÉN, B.; KAPLAN D. A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, v. 45, p. 19-30, 1992.
- NASCIMENTO, L.A. **Promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil - efeitos de uma intervenção combinada:** vídeo educativo e roda de conversa. 2015.

131 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2015.

NILSON, L. G.; WARMLING, D.; OLIVEIRA, M. S. V.; GOUVEIA, G. D. A. Proporção de baixo peso ao nascer no Brasil e regiões brasileiras, segundo variáveis sócio-demográficas. **Rev Saúde Públ.**, v. 8, n. 1, p. 69-82, 2015.

NÓBREGA JÚNIOR, G.S.; VIEIRA, W.L.; GUEDES JÚNIOR, J.A.A. Icterícia: uma doença comum entre os recém-nascidos. **Brazilian Journal of health Review**, v. 2, n. 4, p. 2343-2350, 2019.

NOGUEIRA, P.J.; COSTA, A.J.; ROSA, M.V.; SILVA, J.R. **Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e seus componentes (2009-2012)**. Direção de Serviços de Informação e Análise. 2013.

NUNNALLY, J.O. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill, 1978.

O'CONNOR, B.P. SPSS and SAS programs for determining the number of components using Parallel Analysis and Velicer's MAP test. **Behavior Research Methods, Instruments & Computers**, v. 32, n. 3, p. 396-402, 2000.

OLIVEIRA, B.S.B.; OLIVEIRA, R.K.L.; BEZERRA, J.C.; SILVA, M.J.N.; MELO, F.M.S.; JOVENTINO, E.S. Maternal beliefs and behaviors in self - efficacy to prevent childhood diarrhea: a cross-sectional study. **Online brazilian journal of nursing**, v. 17, p. 109-118, 2019.

OLIVEIRA, B.S.B.; OLIVEIRA, R.K.L.; BEZERRA, J.C.; MELO, F.M.S.; MONTEIRO, F.P.M.; JOVENTINO, E.S. Social conditions and maternal conducts in the prevention and management of infantile diarrhea. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 22, p. 01-09, 2017.

OLIVEIRA, A.K.C. **Autoconceito, autoeficácia e parentalidade: crianças com deficiência física, com desenvolvimento típico e seus familiares**. 2016. 152 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

OLIVEIRA, R.K.L.; OLIVEIRA, B.S.B.; BEZERRA, J.C.; SILVA, M.J.N.; MELO, F.M.S.; JOVENTINO, E.S. Influence of socio-economic conditions and maternal knowledge in self-effectiveness for prevention of childhood diarrhea. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20160361, 2017.

OLIVEIRA, M.C.F. **Validade de construto e confiabilidade da Self-Efficacy in Infant Care Scale** - versão brasileira. 2019. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. 2019. No prelo.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **The Millennium Development Goals Report 2015**. New York, 2015b.

_____. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. New York; 2015a. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=400&nr=2125&menu=1515>. Acesso em: 26 de abril de 2018.

_____. **United Nations Millennium Declaration**. 2000. Disponível em: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>. Acesso em: 26 de abril de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators**. Geneva, 2015.

_____. **Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018)**. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>. Acesso em: 20 mai 2019.

ORÍÁ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes**. 2008. 182f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

ORIA, M. O. B.; XIMENES, L. B. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. **Acta paul enferm.**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

PAJARES, F.; OLAZ, F. **Teoria social cognitiva e auto-eficácia: Uma visão geral**. In A. Bandura, R. G. Azzi, & S. A. J. Polydoro (Eds.), *Teoria social cognitiva, conceitos básicos* (p. 97-114). Porto Alegre, RS: Artmed, (2008).

PACE, A.E.; GOMES, L.C.; BERTOLIN, D.C.; LOUREIRO, H.M.A.M.L.; VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 25, e2861, 2017.

PALLANT, J. **SPSS survival manual**. 2. ed. Berkshire, UK: Open University Press, 2005.

PANTENBURG, B.; OCHOA, T.J.; ECKER, L.; RUIZ, J. Feeding of young children during diarrhea: caregivers intended practices and perceptions. **Rev Am J Trop Med Hyg.**, v.91, n.3, p.555-562, 2014.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5 ed. esp., p. 206-223, 1998

_____. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **Psicometria: teoria e aplicações**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

_____. Psychometrics. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 43, ed. esp., p. 992-999, 2009.

_____. Princípios de elaboração de escalas. In: GORENSTEIN, C.; YUAN-PANG, W.; HUNGERBÜHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. - Porto Alegre: Artmed, 2016.

_____. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PATIL, V.H.; SINGH, S.N.; MISHRA, S.; DONAVAN, D.T. **Parallel Analysis engine to aid determining number of factors to retain** [Computer software]. 2007. Disponível em: <http://ires.ku.edu/~smishra/parallelengine.htm>. Acesso em: 20 jan 2020.

PATIL, V.H.; SINGH, S.N.; MISHRA, S.; DONAVAN, D.T. EFFICIENT theory development and factor retention criteria: Abandon the 'eigenvalue greater than one' criterion. **Journal of Business Research**, v. 61, n. 2, p. 162-170, 2008)

PAWLOWSKI, j.; TRENTINI, C.M.; BANDEIRA, D.R. Discutindo procedimentos psicométricos a partir da análise de um instrumento de avaliação neuropsicológica breve. **Psico-USF**, v.12, n. 2, p. 211-219, 2007.

PELEGRINO, F.M.; DANTAS, R.A.; CORBI, I.S.; SILVA CARVALHO, A.R.; SCHMIDT, A.; PAZIN FILHO, A. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Duke Anticoagulation Satisfaction Scale. **J Clin Nurs.**, v. 21, n. 17-18, p. 2509-2517, 2012.

PETT, M.A.; LACKEY, N.R.; SULLIVAN, J.J. **Making sense of factor analysis**. Thousand Oaks: Sage; 2003.

PEREIRA, V.A.; SILVA-MARINHO, C.S.O.; RODRIGUES, O.M.P.R.; CHIODELLI, T.; DONATTO, M. L. Investigação de fatores considerados de risco para o desenvolvimento motor de lactentes até o terceiro mês. **Pensando fam.**, v. 19, n. 2, p. 73-85, 2015.

PINHEIRO, J.M.F.; TINOCO, L.S.; ROCHA, A.S.; RODRIGUES, M.P.; LYRA, C.O.; FERREIRA, M.A.F. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 243-252, 2016.

POLIT, D.; BECK, C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.

POLIT, D.F.; BECKER, C.T.; HUNGLE, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PRASOPKITTIKUN, T.; TILOKSKULCHAI, F.; SINSUKSAI, N.; SITTHIMONGKOL, Y. Self-efficacy in Infant Care Scale: Development and psychometric testing. **Nursing and Health Sciences**, v. 8, p. 44–50, 2006.

QUEIJO, A.F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N. A.S)**. 2002. 85f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2002.

QUEIRÓZ, P.J.P. Cuidar: da condição de existência humana ao cuidar integral profissionalizado. **Revista de Enfermagem Referência**, série V, n. 5, 2015

RAMOS, E.M.; SILVA, L.F.; CURSINO, E.G.; MACHADO, M.E.D.; FERREIRA, D.S.P. The use of massage to relieve colic and gases in newborns. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.2, 245-250, 2014.

REDENÇÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidades de Atenção Primária à Saúde**. Redenção, 2016.

RIBEIRO, B.M.S.S.; SILVA, V.A.; TESTON, E.F.; HIRAI, V.H.G.; SOUZA, S.R.; CURTY, M.C.R. Sentimentos de mães que passaram por situações de urgência e emergência com seus

filhos em ambiente domiciliar. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 1, p. e76, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e76.2019>. Acesso em: 02 set 2019.

RIBEIRO, A.M.; GUIMARÃES, M.J.; LIMA, M.C.; SARINHO, S.W.; COUTINHO, S.B. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. **Rev Saúde Pública.**, v. 43, n. 2, p. 246-255, 2009.

RODRIGUES, A.P.; DODT, R.C.M.; ORIÁ, M.O.B.; ALMEIDA, P.C.; PADOIN, S.M.M.; XIMENES, L.B. Promotion of breastfeeding self-efficacy through a group education session: randomized clinical trial. **Texto Contexto Enferm.**; v. 26, n. 4, e1220017, 2017.

ROSA, C.Q.; SILVEIRA, D.S.; COSTA, J.S.D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S.S.; LEE, E.S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SABINO, L.M.M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação**. 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

SABINO, L.M.M.; FERREIRA, A.M.; JOVENTINO, E.S.; LIMA, F.E.; PENHA, J.C.; LIMA, K.F. et al. Elaboration and validation of a reader on childhood diarrhea prevention. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 233-239, 2018.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M.; LAGE, L.M.; OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; ROCHA, R. O. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Rev Psiquiatr Clín.**, v. 34, n. 3, p.111-117, 2007.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 135-140, 2007.

SALVIANO, M.E.M.; NASCIMENTO, P.D.F.; PAULA, M.A.; VIEIRA, C.S.; FRISON, S.S.; MAIA, M.A. et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1172-1177, 2016.

SANTOS, F.C. **Construção e validação semântica de um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros que atuam em oncologia**. 2016. 150 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SANTOS, N.L.A.C.; COSTA, M.C.O.; AMARAL, M.T.R.; VIEIRA, G.O.; BACELAR, E.B.; ALMEIDA, A.H.V. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, p. 719-726, 2014.

SANTOS, R.; CARDOSO, B.; DUARTE, V.; HENRIQUES, C.M.G.; JORGE, S.; ALEXANDRE, J. Dificuldades dos pais no cuidar do recém-nascido. **Medwave**. v.12, n.4, 2012.

SARDINHA, L.M.V. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. 2014. 181f. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SAVE IN THE CHILDREN. **End of childhood report 2017**. 2017.

SEABRA-SANTOS, M. J.; MAJOR, S.; PIMENTEL, M.; GASPAR, M. F.; ANTUNES, N.; ROQUE, V. Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): estudos psicométricos. **Avaliação Psicológica**, v. 14, n. 1, p. 97-106, 2015.

SHOREY, S.; CHAN, S.W.; CHONG, Y.S.; HE, H. Maternal parental self-efficacy in newborn care and social support needs in Singapore: a correlational study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 23, p. 2272–2283, 2013.

SIJTSMA, K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. **Psychometrika**, v. 74, n. 1, p. 107-120, 2009.

SILVA, I.J.; OLIVEIRA, M.F.V.; SILVA, S.E.D.; POLARO, S.H.I.; RADÜNZ, V.; SANTOS E.K.A. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev esc enferm USP.**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, L.; SOUZA, K.; DUARTE, E.; SOARES, S.M. Espaços epistemológicos de cuidado em saúde e enfermagem segundo teoria de Halldorsdottir. **Rev Cuid.** v. 7, n. 2, p. 1358-1365, 2016.

SILVA, B.S.C.; OLIVEIRA, K.S.S.; PEREIRA, L.M.O.; MARTINO, T.K.S. Fatores associados à causas de óbitos neonatais em uma UCI no município de Castanhal-Pa. **Braz J of Develop.**, v. 5, n. 7, p. 9595-9619, 2019.

SILVA, W.B.; PRADO, P.F.; SOARES, N.M.; LIMA, C.A.; FIGUEIREDO, M.L.; OLIVEIRA, V.V. Crianças internadas em hospital universitário: caracterização sociodemográfica e epidemiológica. **Revista Norte Mineira de Enfermagem.**, v. 6, n. 1, p. 18-31, 2017.

SIMÕES, M.A.; PABIS, F.C.; FREITAS, A.K.E.; WATANABE, P.K.; KAYANO, R.M.; NORONHA, L. Preventable causes of death and factors associated with newborn survival at a university hospital in Curitiba, Paraná, Brazil. **J Bras Patol Med Lab**, v. 52, n. 5, p. 338-344, 2016.

SIMÕES, B.S.; MACHADO-COELHO, G.L.L.; PENA, J.L.; FREITAS, S.N. Condições Ambientais e Prevalência de Infecção parasitária em Xukuru-Kariri Indígenas, Caldas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 38, n. 1, p. 42-48, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- SBP. **Bebês devem dormir de barriga para cima** [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/bebes-devem-dormir-de-barriga-para-cima/>. Acesso em: 20 mai 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- SBP. **Cólica do lactente**. Departamento Científico de Gastroenterologia Pediátrica. 2019. Disponível em:

<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-o-bebe/colica-do-lactente/>. Acesso em: 01 mai 2019.

SOEKEN, K.L. Validity of measures. In: Waltz, C.F.; Strickland, O.L.; Lenz, E.R. **Measurement in nursing and health research**. 3 ed. New York: Springer, 2005. Cap. 6. p.154-189.

SOLTANI, R.; ESLAMI, A.A.; MAHAKI, B.; ALIPOOR, M.; SHARIFIRAD, G. Do Maternal Oral Health-Related Self-Efficacy and Knowledge Influence Oral Hygiene Behavior of their Children?. **Int J Pediatr**, v. 4, n. 7, p. 2035-2042, 2016.

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, C.A.; RECH, C.R.; SARABIA, T.T.; AÑEZ, C.R.R.; REIS, R.S. Autoeficácia e atividade física em adolescentes de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 2039-2048, 2013.

SOUZA, E.F.C.; FERNANDES, R.A.Q. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 5, p. 465-470, 2014.

SOUZA, A.J.G. **Escala de adaptação da pessoa com úlcera venosa baseado no Modelo de Roy**: construção e validação. 2019. 152f. Tese (Doutorado em Enfermagem na Atenção à Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

SOARES, J.E.; SOARES, N.L.; FREITAS, B.H.; BORTOLINI, J. Validation of an instrument for the evaluation of adolescents' knowledge about Hansen's disease. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 5, p. 480-488, 2018.

STILLWELL, S.B.; FINEOUT-OVERHOL, T.E.; MELNYK, B.M.; WILLIAMSON, K.M. Searching for the Evidence: Strategies to help you conduct a successful search. **American Journal of Nursing (AJN)**, v. 110, n. 1, p. 51-53, 2010.

STREINER, D.L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **J Pers Assess.**, n. 80, n. 1, p. 99-103, 2003.

STEWART, D., BENITZ, W. Umbilical cord care in the newborn infant. **Pediatrics**, v. 138, n. 3, e20162149, 2016.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics**. New York: HarperCollins, 2001.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using Multivariate Statistics** (5th. ed.). Boston: Allyn and Bacon, 2007.

TABATA, K.I.; PIRONDI, A.C.S.; MORI, A.S.; ALCÂNTARA, F.K.; BRITO, L.A.S.; CARVALHO, K.C.N. et al. Benefícios do aleitamento materno na redução do número de internações em crianças até dois anos. **Braz J of Develop.**, v. 5, n. 11, p. 27995-28010, 2019.

TAKIZAWA, M.C.H.; GRIEP, R. Mortalidade neonatal no município de Cascavel/PR no ano de 2013 e sua relação com fatores de risco selecionados. **Revista Thêma et Scientia.**, v. 6, n. 2 (Esp), p. 234-246, 2016.

TERWEE, C.B.; BOT, S.D.; BOER, M.R.; VAN D.W.; KNOL D.L.; DEKKER J. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol.**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

TIMMERMAN, M.E.; LORENZO-SEVA, U. Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. **Psychological Methods**, v. 16, p. 209-220, 2011.

TIMOR-LESTE DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY – TLDHS. **Demographic and Health Survey: Key Indicators**. 2017.

TOMELERI, K.G.; MARCON, S.S. The adolescent mother and the care of her child in the first week of life. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v.62, n.3. p. 355-61, 2009.

TORRES, R.Y.M.; RODRÍGUEZ, L.M. Las madres conocen y alivian el dolor de los recién nacidos. **Av enferm.**, v.27, n.1, p. 82-92, 2009. Disponível em: <http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/> Acesso em: 02 jun 2018.

TRISTÃO, R.M.; NEIVA, E.R.; BARNES, C.R.; ADAMSON-MACEDO, E. Validation of the Scale of Perceived Self-efficacy of Maternal Parenting in Brazilian Sample. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 282-281, 2015.

UCHOA, J.L.; JOVENTINO, E.S.; JAVORSKI, M.; ALMEIDA, P.C.; ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 84-92, 2017.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS. **Abordagem domiciliar de situações clínicas comuns materno-infantis: abordagem do recém-nascido** /Maria José Sanches Marin; Maria Paula Ferreira Ricardo; Marília Simon Sgambatti (Org.). - São Luís, 2013.

ULLAH, S; RAHMAN, K; HEDAYATI, M. Hyperbilirubinemia in Neonates: Types, Causes, Clinical Examinations, Preventive Measures and Treatments: A Narrative Review Article. **Iran J Public Health**.v. 45, n. 5, p. 558-568, 2016.

UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA (UNILAB). **DIRETRIZES GERAIS**. Acesso em: http://pdi.unilab.edu.br/wp-content/uploads/2013/08/Diretrizes_Gerais_UNILAB.pdf. Acesso em: 03 de Agosto de 2018.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

URBINA, S. **Fundamentos de testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed; 2007.

VALENTINI, F.; DAMÁSIO, B.F. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, v. 32 n. 2, p. 1-7, 2016.

VALENTINI, N.C.; VILLWOCK, G.; VIEIRA, L.F.; VIEIRA, J.L.L.; BARBOSA, M.L.L. Validação Brasileira da Escala de Autopercepção de Harter para Crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 411-419, 2010.

VALEZIN, D.F.; BALLESTERO, E.; APARECIDO, J.C; RIBEIRO, J.F.; MARINHO, P.C.M.; COSTA, L.F.V. Instrumento educativo sobre alimentação de lactentes – baseado nas necessidades de conhecimento das mães. **Rev Inst Ciênc Saúde.**, v.27, n.1, p.11-7, 2009.

VASCONCELOS, M.L.; PESSOA, V.L.M.P.; CHAVES, E.M.C.; PITOMBEIRA, M.G.V.; MOREIRA, T.M.M.; CRUZ, M.R. et al. Care for children under six months at domicile: primiparae mother's experience. **Esc Anna Nery.**, v. 23, n. 3, e20180175, 2019.

VELICER, W.F., EATON, C.A.; FAVA, J.L. **Construct explication through factor or component analysis:** A review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components (pp. 41-71). In: Goffin, R.D.; Helmes, E. (Orgs.), Problems and solutions in human assessment: Honoring Douglas N. Jackson at Seventy. Boston: Kluwer. (2000).

VENDITTI JÚNIOR, R.; WINTERSTEIN, P.J. Ensaio sobre a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. Parte II: reciprocidade triádica, modelação e capacidades humanas fundamentais. **Revista Digital**, v. 15, n. 145, 2010.

VICTOR, T.A.S.; RAMOS, D.O.; MOURA, M.L.S.; FIORAVANTI, A.C.M. Desenvolvimento de um instrumento para avaliação de satisfação e segurança no bairro. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 556-574, 2017.

VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.; CARMO, L.M.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VICTORA, C.G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 4, n. 1, p. 3-69, 2001.

VIEIRA, S. **Bioestatística: tópicos avançados**. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2010.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014.

WITTKOWSKI, A.; GARRETT, C.; CALAM, R.; WEISBERG, D. Self-Report Measures of Parental Self-Efficacy: A Systematic Review of the Current Literature. **J Child Fam Stud**, v. 26, p. 2960–2978, 2017.

WOOD, M.R.; PRICE, J.H.; DAKE, J.A.; TELLJOHANN, S.K.; KHUDER, S.A. AFRICAN American parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. **J Pediatr Nurs.**; v. 25, n. 5, p. 418-427. 2010

ZIMMERMAN, E.; THOMPSON, K. Clarifying nipple confusion. **Journal of Perinatology**. v. 35, n. 11, p. 895 – 899, 2015.

APÊNDICE A - CARTA CONVITE PARA JUÍZES DE CONTEÚDO

Caro (a) Senhor (a),

Eu, Brena Shellem Bessa de Oliveira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB, Redenção-Ceará/Brasil, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA PSICOMÉTRICA PARA MENSURAR A AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO”**, sob a orientação da Profª Dra. Emanuella Silva Joventino e Coorientação da Profª Dra. Lorena Barbosa Ximenes.

Solicito, por meio desta, a sua colaboração como especialista na temática saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva e/ou elaboração de instrumentos de pesquisa. Sua participação envolverá a apreciação e a análise de conteúdo dos itens construídos para a escala. Sua participação é imprescindível em virtude da limitada quantidade de profissionais que trabalham com essa temática.

Caso deseje participar, pedimos que responda este *e-mail* o mais breve possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (*e-mail* ou correspondência convencional). Caso manifesta a sua concordância, enviarei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a primeira versão da escala e as instruções para o preenchimento do questionário de validação de conteúdo. Caso opte pela correspondência convencional, solicito ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material acima descrito. Ressalto que para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) devolva os questionários dentro do prazo de, no máximo, 10 dias após o recebimento dos mesmos.

Gostaria, se possível, que a Sra. (o Sr.) indicasse mais profissionais especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Brena Shellem Bessa de Oliveira

Telefone: (85) 988569727; *E-mail*: brennashellem@gmail.com

Emanuella Silva Joventino

E-mail: ejoventino@unilab.edu.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - JUÍZES DE CONTEÚDO

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado por Brena Shellem Bessa de Oliveira, orientanda da Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino e coorientadanda da Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Construção e validação de uma escala psicométrica para mensurar a autoeficácia no cuidado ao neonato**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Como o objetivo do estudo é construir e validar uma escala capaz de mensurar o nível de autoeficácia durante a promoção de cuidados aos recém-nascidos, preciso submeter a primeira versão desta à avaliação de especialistas de conteúdo. Estes especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes que satisfazem aos requisitos para participação nesta pesquisa. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices da mortalidade neonatal e infantil, favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, ressalto que o(a) senhor(a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Logo, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o(a) senhor(a) receberá uma cópia da primeira versão dos itens da escala, um questionário para avaliação dos mesmos, uma sinopse sobre a teoria da autoeficácia de Bandura para que assim o(a) senhor(a) possa melhor compreender o referencial teórico utilizado nesse estudo e um questionário de caracterização dos juízes de conteúdo.

Convido-o(a) a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para analisar/validar os itens da escala.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, asseguro-lhe que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Brena Shellem Bessa de Oliveira **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 988569727

Nome: Emanuella Silva Joventino **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 98775-3422

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC; Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE. Telefone: (85) 3366.8569. *E-mail:* cepmeac@gmail.com

O abaixo assinado _____, _____anos, RG: _____declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Redenção, ____/____/_____

Nome do voluntário:

Data:

Assinatura:

____/____/____

Nome do pesquisador:

Data:

Assinatura:

____/____/____

Nome do profissional que aplicou o

Data:

Assinatura:

TCLE:

____/____/____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Para cada um dos itens propostos para a escala, por favor, marque com um “X” a opção mais adequada, conforme a escala a seguir:

- 1- Inadequado
- 2- Pouquíssimo adequado
- 3- Pouco adequado
- 4- Muito adequado

Quanto ao item “Dimensão teórica” responda a qual domínio o item se refere. Além disso, caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

	DESCRIÇÃO DO ITEM	CLAREZA DE LINGUAGEM					PERTINÊNCIA A PRÁTICA					RELEVÂNCIA A TEÓRICA					DIMENSÃO TEÓRICA	SUGESTÕES
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1	Eu sou capaz de fazer manobras para desengasgar o bebê.																	
2	Eu sou capaz de oferecer somente aleitamento materno exclusivo (só leite do peito) nos primeiros seis meses de vida do bebê sempre que ele desejar.																	
3	Eu sou capaz de segurar corretamente o bebê durante as mamadas ou enquanto dou o leite materno a ele.																	
4	Eu sou capaz de colocar o bebê para arrotar após cada mamada.																	
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.																	
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do meu bebê com fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.																	
7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde sua base, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.																	

APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Prezado Juiz de Conteúdo,

O (a) senhor (a) recebeu o instrumento de avaliação do conteúdo dos itens da Escala de Autoeficácia no Cuidado ao Neonato e o seu preenchimento deverá ser feito conforme as instruções a seguir:

O instrumento é composto por cada item da escala e por questões de julgamento quanto à clareza de linguagem, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica.

O (a) senhor (a) irá avaliar se o item está claro, compreensível e adequado para a população a qual ele é destinado. Essa escala está sendo construída para ser aplicada com cuidadores de neonatos (mãe, pai, avó, tios, etc) e gestantes. Assim, o (a) senhor (a) deverá marcar com um “X” na opção que julgar mais adequada quanto a clareza. As opções de respostas são: 1- Inadequado, 2- Pouquíssimo adequado, 3- Pouco adequado, 4- Adequado e 5- Muito adequado.

O mesmo deve ser feito para avaliar a:

Pertinência prática, a qual avalia se cada item analisa o conceito de interesse (autoeficácia no cuidado ao neonato) em uma determinada população e se tem importância para o instrumento;

Relevância teórica que avalia o grau de associação entre o item e a teoria (autoeficácia), de maneira que o instrumento em si realmente se relacione com o construto (autoeficácia no cuidado ao neonato);

Para avaliar a Dimensão teórica eu preciso que o (a) senhor (a) informe a qual domínio o item mais se relaciona. Dentre os domínios são opções de resposta:

1- Respiração 2- Alimentação 3- Higiene 4- Sono 5- Cólicas 6- Banho de Sol
7- Imunização 8- Vínculo e Afeto 9- Eliminações 10- Reconhecimento de Sinais de
Alarme 11- Cuidados com a Pele 12- Segurança e Prevenção de Acidentes

5- Além disso, caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CUIDADORES

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado por Brena Shellem Bessa de Oliveira, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino e coorientanda da Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “**Construção e validação de uma escala psicométrica para mensurar a autoeficácia no cuidado ao neonato**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é construir uma escala capaz de medir sua confiança durante a realização dos cuidados ao recém-nascido. Para tanto, o (a) senhor (a) será convidado (a) a dizer o que entende por cada item da escala em elaboração ou a responder os itens da versão final da própria escala ou a autorizar a participação do menor sob sua responsabilidade na pesquisa. Entretanto o (a) senhor (a) poderá se sentir fragilizado ao ser questionado (a) acerca da sua autoeficácia para cuidar do recém-nascido ou ao dizer o que entende por cada item da escala, no entanto este risco será minimizado ao ser esclarecido (a) de que os dados obtidos no decorrer da entrevista serão apenas anotados e ser garantido sua privacidade durante a entrevista.

Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para aumento da qualidade de vida das crianças e a redução dos índices da mortalidade infantil, favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Assim, tendo em vista a importância da sua participação na pesquisa, convido à senhora, mediante a sua autorização, a participar deste estudo, sendo necessário esclarecer que: a sua participação na pesquisa deverá ser de livre e de espontânea vontade, sem nenhuma forma de pagamento pela mesma; a entrevista que durará, em média, 15 minutos; a sua identidade será mantida em sigilo. Informo, ainda, que:

- Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar.

- Certifico que os participantes deste estudo não terão ônus de qualquer natureza.

- Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgarei nenhuma informação que possa identificar você ou o recém-nascido ou que esteja relacionada com a intimidade da sua família. Ressalto que sua identidade somente será revelada aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada.

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.

- Este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com a senhora.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Brena Shellem Bessa de Oliveira **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 98869727

Nome: Emanuella Silva Joventino **Instituição:** UNILAB

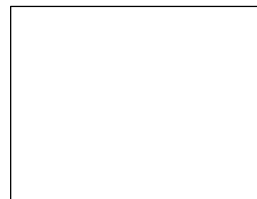
Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 33326189

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis

Chateaubriand – MEAC; Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE. Telefone: (85) 3366.8569. *E-mail*: cepmeac@gmail.com

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando ou que autoriza a participação do menor de idade sob minha responsabilidade como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Redenção, ____/____/____



Impressão digital

Nome do voluntário:

Data:

Assinatura:

____/____/____

Nome do pesquisador:

Data:

Assinatura:

____/____/____

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data:

Assinatura:

____/____/____

APÊNDICE F- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - CUIDADORES

Cara senhora,

Você está sendo convidada por Brena Shellem Bessa de Oliveira como voluntária a participar da pesquisa “**Construção e validação de uma escala psicométrica para mensurar a autoeficácia no cuidado ao neonato**”. Nesta pesquisa pretendemos construir uma escala capaz de medir sua confiança durante a realização dos cuidados ao recém-nascido. Esse trabalho é coordenado profa. Emanuella Silva Joventino e pela Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas.

Você será convidada a dizer o que entende por cada item da escala em elaboração ou a responder os itens da versão final da própria escala. Entretanto, você poderá se sentir fragilizada ao ser perguntada sobre a sua autoeficácia para cuidar do recém-nascido ou ao dizer o que entende por cada item da escala, no entanto este risco será minimizado ao ser esclarecida de que os dados obtidos no decorrer da entrevista serão apenas anotados e que será garantida sua privacidade durante a entrevista que durará, em média, 15 minutos.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá nenhuma forma de pagamento pela sua participação na pesquisa. Você estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. Sua identidade será mantida em sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para aumento da qualidade de vida das crianças e a redução dos índices da mortalidade infantil, favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Brena Shellem Bessa de Oliveira **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 98869727

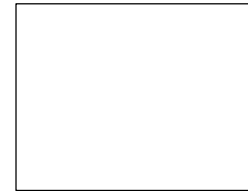
Nome: Emanuella Silva Joventino **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 33326189

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC; Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE. Telefone: (85) 3366.8569. *E-mail:* cepmeac@gmail.com

Eu, _____, portadora do RG _____ (se já tiver documento), fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi o termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Redenção, ____/____/____



Impressão digital

Nome do voluntário:

Data:

____/____/____

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Data:

____/____/____

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data:

____/____/____

Assinatura:

APÊNDICE G - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

*Não mencionar as alternativas

PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E HIGIÊNICO-SANITÁRIO		Nº do Formulário
1. Iniciais:	2. Idade:	Telefone:
3. Até que série estudou:		
4. Ocupação: [1] Dona(o) de casa [2] Costureiro(a) [3] Auxiliar de serviços gerais [4] Estudante [5] Autônomo(a) [6] Agricultor(a) [7] Professor(a) [8] Outros. Especificar:	5. Cidade: 6. Zona de moradia: [1] Urbana [2] Rural 7. Estado civil: [1] Com companheiro [2] Sem companheiro	8. Cor: [1] Branco [2] Preto [3] Pardo [4] Amarelo [5] Indígena
9. Renda em R\$ (Salário Mínimo- R\$ 998,00): 10. Quantas pessoas moram na casa?	13. Se <u>mãe da criança</u>, quantas gestações a senhora teve? [1] Nenhuma [2] Uma [3] Duas [4] Três [4] Outro. Especificar:	
11. Grau de parentesco com a criança: [1] Mãe [2] Pai [3] Tio(a) [4] Avó(ô) [5] Outro. Especificar:	14. Todas as crianças nasceram vivas? [1] Sim [2] Não [3] Não se aplica	
12. O(a) senhor(a) já cuidou de algum recém-nascido? [1] Sim [2] Não	15. Alguma faleceu? [1] Sim [2] Não [3] Não se aplica 15.1 Se <u>SIM</u>, qual a causa? _____	
DADOS DO NEONATO		
16. Data Nascimento: _____ / _____ / _____	17. Sexo: [1] Masculino [2] Feminino	18. Apgar (5º minuto): [1] (1-3) [2] (4-6) [3] (7-10) [4] Não informado
19. Peso ao Nascer: _____ (g)	20. Comprimento: _____ (cm)	21. Local de Nascimento: [1] Casa [2] Maternidade [3] Outro. Especificar:
CONHECIMENTO E CUIDADOS COM O NEONATO		
22. A criança só mama? *Se <u>gestante</u> não perguntar [1] Sim [2] Não		
22.1 Se <u>NÃO</u>, qual o motivo? *Se <u>gestante</u> não perguntar [1] Mãe referiu não ter leite ou ser insuficiente [2] Óbito materno [3] Crença de leite fraco (não causa saciedade na criança) [4] Doença materna [5] Outro. Especificar:		
23. Quais os benefícios do aleitamento materno exclusivo para a criança? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [23.1] Protege a criança contra doenças [23.2]. Ajuda no desenvolvimento/fortalecimento dos músculos faciais [23.3] Importante para o desenvolvimento da fala da criança [23.4] Ajuda no crescimento e desenvolvimento infantil [23.5] Ajuda a eliminar a cor amarela da criança (bilirrubina) [23.6] Outro. Especificar:		

24. Você amamentou ou pretende amamentar exclusivamente seus filhos? (Se gestante ou mãe) [1] Sim [2] Não
25. Se <u>SIM</u>, amamentou ou pretende amamentar exclusivamente por quanto tempo? (Se gestante ou mãe) (Em meses)
26. O bebê ingere algum alimento através de mamadeira? [1] Sim [2] Não [3] Não se aplica
27. Se <u>SIM</u>, após usar a mamadeira, como você, geralmente, limpa o bico e a mamadeira? [1] Lava somente com água [2] Lava com água e sabão [3] Ferve o bico e a mamadeira [4] Ferve só o bico [5] Outros. Especificar:
28. Você oferece ou pretende oferecer água para a criança? [1] Sim [2] Não
29. Se <u>SIM</u>, qual a procedência da água que a criança consome ou que irá consumir? [1] Água mineral [2] Torneira [3] Outro. Especificar:
30. Você realiza ou pretende realizar algum tratamento na água que a sua criança irá tomar ou toma? [1] Sim [2] Não
31. Se <u>NÃO</u>, por quê?
32. Se <u>SIM</u>, qual dos tratamentos listados abaixo? [1] Apenas ferve a água [2] Apenas filtra a água [3] Ferve e filtra a água [4] Trata com hipoclorito de sódio. Qual a diluição: [5] Coa através de um pano [6] Outro tratamento. Especificar:
33. A criança recebe ou receberá cuidados fora de casa (p.ex. na casa de outros parentes)? [1] Sim [2] Não
34. Número de banhos da criança por dia:
35. Qual a temperatura adequada da água do banho? [1] Fria (>36°) [2] Morna (36 a 37°) [3] Outro. Especificar
36. Qual produto você utiliza ou utilizará para banhar o bebê? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [36.1] Shampoo [36.2] Sabonete em barra [36.3] Sabonete líquido [36.4] Sabonete líquido e de pH neutro [36.5] Aseptol [36.6] Outro. Especificar
37. Quantas vezes ao dia você utiliza ou utilizará esses produtos? [1] Em todos os banhos [2] (1 vez/dia) [3] (2 vezes/dia) [4] (3 vezes/dia) [5] Outro. Especificar:
38. Você usa ou usará perfume na criança? [1] Sim [2] Não
39. Se <u>NÃO</u>, por quê?
40. Que produtos você utiliza ou utilizará para realizar a limpeza do coto umbilical? [1] Cotonete e água [2] Cotonete e álcool (líquido) à 70% [3] Cotonete e álcool (em gel) à 70% [4] Algodão e álcool (líquido) à 70% [5] Outro. Especificar:
41. Quantas vezes?
42. Como deve ser realizada a higiene genital da criança (direção)? [1] Do pênis/vagina em direção ao ânus [2] Do ânus em direção ao pênis/vagina [3] Outro. Especificar:
43. Quando for feita a troca de fraldas da criança por <u>xixi</u>, que produtos devem ser utilizados? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [43.1] Água morna e algodão [43.2] Lenço umedecido [43.3]. Pomada anti-assadura [43.4]. Talco [43.5] Outro. Especificar:
44. Quando a criança faz cocô (defeca) ou xixi (urina) e você a limpa, como você lava suas mãos? (produtos que usa)
45. Você acha que deve ser realizada a higiene da cavidade oral (boca) da criança? [1] Sim [2] Não
46. Se <u>NÃO</u>, Por quê?

<p>47. Se <u>SIM</u>, quantas vezes você acha que deve ser feita a higiene oral? [1] (1 vez/dia) [2] (2 vezes/dia) [3] (3 vezes/dia) [4] Após cada mamada [5] Outro. Especificar:</p>
<p>48. Que produtos devem ser utilizados para fazer a higiene oral do bebê? [1] Fralda molhada com água limpa [2] Gaze molhada com soro [3] Algodão molhado com água limpa [4] Outro. Especificar:</p>
<p>49. Qual sabão utiliza ou utilizará para lavar as roupas do bebê?</p>
<p>50. Deve-se usar amaciante: [1] Sim [2] Não</p>
<p>51. Onde deve secar a roupa da criança? [1] Sol [2] Sombra</p>
<p>52. A roupa da criança deve ser engomada? [1] Sim [2] Não</p>
<p>53. As crianças precisam tomar vacinas quando nascem? [1]. Sim [2] Não</p>
<p>54. Se <u>NÃO</u>, por quê?</p>
<p>55. Se <u>SIM</u>, quais vacinas a criança deve tomar ao nascer? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [55.1] BCG [55.2] Hepatite B [55.3] Não sabe [55.4] Outra. Especificar:</p>
<p>56. Você sabe quais doenças são prevenidas por essas vacinas? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [56.1] Tuberculose (formas graves) [56.2] Hepatite B [56.3] Gripe [56.4] Não sabe [56.5] Outra. Especificar:</p>
<p>57. Você acha que o bebê deve tomar banho de sol? [1] Sim [2] Não</p>
<p>58. Se <u>NÃO</u>, por quê?</p>
<p>59. Se <u>SIM</u>, qual a importância dessa prática? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [59.1] Eliminar bilirrubina (reduzir o tom amarelo da pele da criança) [59.2] Ajudar na absorção de Vitamina D [59.3] Ajuda no desenvolvimento ósseo da criança [59.4] Não sabe [59.5] Outro. Especificar:</p>
<p>60. Quanto tempo deve durar o banho de sol? [1] 40 minutos (20 minutos na posição ventral / 20 minutos na posição dorsal) [2] 30 minutos (15 minutos na posição ventral / 15 minutos na posição dorsal) [3] 20 minutos (10 minutos na posição ventral / 10 minutos na posição dorsal) [4] 10 minutos (5 minutos na posição ventral / 5 minutos na posição dorsal) [5] Não sabe [6] Outro. Especificar:</p>
<p>61. Em qual o horário do banho de sol deve ser dado?</p>
<p>62. Como a criança deve estar vestida para o banho de sol? [1] Somente de fralda [2] De blusa e fralda [3] De fralda e chapéu [4] De fralda, meias e luvas [5] Despida (Nú) [6] Não sabe [7] Outro. Especificar:</p>
<p>63. Você sabe quando o bebê está com cólica? [1] Sim [2] Não</p>
<p>64. O que você acha que causa cólica no bebê? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [64.1] Alimentação da mãe [64.2] Criança ingerir ar durante a mamada [64.3] Uso de leite artificial [64.4] Fisiológico (toda criança desenvolve) [64.5] Não sabe [64.6] Outro. Especificar:</p>
<p>65. Qual sua conduta quando o bebê apresenta ou apresentar cólica? (*Pode marcar mais de 1 alternativa) [65.1] Oferecer à criança chá de cebolinha ou outras ervas [65.2] Fazer compressa de água morna e aplicar na barriga (abdome) da criança [65.3] Aquecer as mãos e fazer massagem na barriga (abdome) da criança no sentido horário [65.4] Movimentar as pernas da criança (movimento de pedalar, movimento rotacional ou flexionar)</p>

[65.5] Colocar barriga (abdome) da criança em contato pele a pele com a barriga (abdome) da mãe
[65.6] Não sabe
[65.7] Outro. Especificar:
66. Qual a posição correta para criança dormir? (*Pode marcar mais de 1 alternativa)
[66.1] De barriga para cima (decúbito dorsal)
[66.2] De barriga para baixo (decúbito ventral)
[66.3] Colocar a criança lateralizada (decúbito lateral)
[66.4] Manter cabeceira elevada
[66.5] Outro. Especificar:
67. Onde a criança dorme ou irá dormir? [1] Berço [2] Cama [3] Rede [4] Outro. Especificar:
68. Quais acessórios há ou haverá no local onde a criança dorme? (*Pode marcar mais de 1 alternativa)
[68.1] Travesseiros [68.2] Lençóis (além do que cobre o berço) [68.3] Protetores laterais no berço
[68.4] Brinquedos [68.5] Outro. Especificar:
69. Você acha necessário colocar a criança para arrotar (eructar) após as mamadas?
[1] Sim [2] Não
70. Se <u>NÃO</u>, porquê?
71. Se <u>SIM</u>, com qual frequência?
[1] Após cada mamada [2] (1 a 3 vezes/dia) [3] (4 vezes/dia) [4] Outro. Especificar:
72. Em qual posição a criança deve ficar após mamar?
73. Por quanto tempo?

APÊNDICE H - CARTA CONVITE PARA JUÍZES DA ANÁLISE SEMÂNTICA

Caro (a) Senhor (a),

Eu, Brena Shellem Bessa de Oliveira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB, Redenção-Ceará/Brasil, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA PSICOMÉTRICA PARA MENSURAR A AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO”**, sob a orientação da Profª Dra. Emanuella Silva Joventino e Coorientação da Profª Dra. Lorena Barbosa Ximenes.

Solicito, por meio desta, a sua colaboração como profissional de língua portuguesa. Sua participação envolverá a apreciação e a análise semântica dos itens construídos para a escala. Sua participação é imprescindível para o desenvolvimento do meu estudo.

Caso deseje participar, pedimos que responda este *e-mail* o mais breve possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (*e-mail* ou correspondência convencional). Caso manifesta a sua concordância, enviarei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a primeira versão da escala e as instruções para o preenchimento do questionário de validação semântica. Caso opte pela correspondência convencional, solicito ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material acima descrito. Ressalto que para cumprir o cronograma desta pesquisa, solicito se possível, que o (a) senhor (a) devolva os questionários dentro do prazo de, no máximo, 10 dias após o recebimento dos mesmos.

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio. Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Brena Shellem Bessa de Oliveira

Telefone: (85) 988569727; *E-mail*: brennashellem@gmail.com

Emanuella Silva Joventino

E-mail: ejoventino@unilab.edu.br

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO JUÍZ DA ANÁLISE SEMÂNTICA

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado por Brena Shellem Bessa de Oliveira, orientanda da Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino e coorientadanda da Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes, a participar como voluntário da pesquisa intitulada “**Construção e validação de uma escala psicométrica para mensurar a autoeficácia no cuidado ao neonato**”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Como o objetivo do estudo é construir e validar uma escala capaz de mensurar o nível de autoeficácia durante a promoção de cuidados aos recém-nascidos, preciso submeter o instrumento-piloto à avaliação de especialistas em português. Estes especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes que satisfazem aos requisitos para participação nesta pesquisa. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices da mortalidade neonatal e infantil, favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, ressalto que o(a) senhor(a) não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Logo, venho por meio deste convidá-lo(a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o(a) senhor(a) receberá uma cópia da primeira versão dos itens da escala, um questionário para avaliação dos mesmos e um questionário de caracterização dos juízes de português.

Convido-o(a) a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para analisar/validar os itens da escala.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Em caso de dúvidas contate a responsável pela pesquisa ou comigo nos telefones abaixo:

Nome: Brena Shellem Bessa de Oliveira **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 988569727

Nome: Emanuella Silva Joventino **Instituição:** UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. **Telefone para contato:** (85) 33326189

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola AssisChateaubriand – MEAC; Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo, Fortaleza - CE. Telefone: (85) 3366.8569. *E-mail:* cepmeac@gmail.com

O abaixo assinado _____, _____ anos, RG: _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Redenção, ____/____/_____

Nome do voluntário:

Data:

Assinatura:

____/____/____

Nome do pesquisador:

Data:

Assinatura:

____/____/____

Nome do profissional que aplicou o

Data:

Assinatura:

TCLE:

____/____/____

APÊNDICE J - QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DA ANÁLISE SEMÂNTICA

Para cada um dos itens propostos para a escala responda as perguntas 1, 2, 3, 4 e 5. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, seja ambíguo, possuir erros ortográficos ou de sintaxe acrescente sua sugestão no espaço correspondente. Antecipadamente agradecemos sua contribuição.

	Itens da Escala	1. Este item lhe parece ambíguo?	2. Este item está sendo transmitido de forma clara?	3. O item está ortograficamente correto?	4. O item está gramaticalmente correto?	Caso o item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão neste espaço.
1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (Exemplo: em caso de engasgo).	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
2.	Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê quando ele desejar.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
3.	Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta durante a amamentação (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama;	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).					
4.	Eu sou capaz de colocar o bebê em pé, junto a mim, com a cabeça apoiada no meu ombro após cada mamada para ele arrotar.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
5.	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
6.	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
7.	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
8.	Eu sou capaz de fazer a higiene do	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.					
9.	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
10.	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
11.	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê quando ele fizer xixi e cocô.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
12.	Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa quando ele tiver feito xixi.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
13.	Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do bebê com movimentos suaves,	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.					
14.	Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
15.	Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
16.	Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
17.	Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
18.	Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
19.	Eu sou capaz de manter as unhas do	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	bebê limpas e curtas.						
20.	Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família, com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
21.	Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/mamadeira.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
22.	Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
23.	Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir de barriga para cima e com o rosto virado para o lado.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
24.	Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (Exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).						
25.	Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
26.	Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (Exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
27.	Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.					
28.	Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
29.	Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
30.	Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
31.	Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	
32.	Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

	de acordo com o tempo/clima.					
33.	Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	

**APÊNDICE K – QUINTA VERSÃO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NO
CUIDADO AO NEONATO (INSTRUMENTO-PILOTO)**

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua confiança em cuidar de um recém-nascido. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Nunca me sinto capaz
 2 = Raramente me sinto capaz
 3 = Às vezes me sinto capaz
 4 = Muitas vezes me sinto capaz
 5 = Sempre me sinto capaz

1	Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (Exemplo: em caso de engasgo).	1	2	3	4	5
2	Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê quando ele desejar.	1	2	3	4	5
3	Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta durante a amamentação (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).	1	2	3	4	5
4	Eu sou capaz de colocar o bebê em pé, junto a mim, com a cabeça apoiada no meu ombro após cada mamada para ele arrotar.	1	2	3	4	5
5	Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.	1	2	3	4	5
6	Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.	1	2	3	4	5
7	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	1	2	3	4	5
8	Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.	1	2	3	4	5
9	Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.	1	2	3	4	5
10	Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.	1	2	3	4	5
11	Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê quando ele fizer xixi e cocô.	1	2	3	4	5

- 1 = Nunca me sinto capaz
 2 = Raramente me sinto capaz
 3 = Às vezes me sinto capaz
 4 = Muitas vezes me sinto capaz
 5 = Sempre me sinto capaz

12 Eu sou capaz de fazer a higiene do bebê com algodão molhado com água limpa quando ele tiver feito xixi.	1	2	3	4	5
13 Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.	1	2	3	4	5
14 Eu sou capaz de limpar a região íntima do bebê com água após o uso de lenços umedecidos.	1	2	3	4	5
15 Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.	1	2	3	4	5
16 Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.	1	2	3	4	5
17 Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.	1	2	3	4	5
18 Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.	1	2	3	4	5
19 Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas.	1	2	3	4	5
20 Eu sou capaz de lavar as roupas do bebê separadas das roupas da família, com sabão neutro e depois enxaguar retirando todo sabão.	1	2	3	4	5
21 Eu sou capaz de evitar que o bebê use chupeta/bico/mamadeira.	1	2	3	4	5
22 Eu sou capaz de evitar o uso de travesseiros, almofadas, fraldas de pano, lençóis ou outro objeto enquanto o bebê dorme.	1	2	3	4	5
23 Eu sou capaz de colocar o bebê para dormir de barriga para cima e com o rosto virado para o lado.	1	2	3	4	5
24 Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (Exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).	1	2	3	4	5
25 Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	1 = Nunca me sinto capaz 2 = Raramente me sinto capaz 3 = Às vezes me sinto capaz 4 = Muitas vezes me sinto capaz 5 = Sempre me sinto capaz				
26 Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (Exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).	1	2	3	4	5
27 Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.	1	2	3	4	5
28 Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.	1	2	3	4	5
29 Eu sou capaz de levar ou pedir que alguém leve o bebê para fazer o teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida do bebê.	1	2	3	4	5
30 Eu sou capaz de olhar, conversar e demonstrar carinho pelo bebê.	1	2	3	4	5
31 Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).	1	2	3	4	5
32 Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.	1	2	3	4	5
33 Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.	1	2	3	4	5

APÊNDICE L – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO (VERSÃO FINAL)¹

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua confiança em cuidar de um recém-nascido. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Nunca me sinto capaz
2 = Raramente me sinto capaz
3 = Às vezes me sinto capaz
4 = Muitas vezes me sinto capaz
5 = Sempre me sinto capaz

1 Eu sou capaz de pegar no bebê com as mãos limpas.	1	2	3	4	5
2 Eu sou capaz de oferecer só leite do peito nos primeiros seis meses de vida do bebê quando ele desejar.	1	2	3	4	5
3 Eu sou capaz de identificar se o bebê está com a pega correta durante a amamentação (boca bem aberta; lábio inferior do bebê virado para fora; queixo da criança encostado ou bem próximo à mama; bochechas arredondadas; sem fazer barulho de estalos e sem causar dor na mãe).	1	2	3	4	5
4 Eu sou capaz de colocar o bebê em pé, junto a mim, com a cabeça encostada no meu ombro após cada mamada para ele arrotar.	1	2	3	4	5
5 Eu sou capaz de fazer a higiene da boca do bebê uma vez ao dia com dedeira de silicone ou fralda limpa molhada com água filtrada ou fervida.	1	2	3	4	5
6 Eu sou capaz de prestar primeiros socorros ao bebê quando necessário (Exemplo: em caso de engasgo).	1	2	3	4	5
7 Eu sou capaz de lavar as minhas mãos com água e sabão ou higienizar com álcool gel 70% antes e depois de trocar a fralda do bebê.	1	2	3	4	5
8 Eu sou capaz de trocar a fralda do bebê quando ele fizer xixi e cocô.	1	2	3	4	5
9 Eu sou capaz de fazer a higiene da região íntima do meu bebê com movimentos suaves, começando pelo pênis ou vagina em direção ao bumbum.	1	2	3	4	5
10 Eu sou capaz de usar pomada para evitar ou tratar assaduras no bebê.	1	2	3	4	5

¹ A escala somente pode ser utilizada em outros estudos mediante autorização prévia das autoras.

- 1 = Nunca me sinto capaz
 2 = Raramente me sinto capaz
 3 = Às vezes me sinto capaz
 4 = Muitas vezes me sinto capaz
 5 = Sempre me sinto capaz

11 Eu sou capaz de dar o banho no bebê com água morna e longe de lugares que tenham vento, brisa.	1	2	3	4	5
12 Eu sou capaz de banhar o bebê, pelo menos uma vez ao dia ou quando ele fizer cocô, com produtos de higiene apropriados para a idade.	1	2	3	4	5
13 Eu sou capaz de secar completamente o bebê após as trocas de fraldas e após o banho.	1	2	3	4	5
14 Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê, desde o início do umbigo e no cordãozinho, utilizando apenas cotonete molhado com álcool 70%.	1	2	3	4	5
15 Eu sou capaz de fazer a higiene do umbigo do bebê pelo menos três vezes ao dia, após os banhos e trocas de fraldas.	1	2	3	4	5
16 Eu sou capaz de identificar sinais de infecção (vermelhidão, mau cheiro, inchaço e presença de pus) no umbigo do bebê.	1	2	3	4	5
17 Eu sou capaz de manter as unhas do bebê limpas e curtas	1	2	3	4	5
18 Eu sou capaz de vestir o bebê com roupas adequadas de acordo com o tempo/clima.	1	2	3	4	5
19 Eu sou capaz de evitar o uso de perfume/colônia ou produtos com cheiro forte na pele do bebê ou próximo a ele.	1	2	3	4	5
20 Eu sou capaz de reconhecer cólicas no bebê (se o bebê está chorando muito e parece irritado sem motivo aparente).	1	2	3	4	5
21 Eu sou capaz de aliviar as cólicas no bebê (Exemplos: movimentar as pernas do bebê, como se estivesse pedalando no ar; fazer uma massagem na barriga do bebê, no sentido horário; utilizar compressas mornas na barriga do bebê).	1	2	3	4	5
22 Eu sou capaz de reconhecer quando o bebê apresenta os sinais de perigo (dificuldade de respirar ou para comer; corpo frio; febre; olhos vermelhos ou inchados ou com pus; vômitos).	1	2	3	4	5
24 Eu sou capaz de dar banho de sol no bebê no horário recomendado, posicionando-o 10 minutos de frente e 10 minutos de costas.	1	2	3	4	5

- 1 = Nunca me sinto capaz
2 = Raramente me sinto capaz
3 = Às vezes me sinto capaz
4 = Muitas vezes me sinto capaz
5 = Sempre me sinto capaz

24 Eu sou capaz de levar o bebê para ser vacinado no tempo correto.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

25 Eu sou capaz de proteger o bebê contra quedas (Exemplos: deixar sempre as grades do berço elevadas; nunca deixar de segurar o bebê quando estiver no trocador; colocar o cinto de segurança quando em cadeirinhas, carrinhos ou no bebê conforto, nunca deixar o bebê sozinho ou sem supervisão).	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

ANEXO A - QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DE CONTEÚDO E SEMÂNTICO²

ESPECIALISTA Nº. _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Escola onde se graduou: _____ Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência no cuidado ao neonato (em anos): _____

Experiência com saúde da criança (em anos): _____

Experiência na elaboração de tecnologias em saúde (em anos): _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO.

Se sim, qual a temática: _____

2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Outros: _____

Ocupação atual: 1. Assistência 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO

² Fonte: Adaptado de Joventino (2010)

ANEXO B - SINOPSE DA TEORIA DE AUTOEFICÁCIA DE BANDURA³

Sabe-se que a figura materna possui um papel fundamental no cuidado do recém-nascido (BEZERRA et al. 2015), e que a autoeficácia ou confiança materna em sua habilidade para desempenhar satisfatoriamente os cuidados com seu filho, poderá resultar na redução do desenvolvimento de patologias e na promoção do cuidado de qualidade a criança no contexto familiar (JOVENTINO, 2010; LIU, 2009), pois a autoeficácia, segundo Yassuda, Lasca e Néri (2005), prevê que o nível de confiança do indivíduo em sua habilidade é um forte motivador e regulador de seus comportamentos. Entretanto, como o recém-nascido poderá ter que ficar sob cuidados de terceiros quando a mãe estiver ausente é importante que esses cuidadores também se sintam confiantes em realizar o cuidado com a criança.

A autoeficácia é um componente da motivação (uma avaliação de desempenho) e tem papel importante na aquisição e mudança de comportamento (BANDURA, 1977). Destarte, pode-se dizer que a autoeficácia é a habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma ação concreta. Assim, a escolha, execução e manutenção de uma ação ou comportamento devem ser inseridas no conceito de autoeficácia, pois é ela que atua nas pessoas incentivando-as a desenvolver habilidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano (ORIA, 2008).

De acordo com a teoria comportamental, a manutenção e extinção de dado comportamento estão diretamente relacionadas aos seus efeitos (consequências). Logo, se os efeitos de um comportamento forem positivos, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo. Por outro lado, se os efeitos forem negativos, promovendo insatisfação, o indivíduo tende a interromper o comportamento (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Com isso, Albert Bandura (1977) contribui com o entendimento de que os processos cognitivos intermedeiam a relação entre comportamento e consequência, e, portanto, são importantes para a adoção e manutenção de um dado comportamento.

Quando existe uma discrepância entre os objetivos do sujeito em relação ao seu comportamento e os resultados alcançados isso pode motivar dois tipos de comportamento, a saber: 1. mudança de comportamento para alcançar os resultados desejados; ou 2. fuga e evitação, tendo em vista que as pessoas evitam se expor às situações que excedem a sua capacidade de lidar com ela (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

³ Fonte: Adaptado de SABINO (2016)

A autoeficácia pode ser conceituada como a crença sobre a habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas tarefas ou comportamentos para produzir um resultado desejável (BANDURA, 1977). E ainda, pode ser definida como uma convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma ação para produzir resultados desejáveis em uma dada situação (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

A expectativa de autoeficácia é a convicção de alguém de que é capaz de executar com sucesso um comportamento necessário para produzir um dado resultado. A expectativa de resultados é a crença de uma pessoa de que dado comportamento a levará a certos resultados. As expectativas de resultado e de eficácia são diferenciadas porque o indivíduo pode crer que uma ação particular produzirá certos resultados, mas se eles consideram sérias dúvidas de que são capazes de realizar as atividades necessárias, tais informações não influenciarão seu comportamento (BANDURA, 1977a, p. 193). Dessa forma, entende-se que uma pessoa pode crer que um comportamento produz certo resultado (expectativa de resultados) e julgar-se capaz de realizá-lo (expectativa de autoeficácia). Outras possibilidades podem surgir quando uma pessoa crê que um comportamento produz certo resultado, mas não se considera capaz de realizá-lo, ou ainda alguém pode julgar-se capaz de realizar um comportamento, mas não acredita que tal ação possa produzir um resultado.

No presente estudo, acredita-se que a autoeficácia dos cuidadores de recém-nascidos poderá contribuir para a promoção de um cuidado de qualidade para esse público, pois a autoeficácia é uma das variáveis consideradas modificáveis, e, portanto pode ser alvo de intervenção psicossocial em uma comunidade a fim de melhorar a autoeficácia no cuidado ao recém-nascidos. Assim, uma alternativa para os profissionais de saúde constitui-se no uso de instrumentos de avaliação que lhes deem suporte no julgamento das necessidades de seus clientes, podendo, no caso, realizar intervenções que favoreçam e auxiliem os cuidadores em sua autoeficácia no cuidado a criança em período neonatal.

Victor (2007) ratifica ao afirmar que uma opção para os profissionais de saúde no que se refere ao entendimento das facilidades e dificuldades para a prática de um comportamento na população é a utilização de escala de medida que possa avaliar o conhecimento que as pessoas têm sobre determinada temática. Sendo assim, alguns pesquisadores, utilizando os pressupostos teóricos de Bandura (1977, 1986) têm construído escalas para avaliar a confiança dos cuidadores em diversas situações, tais como: a confiança dos pais relacionada à sua habilidade em cuidar dos filhos (FROMAN; OWEN, 1989), confiança das mães em relação ao enfrentamento do parto (LOWE, 1993), confiança das mães

no gerenciamento das tarefas dos pais durante a fase toddler (de 1 a 3 anos de vida) (GROSS et al., 1989), confiança da mães no que diz respeito ao aleitamento materno (DENNIS, 2002) e autoeficácia dos pais na promoção de hábitos saudáveis nos filhos (BOHMAN; RASMUSSEN; GHADERI, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BANDURA, A. **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.** *Psychol Rev.*, v. 84, n. 2, p.191-215, 1977.

_____. **Social foundation of thought and action: a social cognitive theory.** Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

BEZERRA, M.A.L.; CARVALHO, K.M.; BEZERRA, J.L.O.; NOVAES, L.F.G.; MOURA, T.H.M.; LEAL, L.P. Factors associated with knowledge of mothers on Sudden Infant Death Syndrome. *Esc Anna Nery.*, v. 19, n., p. 303-309, 2015.

BOHMAN, B.; RASMUSSEN, F.; GHADERI, A. Development and psychometric evaluation of a context-based parental self-efficacy instrument for healthy dietary and physical activity behaviors in preschool children. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, v. 13, 2016.

DENNIS, C.L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, v.31, p. 12-32, 2002.

FROMAN, R. D.; OWEN, S.V. Infant care self-efficacy. *Sch Inq Nurs Pract.*, v.3, n.3, p.199-211, 1989.

GROSS, D.; ROCISSANO, L.; RONCOLI, M. Maternal confidence during toddlerhood: comparing preterm and fullterm groups. *Res Nurs Health.*, v.12, n.1, p.1-9, 1989.


JOVENTINO, E.S. **Desenvolvimento de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil.** 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5676. Acesso em: 09 out. 2012.

LIU, J. **Maternal beliefs and behaviors in the prevention of childhood diarrhea in Dar es Salaam, Tanzania.** 2009. 104f. Tese (Doutorado) - Program in Human Biology Honors Thesis, Stanford University, 2009. Disponível em: <https://studentaffairs.stanford.edu/sites/default/files/haas/files/Jessie%20Liu%20Thesis.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2012.

LOWE, N.K. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res Nurs Health.*, v.16, n.2, p.141-149, 1993.

- ORÍ, M.O.B. **Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes.** 2008. 182f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.
- SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M.; LAGE, L.M.; OLIVEIRA JUNIOR, J.O.; ROCHA, R. O. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. **Rev Psiquiat. Clín.**, v. 34, n. 3, p.111-117, 2007.
- VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of the self-efficacy construct. **Sch Inq Nurs Pract.**, v.15, n.3, p.189-207, 2001.
- VICTOR, J.F. **Tradução e validação da Exercise Benefits Barriers Scale:** aplicação em idosos. 2007. 141f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.
- YASSUDA, M.S.; LASCA, V.B.; NERI, A.L. Meta-memória e auto-eficácia: um estudo de validação de instrumentos de pesquisa sobre memória e envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.1, p. 78-90, 2005.

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE USO DA ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NOS CUIDADOS COM A CRIANÇA

**Luciana Leal**
para Maria, eu ▾ 09:18 (há 8 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia!

Prezada Brena,

Nós concluímos a validação de construto da escala, mas a aluna ainda não efetuou o depósito da dissertação no banco de teses e dissertações da UFPE. Também não publicamos o artigo original. Disponibilizei a escala para a Professora Lorena anteriormente e vc pode utilizá-la com a restrição de não repassar a terceiros e não incluir nos anexos da sua dissertação sem nos consultar antes para saber se está devidamente publicada no banco de teses da UFPE.

Bom trabalho,

Luciana

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal
Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Pernambuco - Departamento de Enfermagem
Av. Prof. Moraes Rego s/n, Bloco A do Hospital das Clínicas, 1º andar.
Cidade Universitária, Recife-PE 50670-901

ANEXO D – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA PSICOMÉTRICA PARA MENSURAR A AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO

Pesquisador: BRENA SHELLEM BESSA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05377119.9.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.127.398

Apresentação do Projeto:

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA PSICOMÉTRICA PARA MENSURAR A AUTOEFICÁCIA NO CUIDADO AO NEONATO tem como objetivo construir e validar uma escala de avaliação da autoeficácia na promoção de cuidados ao neonato. Trata-se de um estudo metodológico, quantitativo e que utilizará como referencial teórico a Psicometria, conforme os pressupostos de Pasquali. Para a elaboração e validação do instrumento aqui proposto,

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir e validar uma escala de avaliação da autoeficácia na promoção de cuidados ao neonato.

Objetivo Secundário:

- Elaborar itens e dimensões da autoeficácia para cuidar de crianças em período neonatal;- Avaliar as propriedades psicométricas em termos de validade e confiabilidade do instrumento;- Verificar a associação entre os escores da escala de autoeficácia no cuidado ao neonato e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores residentes em Redenção-CE, Acarape-CE e Fortaleza-CE.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8560 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

Continuação do Parecer: 3.127.398

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, o (a) participante poderá se sentir fragilizado ao ser questionado (a) acerca da sua autoeficácia para cuidar do recém-nascido ou ao dizer o que entende por cada item da escala, no entanto este risco será minimizado ao ser esclarecido (a) de que os dados obtidos no decorrer da entrevista serão apenas anotados e ser garantido sua privacidade durante a entrevista.

Benefícios:

A participação poderá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para aumento da qualidade de vida das crianças e a redução dos índices da mortalidade infantil, favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

podrá trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para aumento da qualidade de vida das crianças e a redução dos índices da mortalidade infantil, favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado aprova o projeto

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1232057.pdf	03/01/2019 16:33:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMeac.pdf	03/01/2019 16:32:09	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Cronograma	crono.pdf	03/01/2019 16:31:34	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.127.398

Outros	Termo.pdf	03/01/2019 16:27:08	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Outros	FolhaRosto.pdf	03/01/2019 16:26:19	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	03/01/2019 16:24:38	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Outros	AnuenciaRedencao.pdf	03/01/2019 16:23:16	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Outros	cartaredencao.pdf	03/01/2019 16:22:21	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Outros	CartaMeac.pdf	03/01/2019 16:21:35	EMANUELLA SILVA JOVENTINO MELO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/12/2018 23:34:05	BRENA SHELLEM BESSA DE	Aceito
Outros	Anuencia_Acarape.pdf	02/10/2018 13:41:53	BRENA SHELLEM BESSA DE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOS.pdf	02/10/2018 13:38:23	BRENA SHELLEM BESSA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 31 de Janeiro de 2019

Assinado por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3366-8509 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com