UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAFAELLA ALVES SILVA

Adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil

RIBEIRÃO PRETO

2019

RAFAELLA ALVES SILVA

Adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil

Versão original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

SILVA, R.A.

Adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil, Ribeirão Preto, 2019.
98 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Maria Cândida de Carvalho Furtado

1. Pré-escolar. 2. Obesidade 3. Alimentação saudável. 4. Conhecimento. 5. Estudos de validação.

SILVA, Rafaella Alves

Adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:___/_____/____

Banca examinadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Julgamento:_____

Assinatura:_____

Gratidão **a Deus**, por abençoar minha vida.
"Floresça onde Deus te plantou"

Aos meus pais, Mozair e Nilza, amores da minha vida que são exemplos diários de apoio, incentivo e carinho, que apesar das dificuldades me mostraram o valor do estudo.

Ao meu irmão, Leonardo, parte de mim, grata pelo amor, paciência e companheirismo.

Obrigada por compreenderem minha ausência, por serem presentes e estarem ao meu lado sempre. Amo vocês.

"Pois onde estiver o amor, ali estará também o nosso coração" (Lucas. 12:34)

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado**, por me receber como sua orientanda e acreditar em mim. Obrigada pelos ensinamentos, orientações, incentivo e amizade. Por partilhar tamanho conhecimento com carinho e dedicação.

À **Profa. Dra. Maria da Graça Ferreira Aparício Costa**, autora do Questionário de Alimentação Infantil, desenvolvido em Portugal; obrigada pela autorização para adaptação cultural no Brasil e por todo o conhecimento e carinho disponibilizado para o desenvolvimento do estudo.

À **Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos**, pelo assessoramento para o desenvolvimento da pesquisa. Obrigada pela contribuição e paciência.

À **Profa. Dra. Miriane Lucindo Zucoloto e ao Prof. Dr. Sérgio Arthur,** pelo cuidado, atenção e paciência quanto às análises estatísticas - fator primordial ao estudo.

Aos profissionais que contribuíram para o desenvolvimento do estudo em diversos momentos, membros do **Comitê de Especialistas**, membros da **Comissão Julgadora do Exame de Qualificação - Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos e Profa. Dra. Jacqueline Pontes Monteiro.**

À **Miyeko Hayashida**, pelo aporte e auxílio prestado para o processo de construção do estudo.

A toda **Equipe dos Centros de Convivência Infantil** onde trabalho. Meu muito obrigada, em especial às coordenadoras pelo tempo disponibilizado, apoio e compreensão durante esse período.

À Secretaria Municipal de Educação de Franca-SP, pela compreensão e percepção da importância e benefícios do desenvolvimento do estudo.

Aos Centros de Convivência Infantil, pais e as crianças, pela colaboração e interesse em participar do estudo. Obrigada por tanto aprendizado e por proporcionarem a vivência única da coleta de dados associada ao carinho e acolhimento; vocês são fonte de inspiração para o

desenvolvimento desse estudo.

Às minhas amigas, **Ana Muniz, Giuliany Freitas, Lais Villioni, Larissa Araújo, Maria Clara Minelli, Roberta Cintra e Vanessa Ferreira**, (Mari e Vanessa gratidão pela hospitalidade). Agradeço a Deus por terem vocês em minha vida, obrigada por estarem presentes e por tamanha compreensão, sempre estarão no meu coração.

Gratidão **a todos** que contribuíram e fizeram parte deste período da minha vida.

“Sempre parece impossível até que seja feito” (Nelson Mandela)

"O segredo, querida Alice, é rodear-se de pessoas que te façam sorrir com o coração.
É então, só então que você estará no país das maravilhas” (Chapeleiro Maluco)

RESUMO

SILVA, R.A. **Adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil.** 2019. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Para compor ações de cuidado à criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Eixo Estratégico II – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – defende a nutrição adequada e o acesso a alimentos seguros e nutritivos como direito da criança para atingir padrões altos de saúde. Considerando a importância de ofertar alimentos saudáveis para crescimento e desenvolvimento oportunos às crianças brasileiras, as evidências científicas sobre a necessidade de promover hábitos de vida benéficos e pela ausência de instrumentos nacionais validados que investigam conhecimento de pais sobre alimentação saudável de seus filhos, este estudo teve o objetivo de realizar a adaptação cultural, no Brasil, do Questionário de Alimentação Infantil (QAI), para uso com pais de crianças em idade pré-escolar. Realizou-se um estudo metodológico foi desenvolvido em um município de médio porte do nordeste paulista entre março e setembro de 2018. Para alcance do objetivo, percorreram-se as etapas propostas por referencial que envolveu *padronização idiomática* do instrumento; avaliação por *comitê de especialistas*; *retrotradução*; *painel de pacientes*; *versão adaptada* do instrumento e *teste piloto*. Realizou-se a *padronização idiomática* para manter a compreensão do instrumento quando adaptado culturalmente na mesma língua, mas em países distintos. Esta foi avaliada por dois profissionais de língua portuguesa, que resultou em duas versões, posteriormente sintetizadas em uma única versão. Sete juízes compuseram o *comitê de especialistas* que validaram esta versão, com concordância acima de 80% para 54 das 55 afirmações do QAI. Acataram-se as alterações por não interferirem no QAI e após aprovação da autora. Procedeu-se à *retrotradução*, também com alterações necessárias para a realidade brasileira e após autorização da autora. Para a validação semântica, 30 pais (*painel de pacientes*) de crianças matriculadas em Centros de Convivência Infantil (CCI) responderam itens do QAI que foi subdividido em cinco grupos de 11 afirmações cada. Verificou-se compreensão de todos os itens, à exceção de um deles que não faz parte da realidade brasileira; também alterado com autorização da autora, resultando na *versão adaptada*. Então, conduziu-se o *estudo piloto* com 55 pais de outras CCI; eles assinalaram, no QAI, verdadeiro ou falso para todas as 55 afirmações. Para análise, utilizou-se o coeficiente de Kuder-Richardson (KR20) e obteve-se correlação dos itens com o total, com veracidade para valores superiores a 0,7. Da validação

semântica, identificaram-se percentuais acima de 92% para boa compressão dos itens do QAI. Do estudo piloto, obtiveram-se valores entre 0,72 e 0,76 para os 55 itens do questionário, ou seja, boa consistência, o que confirma a fidedignidade da versão brasileira. A versão adaptada culturalmente do QAI no Brasil é fidedigna e válida para avaliar o conhecimento dos pais quanto à alimentação saudável de crianças em idade pré-escolar. E seu uso tem potencial para contribuir para atuação de profissionais com crianças nessa faixa etária e oportunizar a identificação de melhores práticas na alimentação infantil que favoreçam crescimento e desenvolvimento saudáveis. E, ainda, estimular, nas famílias brasileiras, formação e manutenção de hábitos saudáveis, podendo ser um redutor dos quadros de sobrepeso e obesidade infantil no país.

Palavras-chave: Pré-escolar. Obesidade. Alimentação saudável. Conhecimento. Estudos de validação.

ABSTRACT

SILVA, R.A. **Cultural adaptation of the Infant Feeding Questionnaire (IFQ) for use in Brazil.** 2019. 97 p. Thesis (MS) –Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

In order to compose childcare actions, National Policy for Comprehensive Child Health Care, in its strategic axis II - Breastfeeding and Complementary Healthy Eating - advocates adequate nutrition and access to safe and nutritious food as a child's right to achieve high standards of health. By considering the importance of offering healthy food for growth and development of Brazilian children, scientific evidence about the need to promote beneficial lifestyle habits and the absence of validated national instruments that investigate parents' knowledge about their children's healthy eating, this study had the objective of carrying out the cultural adaptation, in Brazil, of the Infant Feeding Questionnaire (IFQ), for use with parents of children of preschool age. A methodological study was carried out in a medium-sized municipality in the northeast of São Paulo between March and September 2018.To reach the objective, we go through the steps proposed by referential that involved idiomatic standardization of the instrument; expert committee review; retro translation; patient panel; adapted version of the instrument and pilot test. We also performed language standardization in order to maintain understanding of the instrument when culturally adapted in the same language but in different countries. Two Portuguese-speaking professionals evaluated this version and resulting in two versions, which was later synthesized in a single one. The Committee of experts consisted of seven professionals who validated this version with agreement above 80% for 54 of the 55 statements of the IFQ. We accepted the changes because they did not interfere with the IFQ and we obtained the author's approval. Back translation was performed, also with necessary changes to the Brazilian reality and after authorization by the author. For the semantic validation, 30 parents (panel of patients) of children of children enrolled in Child Living Centers (CLC) answered items from the IFQ, which was subdivided into five groups of 11 statements each. Understanding of all items was verified, except for one that is not part of the Brazilian reality; also changed with permission of the author, resulting in the adapted version. Then, we conducted a pilot study with 55 parents from other CLC; they pointed out true or false for all 55 statements in the IFQ. For analysis we used the Kuder-Richardson coefficient (KR20) and a correlation between the items and the total was found with truth for values greater than 0.7. From the semantic validation, we identified percentages above 92% for good compression of the IFQ items. The

results of the pilot study indicated values between 0.72 and 0.76 for the 55 questionnaire items. This demonstrated good consistency, which confirms the reliability of the Brazilian version. The culturally adapted version of the IFQ in Brazil is reliable and valid for assessing parent's knowledge of healthy eating in preschool children. Its use has the potential to contribute whit professionals who work with children in this age group and to enable those professionals in order to identify best practices in infant feeding that favor healthy growth and development. It also stimulates, in Brazilian families, the formation and maintenance of healthy habits and may be a reduction of overweight and childhood obesity in the country.

Keywords: Preschool. Obesity. Healthy eating. Knowledge. Validation Studies.

RESUMEN

SILVA, R.A. **Adaptación cultural del Cuestionario de Alimentación Infantil (CAI) para su uso en Brasil.** 2019. 97 h. Tesina (Maestría en Ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Con el fin de realizar acciones de cuidado infantil, la Política Nacional para la Atención Integral de Salud Infantil, en su eje estratégico II - Lactancia Materna y Alimentación Saludable Complementaria – enfatiza una nutrición adecuada y acceso a alimentos seguros y nutritivos como un derecho del niño para alcanzar altos estándares de salud. Al considerar la importancia de ofrecer alimentos saludables para el crecimiento y desarrollo oportuno de los niños brasileños y la evidencia científica sobre la necesidad de promover hábitos de vida beneficiosos y la ausencia de instrumentos nacionales validados que investiguen el conocimiento de los padres sobre la alimentación saludable de sus hijos, el presente estudio tiene como objetivo adaptar culturalmente, en Brasil, el Cuestionario de Alimentación Infantil (CAI) para su uso con padres de niños en edad preescolar. Se realizó un estudio metodológico se llevó a cabo en un municipio de tamaño mediano en el noreste del estado de São Paulo entre marzo y septiembre de 2018. Para alcanzar el objetivo, se siguió los pasos propuestos por referencial que contenían la estandarización idiomática del instrumento, revisión del comité de expertos, retro traducción; panel (Grupo) de pacientes; versión adaptada del instrumento y prueba piloto. También se realizó la estandarización del idioma para mantener la comprensión del instrumento al adaptarlo culturalmente al mismo idioma, pero en diferentes países. Dos profesionales de habla portuguesa valoraron esta versión obteniéndose dos versiones, que luego fueron sintetizadas en una sola. El Comité de expertos estaba conformado por siete profesionales que validaron esta versión con una coincidencia superior al 80% para 54 de las 55 (preguntas / Afirmaciones) del CAI. Aceptamos los cambios porque no interferían con el CAI y obtuvimos la aprobación del autor. Se realizó una traducción inversa, también con los cambios necesarios a la realidad brasileña y previa autorización del autor. Para la validación semántica, 30 padres (panel de pacientes) de hijos de niños inscritos en el Centros de Vida Infantil (CVI) respondieron los ítems del CAI, que se subdividió en cinco grupos de 11 preguntas/ afirmaciones cada uno. Se verificó la comprensión de todos los ítems, excepto uno que no es parte de la realidad brasileña; también se cambió con el permiso del autor, lo que resultó de la versión adaptada. Luego, realizamos un estudio piloto con 55 padres de otros CVI; señalaron verdadero o falso para las 55 preguntas/ afirmaciones en el CAI. Para el análisis se utilizó el

coeficiente de Kuder-Richardson (KR20) y se encontró una correlación entre los ítems con el total, con veracidad para valores mayores a 0.7. A partir de la validación semántica, se identificó porcentajes superiores al 92% para una buena compresión de los elementos CAI. Los resultados del estudio piloto indicaron valores entre 0,72 y 0,76 para los 55 ítems del cuestionario, esto quiere decir, una buena consistencia, lo que confirma la fiabilidad de la versión brasileña. La versión culturalmente adaptada del CAI en Brasil es confiable y válida para evaluar el conocimiento de los padres sobre la alimentación saludable en niños en edad preescolar. Su uso tiene el potencial de contribuir a los profesionales que trabajan con niños en este grupo de edad y permitir que esos profesionales identifiquen las mejores prácticas en alimentación infantil que favorecen un crecimiento y desarrollo saludable. También estimula, en las familias brasileñas, la formación y el mantenimiento de hábitos saludables pudiendo ser un reductor del sobrepeso y la obesidad infantil en el país.

Palabras claves: Preescolar. Obesidad. Dieta Saludable. Conocimiento. Estudios de Validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1-	Sistema de classificação de juízes experts, adaptado segundo critérios de Fehring (1987).....	40
Figura 1 -	Fluxograma da adaptação cultural do QAI para uso no Brasil, 2018.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sistema de classificação de juízes experts, adaptado segundo critérios de Fehring (1987)	44
Tabela 2 -	Subconjuntos de itens e nível de escolaridade – Primeira etapa do painel de pacientes. Ribeirão Preto, 2017.....	51
Tabela 3 -	Classificação dos pais segundo respostas (Folha de Impressões Gerais). Etapa de validação semântica do instrumento QAI (n=30). Ribeirão Preto, 2018	52
Tabela 4 -	Percentuais de respostas dos pais segundo os subconjuntos de itens da Folha de Validação Semântica específica dos itens. Etapa de validação semântica do QAI (n=30). Ribeirão Preto, 2019.....	54
Tabela 5 -	Estimativa do coeficiente KR20 ao deletar um item do questionário. Ribeirão Preto, 2019.....	59

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCI	Centro de Convivência Infantil
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
EUFIC	*European Food Information Council*
KR20	Kuder e Richardson
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDF	*Portable Document Format*
QAI	Questionário de Alimentação Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo
WHO	*World Health Organization*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **19**

1 INTRODUÇÃO **22**

1.1 Constructo teórico: conhecimento **23**

1.2 Alimentação no início da vida: aspectos constitucionais da criança e políticas públicas de atenção **23**

1.3 Introdução da alimentação complementar e fatores associados **24**

1.4 Questionário de Alimentação Infantil (QAI) **30**

2 OBJETIVOS **32**

2.1 Objetivo geral **33**

2.2 Objetivos específicos **33**

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO **34**

3.1 Adaptação cultural ou Adaptação Transcultural **35**

3.2 Validade de instrumentos de medida **35**

3.3 Validade de face e contéudo **36**

3.4 Validade de constructo ou conceito **37**

3.5 Validade de critério **37**

3.6 Fidedignidade **38**

4 PECURSO METODOLÓGICO **40**

4.1 Tipo de estudo **41**

4.2 Processo de adaptação cultural do *QAI* **41**

4.2.1 Padronização idiomática 41

4.2.2 Comitê de especialistas 41

4.2.3 Retrotradução 43

4.2.4 Local do estudo 44

4.2.5 Painel de pacientes 44

4.2.6 Teste piloto 46

4.2.7 Análise dos dados 48

4.2.8 Aspectos éticos 49

5 RESULTADOS **51**

5.1 Padronização idiomática **52**

5.2 Comitê de especialistas **52**

5.3 Retrotradução **52**
5.4 Painel de pacientes **53**
5.4.1 Impressões gerais dos pais sobre o instrumento QAI 53
5.4.2 Impressões dos pais sobre o instrumento de forma específica aos itens do QAI... 54
5.5 Teste piloto **59**
5.5.1 Fidedignidade 59
6 DISCUSSÃO **62**
7 CONCLUSÕES **65**
REFERÊNCIAS **68**
APÊNDICES **74**
ANEXOS **87**

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela área da saúde da criança surgiu durante a graduação em Nutrição, na Universidade de Franca-SP, onde tive a oportunidade de realizar meu estágio curricular supervisionado na Clínica Pediátrica do Hospital São Joaquim – Unimed, em Franca, SP.

Desde o meu primeiro ano de graduação, eu desenvolvo atividades de pesquisa e extensão, e sempre me interessei muito pela docência universitária; isto fez com que eu optasse por continuar meus estudos, dessa vez por meio da pós-graduação. Assim, após contato com a Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado, iniciei em julho de 2016, minha participação como membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e do Adolescente (GPECCA), sendo que esta etapa me proporcionou grande amadurecimento na pesquisa e na docência, e consolidou o meu interesse e amor pela área materno-infantil.

Tendo em vista que a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) é uma instituição de excelência e grande prestígio na pós-graduação, vislumbrei a possibilidade de cursar o mestrado nesta instituição. Para iniciar este novo ciclo, iniciei estudos em especial na área de saúde da criança, para desenvolver um projeto de pesquisa e me preparar para o mestrado.

Como nutricionista materno-infantil em Centros de Convivência Infantil (CCI) da Prefeitura Municipal de Franca, SP, sou responsável pelo cuidado da alimentação das crianças ali atendidas, e tenho vivenciado a dificuldade dos pais em relação à alimentação saudável e sua importância. Nesse contexto de minha prática profissional, é possível inferir que os pais apresentam pouco conhecimento em relação ao significado da alimentação saudável, refletindo nas crianças o ensinamento de hábitos alimentares pouco adequados que têm repercussão no decorrer da infância, bem como em sua vida adulta. Vários fatores podem influenciar esse comportamento, entre eles o tempo, com os pais visando a praticidade e escolhendo alimentos de fácil acesso, muitas vezes, industrializados.

Compreendendo a importância da introdução adequada da alimentação complementar para as crianças, as variáveis que podem interferir nesse início e os resultados de pesquisa que demonstram a relevância da temática para a saúde infantil, intencionamos investigar o conhecimento dos pais acerca da alimentação de seus filhos, a partir do uso de um instrumento.

Durante esta trajetória, surgiram algumas inquietações e questões: Como a obesidade infantil tem aumentado nos últimos anos? As crianças têm poder aquisitivo para adquirir os produtos que consomem na sua alimentação? Os pais oferecem os alimentos para as crianças? Quanto os pais sabem sobre alimentação saudável? Os pais entendem que estão ofertando algo saudável para os filhos, e acreditam estar certo, mesmo esse alimento não sendo saudável?

Durante as buscas na literatura para preparar o projeto de pesquisa, deparei-me com o Questionário de Alimentação Infantil (QAI), desenvolvido em Portugal e que veio ao encontro de minhas expectativas a respeito do conhecimento dos pais sobre alimentação de seus filhos. Após contato com a pesquisadora que elaborou e validou este instrumento, obtive em 03 de outubro de 2016, a sua autorização para uso em pesquisa no Brasil. Este caminho resultou no projeto de pesquisa submetido ao Processo Seletivo Mestrado em setembro de 2017, sendo aprovada, com início das atividades em janeiro de 2018.

Este trabalho foi organizado em sete capítulos. Para maior compreensão do objeto de pesquisa, o primeiro capítulo contextualiza o problema e traz evidências acerca da alimentação no início da vida e das políticas públicas que sustentam ações de cuidado voltadas à infância. Ainda, tem-se a introdução de alimentos como prática importante para a saúde da criança e o Questionário de Alimentação Infantil é apresentado, com descrição detalhada da sua elaboração e validação em Portugal. Em seguida, têm-se os objetivos propostos para este estudo.

No terceiro capítulo, há descrição do referencial metodológico utilizado e que permitiu a condução do capítulo quarto - percurso metodológico - para alcance dos objetivos. A apresentação dos resultados e a discussão com a literatura constam dos capítulos quinto e sexto. E por fim, o capítulo sete traz as conclusões dessa investigação que intenciona contribuir com oferta de um instrumento que favoreça a identificação do conhecimento de pais de crianças em idade escolar sobre a alimentação de seus filhos. E que também aponte caminhos para a propositura de programas/planos de ação que se adequem às políticas públicas de atenção a esta clientela.

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo trata adaptação cultural do instrumento Questionário de Alimentação Infantil (QAI) quanto avaliação do conhecimento de pais em idade pré-escolar como auxílio para o desenvolvimento pleno do indivíduo nessa fase da vida. Para contextualizar esta temática, são apresentados aspectos que envolvem adaptações culturais, validações de instrumentos e quanto a alimentação desde o início da vida, incluindo os fundamentos propostos nas políticas públicas de atenção à criança, como também o convívio com os pais no processo que demanda o consumo de alimentos para a criança.

1.1 Constructo teórico: conhecimento

Corpo [constituído] por verdades ou fatos acumulados com passar do tempo, soma de informações acumuladas, seu volume e natureza, em qualquer civilização, período ou país (Biblioteca Virtual em Saúde).

1.2 Alimentação no início da vida: aspectos constitucionais da criança e políticas públicas de atenção

Para comporem as ações de cuidado à criança, o Ministério da Saúde brasileiro apresenta diretrizes, estabelecidas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), como anteriormente, na Agenda de Compromisso para a atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil, com compromissos firmados, a partir de linhas de cuidado, de modo a considerar a criança e sua saúde em todo e qualquer ambiente que ela esteja (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018). Dessa maneira, todos os profissionais envolvidos com o cuidado da criança devem estar atentos a cada fase de sua vida, de modo a compreender suas necessidades e buscar meios para atendê-las.

Dentre as linhas de cuidado, destaca-se aqui, a "*Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil*". Iniciado pelo aleitamento materno, estes documentos ressaltam a importância do incentivo, apoio e orientação, às mães, para o estabelecimento de uma alimentação saudável (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018). Os profissionais devem, ainda, se atentar para a introdução de alimentos (alimentação complementar), e orientar adequadamente as famílias, durante as avaliações do crescimento e desenvolvimento da criança nos atendimentos na unidade de saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2015; FEGHAN et al., 2014).

Com relação ao início da vida, o aleitamento materno (AM), tem se estabelecido como

um fator essencial para a preservação da saúde da criança (BRASIL, 2015). Como forma mais segura, eficaz e completa de alcançar crescimento e desenvolvimento adequados de uma criança o AM deve acontecer, de modo exclusivo, até o sexto mês de vida pós-natal (WHO, 2013; BRASIL, 2015; FEGHAN et al, 2014). Recomenda-se início precoce, ainda na primeira hora de vida extrauterina, sendo essa prática alimentar o padrão-ouro para lactentes nessa faixa etária (CUNHA et al., 2015; FEGHAN et al., 2014; WHO, 2013).

As vantagens têm sido amplamente divulgadas em investigações que revelam benefícios tanto para a criança, quanto para a mãe, a família e a sociedade (FEGHAN et al., 2014; CUNHA et al., 2015; BRASIL, 2013). A amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015; CUNHA et al., 2015; WHO, 2013).

1.3 Introdução da alimentação complementar e fatores associados

Na transição do aleitamento materno para o início da oferta de outros tipos de alimentos, faz-se importante compreender o conhecimento dos pais quanto aos hábitos alimentares saudáveis (CONCEIÇÃO, RODRIGUES, 2015; TAGLIETTI, 2014). É primordial iniciar a orientação aos pais desde a amamentação até a introdução dos alimentos para que a criança aprenda de forma saudável os hábitos alimentares que levarão até a vida adulta (BRASIL, 2012; CARLETTI et al., 2017; CONCEIÇÃO, RODRIGUES, 2015; FEGHAN et al., 2014).

Estudos, que investigaram as práticas relacionadas tanto ao aleitamento materno quanto à introdução de alimentos para a criança, demonstraram que ainda há necessidade de proximidade com os pais para orientações adequadas que os auxiliem nesse momento da vida da criança.

Fuzeto e Oliveira (2010) compararam a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas no município de Curitiba, PR; identificaram a introdução tanto precoce quanto tardia de líquidos, alimentos saudáveis e alimentos não saudáveis. Houve diferença estatisticamente significante na oferta maior de chás, suco natural e carne após os seis meses de vida de crianças, para filhos de mães adultas; oferta precoce de bolachas por parte das mães adolescentes (FUZETO; OLIVEIRA, 2010).

Com o objetivo de avaliarem o consumo alimentar de crianças menores de dois anos em

três creches do município de São Paulo, Freiberg et al. (2012) demonstraram que o consumo alimentar atingiu as recomendações para lipídios, excedeu em carboidratos, proteínas e em cálcio. Não foram atingidas as recomendações de vitamina A e ferro nas idades entre seis e 12 meses. Os autores apontam, como imprescindível, um programa de vigilância nutricional, uma vez que as instituições não conseguem atingir 100% das recomendações dietéticas para as crianças (FREIBERG et al., 2012).

Souza et al. (2013) classificaram o conhecimento de funcionárias de creches públicas sobre o aleitamento materno e alimentação complementar; identificaram maior percentual de acerto para questões sobre aleitamento materno exclusivo. Quanto à alimentação complementar, 61% responderam corretamente a idade de introduzi-la, com percentual inferior para a introdução de carne (56%) e de açúcar (16%). Sobre as percepções das funcionárias, 9% relataram existir leite materno fraco; 79% relataram a influência negativa da mamadeira e 51% da chupeta na amamentação; 77% acreditavam influenciar positivamente a qualidade da alimentação oferecida às crianças. Não ocorreu discrepância nas respostas segundo o cargo, com exceção da influência negativa da chupeta na amamentação (SOUZA et al., 2013). Os autores demonstraram que o conhecimento das funcionárias de creches públicas quanto ao aleitamento materno foi maior ao da alimentação complementar, e que se faz essencial a inclusão de trabalhos educativos sobre a temática para toda a equipe escolar (SOUZA et al., 2013).

Silva et al. (2014), em estudo que buscou qualificar a avaliação da amamentação, da diversificação e da frequência alimentar em crianças de São Tomé e Príncipe, apontaram que 46,6% das crianças foram amamentadas de forma exclusiva até os seis meses. A alimentação complementar teve início aos 6±3 meses (mediana=6), sendo as farinhas e a canja de peixe os primeiros alimentos oferecidos (SILVA et al., 2014). Demonstraram, ainda, que quase metade das crianças são incluídas na dieta familiar aos 7±3 meses (mediana=6), com porcentagem elevada de alimentos que as crianças nunca fizeram uso, como leite de vaca (74%) ou iogurte (40%), contrariamente ao elevado consumo de óleo alimentar (34%) e açúcar (33%). Os autores ressaltaram elevada prevalência de aleitamento materno exclusivo e precoce introdução da dieta alimentar. Embora existam recursos alimentares disponíveis, não há informação/ formação adequada para elaborar um plano alimentar saudável durante a infância (SILVA et al., 2014).

Outro estudo, que verificou o tempo de AM e a introdução de alimentos, foi o desenvolvido por Oliveira et al. (2014). Os autores descreveram a forma de introdução da alimentação complementar em crianças entre seis meses e 11 meses e 29 dias. Como resultado, apontaram a realização do aleitamento materno em 95,3% das crianças, sendo que 51,2%

realizaram o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses. Quanto à alimentação complementar, 67,4% iniciaram aos seis meses; 27,9%, antes desse período; e 4,7%, após essa idade. Em 58,1% das crianças, o leite materno foi mantido após o início da alimentação complementar. Os resultados indicaram que o aleitamento materno está se tornando uma prática, mas sua oferta de forma exclusiva até os seis meses de idade ainda não é frequente e a alimentação complementar não ocorre como se recomenda (OLIVEIRA et al., 2014).

Castro et al. (2014) delinearam a introdução de alimentos no primeiro ano de vida e constataram sua associação e do aleitamento materno, com o índice de massa corporal (IMC) para idade entre pré-escolares de uma creche de uma comunidade vulnerável do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Os resultados indicaram 36 (28,6%) pré-escolares com excesso de peso; contudo, não houve diferença significativa entre os sexos (p=0,195). Crianças que receberam AME apresentaram menores prevalências de excesso de peso (p=0,028). Verificou-se associação positiva do IMC para idade com o consumo de mingau (p=0,043) e negativa (p=0,016) com o escore de alimentação complementar. Os autores concluíram que a introdução precoce de alimentos pode contribuir para o risco de excesso de peso e associaram o AM com menor prevalência de sobrepeso (CASTRO et al., 2014).

Taglietti et al. (2014) investigaram as práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida em crianças atendidas por um serviço público de saúde. A maioria das crianças seguia boas práticas alimentares, como ingestão de frutas (91,8%), carne (84,8%) e verduras/legumes (82,5%). Entretanto, foi encontrada proporção relevante de práticas inadequadas, como ver televisão durante as refeições (33,7%), ingestão de sucos industrializados (47,6%), ingestão de refrigerantes (46,5%) e menos de seis meses de AME (56,7%) (TAGLIETTI et al., 2014). Embora tenham encontrado práticas saudáveis, perceberam-se ainda práticas pouco saudáveis, que devem ser consideradas, por se tratar de uma população, cuja vulnerabilidade dessa fase da vida requer atenção, com vistas à construção de padrões alimentares que permanecerão ao longo da vida (TAGLIETTI et al., 2014).

Para identificar as percepções e as práticas da alimentação no primeiro ano de vida, Conceição e Rodrigues (2015) entrevistaram mães em unidades de saúde de um município paulista. Os resultados revelaram que as mães têm informação de que o AME deve ocorrer até o sexto mês de vida. Quanto à alimentação complementar, papas liquidificadas ainda se fizeram presentes na rotina de preparo da alimentação das crianças, assim como a crença de que a carne, especialmente a de porco, não deve ser oferecida nesta fase da vida (CONCEIÇÃO; RODRIGUES, 2015). Estas mães demonstraram atitudes positivas em relação ao AM; contudo, as informações e o apoio relacionados à amamentação e alimentação complementar devem ser

reforçados pelos profissionais de saúde que acompanham a díade (CONCEIÇÃO; RODRIGUES 2015).

Schincaglia et al. (2015) analisaram as práticas alimentares e os fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses, nascidas em maternidade na região Noroeste de Goiânia, GO, Brasil. Os autores apontaram que houve oferta precoce de água, frutas, sucos e comida de sal. Houve maior prevalência para crianças de mães fumantes, e menor para primíparas.

Oliveira et al. (2016) acompanharam duas famílias em estudo que buscou problematizar a influência do comportamento familiar na introdução da alimentação complementar da criança e suas consequências no desenvolvimento infantil. Desenvolvido o estudo em uma capital brasileira, contou com dois casos acompanhados por equipes de saúde da família entre 2014 e 2015. Ambos os casos demonstraram desvios nutricionais a partir do início da alimentação complementar, quer seja pela introdução precoce de alimentos e abandono do AME, quer seja pelo adiamento da introdução de outros alimentos na dieta da criança, quando esta é recomendada. Os autores indicaram a importância de os profissionais de saúde, inclusive o nutricionista, compreenderem a dinâmica familiar, bem como o comportamento alimentar da família de modo a identificar seus hábitos para atuarem de modo efetivo (OLIVEIRA et al., 2016).

Para avaliar o tipo de leite recebido no primeiro ano de vida e o início da dieta complementar de crianças em escolas de educação infantil em um município do sul do Brasil, Pereira et al. (2016) aplicaram questionário aos responsáveis por 34 escolas municipais e privadas. Metade delas indicou que as crianças menores de um ano recebiam leite materno; 14,7% revelaram início da dieta complementar das crianças com idade menor ou igual a quatro meses; 34,7% com idade maior que quatro meses; 20,6% com idade maior ou igual a seis meses. Não houve significância estatística entre as instituições públicas e privadas (p=0,842). Com relação ao tipo de leite, 82,3% do leite oferecido nas escolas municipais eram pasteurizados; nas escolas privadas, houve predomínio de leite de fórmula (76,4%) (p=0,001). Independentemente do tipo de instituição, houve introdução precoce de alimentos para as crianças, com oferta de alimento não recomendado para esta faixa etária. Tais dados revelaram a necessidade de constante vigilância e também de estímulo para orientação adequada aos pais, aos gestores e aos responsáveis por estas escolas (PEREIRA et al., 2016).

Estudo que objetivou investigar a efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), na melhoria da alimentação no primeiro ano de vida em um município de grande porte do sul do Brasil, buscou identificar a prevalência do consumo de

verduras, legumes, frutas e alimentos não saudáveis, e prevalência de alimentos com consistência adequada para a idade. Os resultados mostraram que a estratégia esteve associada à redução no consumo de refrigerante e/ou suco industrializado, como também de comidas industrializadas e não saudáveis. Não houve aumento de consumo em alimentos saudáveis; contudo, constatou-se, embora parcialmente, efeito positivo da ENPACS, com potencial para contribuir na melhoria da alimentação infantil (BALDISSERA et al., 2016).

Pesquisas desenvolvidas em diferentes países e que avaliaram as práticas de alimentação complementar, como também os fatores associados à introdução desses alimentos indicam resultados semelhantes. Investigação de Carletti et al. (2016), realizada em Trieste, Itália, identificaram que 86% das crianças de uma coorte, nascida entre 2007 e 2011, já tinham recebido alimentação complementar aos seis meses, sendo que o primeiro tipo de alimento foi fruta. Os autores destacaram que a baixa conformidade com as recomendações da OMS, encontrada em seu estudo, pode ser pelo conflito de informações recebidas de diferentes fontes. Tais orientações precisam ser guiadas por recomendações oficiais, bem como ofertadas, apoiadas e promovidas por profissionais de saúde qualificados (CARLETTI et al., 2016).

Na Etiópia, Kassa et al. (2016) avaliaram as práticas de alimentação complementar e os fatores associados entre mães de crianças de seis a 23 meses, com resultados que indicaram a idade da criança (12 a 17 meses e 18 a 24 meses), o nível educacional da mãe e o tamanho familiar pequeno como preditores independentes da prática apropriada de alimentação complementar em crianças entre seis e 23 meses. Mães analfabetas, criança entre seis e 11 meses e família de grande porte foram fatores associados à prática inadequada de alimentação. Apesar de os achados não poderem ser generalizados para outros países, os autores destacaram a importância de adequado aconselhamento nutricional sobre práticas de alimentação infantil (KASSA et al., 2016).

Em estudo desenvolvido em um distrito do Nepal ocidental, com 178 mães de crianças entre seis e 23 meses de idade, demonstrou que apenas 57% das mães iniciaram a alimentação complementar aos seis meses (GAUTAM et al., 2016). Houve proporção razoavelmente alta (84%) de crianças pequenas com frequência mínima de refeição. Contudo, a diversidade de farinha (35%) e a dieta mínima aceitável (33%) mantiveram-se baixas. A educação materna e o monitoramento do crescimento de seus filhos foram independentemente associados a receber uma dieta mínima aceitável. Os resultados revelaram que a subnutrição tem sido grande problema no Nepal e pode ser ainda mais complicada mediante práticas de alimentação infantil precárias. Desse modo, os autores destacaram, como prioridade de intervenções nutricionais, a implementação de programas que incorporem diretrizes de alimentação infantil em manuais

de treinamento de profissionais de saúde, além de maior foco na educação de mães e cuidadores, para melhores resultados na alimentação infantil (GAUTAM et al., 2016).

Alzaheb (2016), também com objetivo de avaliar as práticas de alimentação complementar e estabelecer os fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar, entrevistou, no contexto da Arábia Saudita, 632 mães de crianças entre quatro e 24 meses atendidas em unidades de atenção primária. Definiu-se, como introdução precoce, o início antes de 17 semanas de vida, sendo que 62,5% dos bebês receberam alimentos sólidos antes dessa idade. Os fatores maternos com maior risco para introdução precoce de sólidos foram: idade mais jovem, nacionalidade saudita, poucos anos de estudo; retornar ao emprego dentro de seis meses após o nascimento; parto cesáreo; não amamentação completa durante seis semanas após o nascimento e famílias de baixa renda. A autora apontou que alguns dos fatores de risco elencados são potencialmente modificáveis e, portanto, representaram oportunidades para estimular o melhor momento para a introdução de alimentos sólidos pelas mães, além de apoiar o AME nos primeiros seis meses de vida. Acresce-se a possibilidade de educar as novas mães acerca dos possíveis efeitos negativos da introdução precoce de alimentos sólidos na vida de seus filhos (ALZAHEB, 2016).

Victor et al. (2014) investigaram fatores associados à prática de alimentação complementar inadequada entre seis e 23 meses na Tanzânia. A prevalência da introdução de alimentos semissólidos ou sólidos foi de 92,3%; prevalência de diversidade dietética mínima, frequência de refeição e dieta aceitável foi de 38,2%, 38,6% e 15,9%, respectivamente. Os principais fatores de risco para práticas inadequadas incluíram a idade da criança (entre 06 e 11 meses), o menor nível de educação paterna/materna, o acesso limitado aos meios de comunicação em massa, a falta de exames pós-natal e o baixo status econômico. Apesar de alta porcentagem de crianças entre seis e oito meses terem recebido alimentos sólidos no recordatório alimentar de 24 horas, muitos poucos atenderam os requisitos de diversidade dietética, frequência de refeição ou dieta aceitável. Os autores recomendaram intervenções para melhorar o estado nutricional das crianças, atuando principalmente entre mães e cuidadores com pouca escolaridade e sem acesso a informações adequadas. Acrescentaram, ainda, que os programas de educação nutricional devem aconselhar as mães, cuidadores e membros-chave da família sobre os princípios básicos da alimentação complementar usando ingredientes localmente disponíveis (VICTOR et al., 2014).

Os estudos nacionais aqui apresentados traçaram a importância do acompanhamento da alimentação das crianças como modo de promoção da saúde dessa população. Estudos internacionais também revelaram a preocupação com a introdução de alimentos fora do tempo

recomendado com repercussões negativas para a saúde das crianças. Com vistas a identificar os fatores associados a este início precoce, os estudos indicam algumas variáveis a serem consideradas e que auxiliam no planejamento de ações voltadas a esta temática. Nesse sentido, a literatura tem apontado que a monitorização contínua de práticas alimentares complementares se faz importante para a formulação de políticas e de programas.

Dessa forma, o desenvolvimento da presente pesquisa se faz significativo pelo fato de que no país não existe um instrumento validado que mensure quanto os pais conhecem acerca de alimentação saudável de crianças em idade pré-escolar, período que corresponde à faixa etária de quatro a seis anos. Ressalta-se que nessa fase a criança já alcançou a maturidade completa dos órgãos e sistemas que intervêm na digestão, absorção e metabolismo dos nutrientes.

A alimentação equilibrada é necessária para que as crianças possam adquirir hábitos alimentares adequados durante a vida, sendo esses essenciais na fase pré-escolar. Por esse motivo, o conhecimento dos pais torna-se primordial a fim de que possam contribuir para o processo de formação e manutenção dos hábitos saudáveis, podendo ser um redutor dos quadros de sobrepeso e obesidade infantil no Brasil, que apresentam prevalência crescente, mostrando que estão relacionados diretamente com patologias que prejudicam a saúde das crianças.

1.4 Questionário de Alimentação Infantil (QAI)

O ***Questionário de Alimentação Infantil*** **(QAI)** foi desenvolvido por pesquisadores em Portugal para ser aplicado aos pais de crianças em idade pré-escolar e intenciona identificar seus conhecimentos sobre a alimentação infantil (COSTA et al., 2012).

A partir de uma revisão de literatura, os autores se fundamentaram nas recomendações de fontes científicas. Foram construídas afirmações que envolvem aspectos relacionados aos alimentos e grupos alimentares, com implicações positivas e negativas para a saúde.

Também /abordam comportamentos que permeiam as práticas alimentares cotidianas; consideram, ainda as atitudes existentes em crenças alimentares culturais e das famílias; os conhecimentos nutricionais básicos do dia a dia para que as pessoas utilizem os diversos grupos alimentares. Após validação com pais de crianças e ajustes necessários para tornarem mais claras as afirmações, e no sentido de evitar respostas tendenciosas, houve elaboração de algumas afirmações de modo a representar conceitos positivos e outras, conceitos negativos (COSTA et al., 2012).

A pontuação varia entre zero (0) e um (1), indicando, respectivamente, respostas

incorretas e corretas. As respostas corretas significam conhecimento adequado acerca da alimentação infantil; as incorretas, conhecimentos incorretos. O manual do QAI indica quais itens que, construídos de modo que a resposta correta seja "falso", devem ser pontuados com (1) (COSTA et al., 2012). Para a obtenção do escore total, devem ser somadas todas as respostas assinaladas no sentido correto, com variação entre 0 a 55. Quanto maior o escore de pontuação total, melhor o conhecimento dos pais acerca da alimentação infantil (COSTA et al., 2012).

A versão inicial do instrumento contava com 60 afirmações dicotômicas (Verdadeiro/Falso), e os pais deveriam assinalar com um "X" a afirmação correspondente ao que fazem, pensam e sabem sobre a alimentação do (a) filho (a). Após validação (análise fatorial e consistência interna), cinco itens foram excluídos, restando 55 questões, numeradas segundo sua sequência (COSTA et al., 2012). Da análise fatorial, permitiu-se organizar os itens em quatro fatores aos quais foram atribuídos os significados:

- Fator 1: alimentação e saúde: composto por 22 itens (14, 16, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 55).
- Fator 2: regras alimentares, contemplam 13 itens, a saber: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 18, 20 e 22).
- Fator 3: crenças alimentares familiares são constituídas de nove itens (1, 10, 19, 21, 23, 24, 26, 31 e 43).
- Fator 4: variedade/diversidade no padrão alimentar, composto por 11 itens, (6, 15, 17, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 39)

A classificação do nível de conhecimentos sobre alimentação infantil foi efetuada através de grupos de coorte para cada fator, tendo por base a fórmula (média ± 0.25dp), classificadas de acordo com os valores obtidos em: conhecimento insuficiente, suficiente e bom (COSTA et al., 2012).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Realizar a adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil para uso no Brasil.

2.2 Objetivos específicos

a) padronizar idiomaticamente o Questionário de Alimentação Infantil para o português do Brasil, para que atinja viabilidade e fidedignidade;

b) submeter a versão conciliada para apreciação do Comitê de Especialistas e pelo Painel de pacientes;

c) realizar o teste piloto com público-alvo de interesse.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para o desenvolvimento desse estudo, utilizou-se o referencial metodológico descrito a seguir.

3.1 Adaptação Cultural ou Adaptação Transcultural

Instrumentos e questionários de avaliação são objetos usados frequentemente em nas áreas diferentes de saúde. Podem ter aplicabilidade na atividade de auxiliar no diagnostico, prognóstico, em avaliar a resposta ao tratamento e da qualidade de vida. Porem são desenvolvidos regularmente em língua inglesa e frequentemente aplicados em populações diferentes para qual foram originalmente desenvolvidos (FORTES; ARAUJO, 2019).

Dessa forma é necessário ter cautela na preparação e aplicação dos questionários ou instrumentos de pesquisa, que não derivam apenas da tradução, mas essencialmente da adaptação cultural de um contexto para o outro afim de manter sua capacidade e potencialidade. Devido as diferenças culturais e de idioma somente a tradução de um questionário não é suficiente, pois podem ocorrer erros de interpretação e compreensão. Quando questionários desenvolvidos em outros países e idiomas são usados em estudos científicos, se faz necessário além da tradução, realizar a adaptação cultural e validação (RODILLA et al; 2013)

A adaptação cultural do estudo seguiu as etapas, propostas por Ferrer et al (1996).

3.2 Validade de instrumentos de medida

A validação equivale a um processo que se coletam e avaliam os indicativos de validade de um instrumento, a começar pela realização dos escores de um teste (RAYMUNDO, 2006).

Portanto validar, ultrapassa a demonstração do valor de um instrumento de medida; é todo um processo de investigação. Esse processo não se esgota, mas o contrário, pode presumir continuidade e realizar repetições inúmeras vezes do mesmo instrumento. Considera-se um bom instrumento de medida quando ele contempla etapas essenciais como a validade e fidedignidade (RAYMUNDO 2009).

A validação é a definição de uma propriedade psicométrica em que se busca a comprovação de evidências, com análise se o que está sendo medido é de fato o que o pesquisador pretende avaliar; isto é, se o instrumento mede aquilo a que se propõe. Desse modo, fidedignidade ou confiabilidade é designada pela capacidade de precisão e exatidão de realizar

resultados idênticos, em momentos distintos com os mesmos indivíduos, demonstrando se os resultados são os esperados de forma confiável e se representam de fato o que está medindo (PASQUALI, 2009).

A investigação da validade de um instrumento possui etapas diversas, sendo que as mais frequentes são aquelas provenientes de julgamento ou de modo empírico. A direção a ser percorrida durante o processo de validação dependerá do propósito do instrumento; dessa forma, nunca existe somente uma estratégia para sua validação (MOTA; PIMENTA, 2007).

Destaca-se, aqui, que a validade de um construto ou teste, se inicia no momento em que se projeta a construção do instrumento, desenvolvendo o processo de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. A exigência de cálculos de diferentes coeficientes na análise da validade de um instrumento é o que se relaciona aos objetivos desse instrumento (RAYMUNDO, 2009).

A validade se retrata de forma essencial e, como uma importante propriedade dos instrumentos, faz-se elemento crucial na escolha e/ou aplicação de uma medida ou de instrumento de medida. Dessa forma, existem aspectos da validade separados por categorias de validade que são a validade de face, validade de construto ou conceito, validade de conteúdo e validade de critério.

Diante desses aspectos, cada categoria é avaliada por meio de métodos específicos para que o instrumento seja fidedigno e tenha compreensão, ou seja, é realizada uma análise em que avalia se o instrumento alcança mensurar de forma exata, ao que se propôs a medir (PASQUALI, 2003).

3.3 Validade de face e conteúdo

Validade de face consiste no grau que o questionário aparentemente mede o que foi projetado a medir. Tal etapa tem por objetivo verificar se os itens listados são significantes em relação ao construto. Esta validade é realizada por especialistas que julgam até que ponto o instrumento mede aquilo a que se propõe, sendo então verificado o quanto que um instrumento se certifica que os tópicos propostos estão claros e que não há ambiguidades (FAYERS; MACHIN, 2007). Em contrapartida, a validade de conteúdo é a extensão com que as questões (itens) do questionário fornecem a informação que se quer obter, em todas as dimensões. Refere-se ao julgamento do instrumento, ou seja, ao detalhamento dos itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PASQUALI, 2003; RAYMUNDO, 2009).

Considerada um passo primordial no desenvolvimento de novos instrumentos de

mensuração a validação de conteúdo representa o início de procedimentos de associação de conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis.

Pasquali (1998) inseriu a validação semântica no processo de validação de conteúdo, com o objetivo de analisar a compreensão dos itens pelo público-alvo. Um dos fatores essenciais é a verificação da integralidade dos itens para o estrato mais baixo (de habilidade), sendo que a compreensão de cada item não pode ser um fator complicador na resposta das pessoas. A amostra dessa etapa deve ser realizada pelo público-alvo visando o estrato educacional mais baixo quanto por uma amostra com maior habilidade, a fim de evitar dessimetria na elaboração dos itens. Dessa forma, os juízes que analisam os ajustes devem ser profissionais na área do construto e se faz necessária a concordância entre eles, em pelo menos 80%, para definição da decisão quanto ao item analisado (CHWALOW, 1995; PASQUALI, 1999).

3.4 Validade de constructo ou conceito

A validade de constructo é vista como a etapa mais importante quando se fala em validade de instrumentos psicológicos, pois trata de uma etapa direta em que o pesquisador realiza a verificação do pressuposto de autenticidade dos traços latentes, ou seja, verifica-se o quanto o teste representa o constructo de forma correta (PASQUALI, 2011).

De acordo com Fayers; Machin (2007), a validade de constructo é analisada por dois aspectos: validade de constructo convergente e validade de constructo divergente.

O primeiro deles, a validade de constructo convergente, visa verificar a existência de correlação positiva entre o constructo medido pelo instrumento em pesquisa e diferentes variáveis com as quais os constructos deveriam estar relacionados.

Já o segundo aspecto, a validade de constructo divergente, ou discriminante como normalmente, acontece se a correlação entre a dimensão à qual pertence é maior do que sua correlação com outras, às quais não pertence. Aqui, utiliza-se a análise multitraço-multimétodo para verificar a existência dessas validades, tanto convergente como divergente (CASTRO, 2007; FAYERS; MACHIN, 2007).

3.5 Validade de critério

Na validade de critério se verifica se o instrumento tem capacidade de identificar o que são verdadeiramente efetivos para uma determinada atividade. Ela também é denominada como

validade preditiva ou concorrente que se relaciona ao grau de correlação entre os escores de um teste e outras medidas do desempenho alcançadas em aspecto simultâneo ou independente ao teste; ou seja, ela avalia se o instrumento é capaz de predizer a ocorrência ou eventos futuros com exatidão. À medida que o instrumento e o critério são aplicados em conjunto (simultâneo) denomina-se validade concorrente; para o critério julgado no futuro, denomina-se validade preditiva (RAYMUNDO, 2009).

De acordo com Raymundo (2009), os aspectos de validade separados pelas categorias: validade de conteúdo, validade de construto ou conceito e validade de critério são utilizados de forma integral para todos os tipos de testes, independentemente do nível conceitual. Ressalta-se, também, que atividades científicas sejam elas de diversas áreas, devem se fundamentar em instrumentos de medidas que ampliam, assim, o seu rigor metodológico.

3.6 Fidedignidade

A fidedignidade é uma propriedade básica; porém, essencial. Assim deve ser enfatizada quando se relaciona à validade de um instrumento. A fidedignidade está pautada à capacidade de medida com precisão da consistência e da estabilidade durante o tempo da particularidade que se intenciona medir (PASQUALI, 1999). O instrumento dentre seus fatores relacionados pode afetar a fidedignidade de um teste, entre eles citam-se (RAYMUNDO, 2009; URBINA, 2007):

1. número de itens - quanto maior número de itens, maior a confiabilidade;
2. grau de dificuldade dos itens - itens com grau médio de dificuldade, maior contribuição para fidedignidade;
3. homogeneidade do teste – quanto mais homogênea a composição do teste, maior a fidedignidade.

Dentro da estatística, a fidedignidade de uma escala é aumentada quando se incluem e se verifica um número de itens, sendo que cada item é relacionado a um termo de erro aleatório independente. A fidedignidade pode ser utilizada em dois aspectos diferentes de validação de escala: consistência interna (fidedignidade interna) que emprega, entre os itens, a correlação em que se analisa a homogeneidade das escalas, que do mesmo modo pode ser frequente para o delineamento de aspectos de reprodutibilidade e estabilidade das medidas (FAYERS; MACHIN, 2007).

Para analisar a adequação da reprodução do constructo pelo teste, emprega-se uma técnica denominada consistência interna, que consiste no cálculo da correlação efetiva entre cada item

do teste, remanescente dos itens ou escore total. Dessa forma, a consistência interna demanda em que os itens estejam inter correlacionados; de outro modo, é que as correlações entre eles mesmos sejam elevadas (PASQUALI, 2011).

Para análise da consistência interna de um instrumento, a estatística Alfa de Cronbach é um dos parâmetros estatísticos frequentes, com valores entre 0 e 1, trabalhando com a proposição de que as correlações entre os itens são positivas. Os coeficientes abaixo de 0,70 são considerados como aceitáveis para escalas psicométricas, embora seja aconselhado que seu valor deva ser acima de 0,80, denominado como bom ou mesmo 0,90, o que é excelente (FAYERS; MACHIN, 2007).

Isto posto, entende-se que uma estratégia não se pode ser avaliada isoladamente, pois a mesma pode ser deficiente para comprovar que um instrumento é válido e fidedigno (McDOWELL; NEWELL, 1996).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011) que realizou a adaptação cultural do QAI para o português do Brasil, a fim de possibilitar um questionário adaptado idiomaticamente para a utilização no país. Para realizarmos a compreensão do conhecimento de pais de crianças em idade pré-escolar acerca da alimentação saudável na infância, pois conhecimento e saúde são fatores que impactam na vida das crianças.

4.2 Processo de adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil

Uma vez que o objeto do presente estudo consiste na adaptação de um material cujo idioma possui similaridade com o português no Brasil, pois provém de Portugal, buscou-se adequar uma terminologia que respondesse a esta adaptação linguística.

Assim, identificou-se o grupo de estudo de uma instituição de ensino público superior do Estado de São Paulo, cujos estudos utilizam a terminologia "padronização idiomática" para manter a compreensão do instrumento. O grupo define esta etapa como essencial pela circunstância que o instrumento é composto por duas línguas oficiais do mesmo idioma (FELIPE, 2017). Devido ao instrumento original ser da língua portuguesa europeia, como já apontado, após autorização da autora para seu uso nessa pesquisa (ANEXO A), a adaptação cultural seguiu as etapas, propostas por Ferrer et al (1996), com início em dezembro de 2017:

4.2.1) padronização idiomática do instrumento (1ª versão);

4.2.2) avaliação por comitê de especialistas (2ª versão);

4.2.3) retrotradução;

4.2.4) painel de pacientes (validação semântica – 3ª versão);

4.2.5) versão adaptada do instrumento;

4.2.6) teste piloto.

4.2.1 Padronização idiomática

Esta primeira etapa correspondeu à padronização idiomática, do instrumento originário da língua portuguesa europeia, para o português do Brasil. Para tanto, o QAI foi disponibilizado em 06 de março de 2018 a dois profissionais da área de língua portuguesa, de forma individual, para análise do instrumento original e ajustes do padrão idiomático, resultando em duas versões.

Os profissionais receberam o material, via correio eletrônico (e-mail), sendo este

composto pela carta convite para participação da etapa de padronização idiomática (APÊNDICE A), o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o QAI na versão original (ANEXO B), em arquivos Portable Document Format (PDF). Foi solicitado a eles que atentassem para a manutenção da equivalência conceitual, ao invés de linguística, e que procedessem a avaliação referente à proporcionalidade entre a padronização idiomática para o português do Brasil e a versão original, identificando itens ambíguos que pudessem gerar estranheza ao serem mencionados.

Ressalta-se que os profissionais possuíam experiência no desenvolvimento de pesquisas relacionadas à temática abordada. Um deles tinha conhecimento na área de nutrição e o outro não sabia qual o objetivo do estudo.

4.2.2 Comitê de especialistas

Após a padronização idiomática do QAI, um comitê de especialistas recebeu o material para realizar a avaliação semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento traduzido. Nesse sentido, o comitê avaliou a compreensão, a adequabilidade das palavras e frases e a clareza na transmissão das informações. Este grupo foi composto por uma equipe multiprofissional com profissionais que atuam no cuidado de crianças (nutricionistas, enfermeiros e médicos); cuidados estes que envolvem orientações acerca da alimentação. A seleção ocorreu a partir da análise do currículo disponibilizado online (Currículo Lattes). Em seguida, os especialistas foram pontuados conforme proximidade à área a ser investigada, por meio dos critérios de Fehring (1987), seguindo sua metodologia e seu modelo que dispõem de critérios para inclusão de peritos. Incluíram-se, no referido comitê, os profissionais que, ao final da avaliação de critérios, obtiveram pontuação mínima de nove pontos, conforme é indicado no Quadro 1.

Quadro 1 - Sistema de classificação de juízes experts, adaptado segundo critérios de Fehring (1987).

Juízes	**Pontuação**
Título de doutor	4 pontos
Título de mestre	3 pontos
Publicação em periódico indexado sobre a temática de interesse do estudo*	2 pontos
Especialização na temática de interesse do estudo*	2 pontos
Prática clínica na área de interesse de no mínimo 5 anos na área de saúde da criança*	2 pontos

Participação em evento científico nos últimos dois anos sobre a temática de interesse do estudo*	1 ponto

Nota*: Área de interesse do estudo: atenção à criança em serviços de saúde que envolvam ações/orientações acerca da nutrição/alimentação infantil.

Posteriormente à atribuição da pontuação aos juízes selecionados, procedeu-se o convite por e-mail para participação nessa etapa do estudo, ocorrida em maio de 2018 (APÊNDICE C).

Ao aceitarem, os especialistas receberam o TCLE (APÊNDICE D) e também o arquivo em PDF do QAI padronizado idiomaticamente para o português do Brasil (ANEXO C). A devolutiva do TCLE assinado e do QAI avaliado com as devidas sugestões dos participantes também foi efetuada por e-mail e ocorreu 20 dias após o convite. Os especialistas que participaram desta etapa receberam uma declaração.

O número de integrantes no Comitê de Especialistas foi definido com base em recomendações que salientam que sua formação deve ter no mínimo cinco e no máximo dez profissionais (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995), podendo variar de seis a 20, com mínimo de três integrantes (LYNN, 1986). Além disso, levou-se em conta a formação profissional, a experiência, a qualificação e a disponibilidade de tempo em querer ajudar (LYNN, 1986; GRANT; DAVIS, 1997).

Para a avaliação da padronização idiomática, os especialistas receberam um roteiro, elaborado pela pesquisadora, em que constava a caracterização dos participantes (APÊNDICE E), explicações de como usar o formulário (APÊNDICE F), e as 55 frases afirmativas que compõem o QAI na versão original e na versão padronizada idiomaticamente para o português do Brasil, a fim de compará-las e avaliá-las (APÊNDICE G), ambas disponibilizadas no Google Forms.

A avaliação se deu nos aspectos da “padronização idiomática”, e ainda “se a informação está adequada para realidade brasileira” e “se a informação demonstrava clareza”. Havia, também, um campo com possibilidade para inserir as observações dos especialistas acerca de cada item do QAI.

4.2.3 Retrotradução

Apesar de os estudos desenvolvidos pelo grupo de pesquisa, anteriormente mencionado, (FELIPE, 2017) sobre padronização linguística, não apresentar a etapa de retrotradução, para a presente pesquisa, considerou-se tal realização. Isto deve-se à valorização que os pesquisadores aqui tiveram para que o QAI tivesse a possibilidade de, após sua padronização para o idioma

português do Brasil, ter sua redação retornada ao idioma original (Portugal). Desse modo, os pesquisadores concluíram uma etapa importante de análise do processo de adaptação cultural. Nesse momento, participaram dois profissionais da área de língua portuguesa (nativos e não foram os mesmos da etapa de padronização idiomática) não tinham conhecimento dos objetivos do estudo, ou contato prévio com o instrumento origina

4.2.4 Local do estudo

As etapas da adaptação cultural do QAI que dizem respeito ao "painel de pacientes" foram desenvolvidas em um município do nordeste paulista, com população estimada para o ano de 2018 de 350.400 habitantes. A rede de ensino local dispõe de 17 escolas municipais de ensino infantil com 7.707 vagas; 37 escolas municipais de ensino fundamental com 4.686 vagas e conta com 65 centros de convivência infantil (CCI), sendo que 33 destes atendem crianças em idade pré-escolar com cerca de 2.265 vagas para essa faixa etária. No âmbito da saúde, o município conta com 53 instituições de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), com atendimentos de baixa a alta complexidade, e possui também dois hospitais particulares.

O campo para a coleta de dados, elencado para esta investigação, foi composto pelos Centros de Convivência Infantil (CCI) que recebem crianças em idade pré-escolar. O CCI é uma instituição municipal que atende crianças na faixa etária entre zero e cinco anos e 11 meses de idade. As crianças permanecem no CCI durante o dia, das 6:30h às 17:30h, e desenvolvem atividades de ensino, lúdicas, além de receberem alimentação nesse período.

Os dados da Secretaria Municipal de Educação (mês de referência junho de 2017), indicava um total de 62 CCI, sendo que 28 atendem a faixa etária de interesse para o estudo. Estes CCI estão divididos por regiões e disponibilizam 1.830 vagas, a saber: região Norte com 727 vagas distribuídas em 11 CCI; para a região Sul são 314 vagas em cinco CCI. Para a região Leste, 375 vagas em cinco CCI; região Oeste com 290 vagas em cinco CCI e a região Central disponibiliza 124 vagas distribuídas em dois CCI.

4.2.5 Painel de pacientes

O termo painel de pacientes é usado por Ferrer et al. (1996) para designar a semântica das palavras, realizar a análise de compreensão, ou seja, verificar se o instrumento traduzido é compreensível para realidade do país que será aplicado.

Além do referencial metodológico seguido (Ferrer et al., 1996), utilizou-se também o

referencial proposto pelo grupo DISABKIDS® (2004), que é um grupo europeu que se compromete com a melhoria da qualidade de vida e a independência de crianças com condições crônicas de saúde e suas famílias. O grupo desenvolve instrumentos na área da saúde, sendo que a sua coordenação é feita pelo centro de estudos da Universidade de Hamburgo, Alemanha, e está presente em oito países, sete europeus e o Brasil. O grupo criou um método de tradução e retrotradução, conhecido por vários países, pelo seu rigor metodológico. Esse método se compõe nas seguintes etapas: tradução, retrotradução, validação semântica, teste piloto e estudo de campo (DISABKIDS®, 2004).

Dessa forma, definiu-se juntamente com a etapa proposta por Ferrer et al. (1996) quando se refere a (painel de pacientes), percorrer também a etapa (validação semântica) preconizada pelo grupo DISABKIDS® (s/d), a fim de complementá-la.

De acordo com o grupo europeu, a função da validação semântica é verificar o quanto os itens do instrumento são compreensíveis pelo público-alvo. E se faz necessária a identificação de problemas, como compreensão indevida, dúvidas em relação ao seu significado geral e erros de interpretação. No presente estudo, foram usados os questionários adaptados do grupo DISABKIDS®, como a Folha de Impressão Geral, que avalia o instrumento de forma universal (ANEXO D) e a Folha de Validação Semântica Específica, que avalia a compreensão de cada item do instrumento (ANEXO E) para a etapa de validação semântica; obteve-se do pesquisador responsável, no Brasil, a autorização para uso destes questionários (ANEXO F).

Esta etapa foi desenvolvida com pais das crianças em idade pré-escolar (público-alvo), de acordo com o referencial metodológico do manual do DISABKIDS® (2004) que recomenda que, quando o instrumento tem muitos itens, ele seja dividido em subgrupos para aplicação dos questionários de validação semântica.

O QAI foi, então, dividido em subgrupos de itens de acordo com a escolaridade dos pais, considerando:

- ensino fundamental: pais que frequentaram a escola por pelos menos um ano ou pelo período de oitos anos;
- ensino médio: pais que cursaram um ano do ensino médio até os que concluíram o ensino superior.

Cada um dos subconjuntos tiveram um número mínimo de três pais, conforme o manual do DISABKIDS® (2004).

Foram convidados 34 pais; 30 aceitaram participar. Em cada grupo estiveram três integrantes do ensino fundamental e três do ensino médio, totalizando seis pais que responderam 11 itens para o primeiro momento da etapa do painel de pacientes. Cabe salientar

que 11 itens integraram um subconjunto e eles estão descritos, detalhadamente, na Tabela 1. Como o público-alvo foi composto por pais de crianças matriculadas em Centros de Convivência Infantil (CCI) de um município do interior paulista, optou-se em convidar os pais do CCI com maior número de vagas em idade pré-escolar, no município, campo do estudo.

Tabela 1 - Subconjuntos de itens e nível de escolaridade – Primeira etapa painel de pacientes

Subconjuntos de itens	**Escolaridade**		
	Ensino fundamental	**Ensino médio**	**Total**
1 ao 11	3	3	6
12 ao 22	3	3	6
23 ao 33	3	3	6
24 ao 44	3	3	6
45 ao 55	3	3	6
Total	15	15	30

Fonte: DISABKIDS® (2004)

A folha de validação semântica (ANEXO E), que avalia a compreensão de cada item do instrumento, possui itens para serem assinalados de forma positiva (sim) ou negativa (não) para aspectos como a importância para a realidade dos pais; se há dificuldade para entender o que está contido no instrumento e também se as opções de respostas estão claras. Além destas, há espaço para que os pais se posicionem acerca do que cada questão significa, no seu ponto de vista, e como eles expressariam cada questão de outra forma.

4.2.6 Teste piloto

Após a etapa do painel de pacientes e execução dos ajustes finais da versão adaptada do QAI, e seguindo recomendação do DISABKIDS® (2004), conduziu-se o teste piloto para melhores respostas sobre as propriedades psicométricas do instrumento na versão final e também com o propósito de compará-las com o instrumento original. Para tanto, 64 pais de todas as regiões do município (Sul, Leste, Oeste, Norte e Central) foram abordados e convidados a participar; 55 aceitaram. Em cada região elegeu-se a CCI que apresentava o maior número de vagas em idade pré-escolar.

Como critérios de inclusão dos pais considerou-se:

- ser pai de uma criança em idade pré-escolar matriculada em um dos CCI do

município;

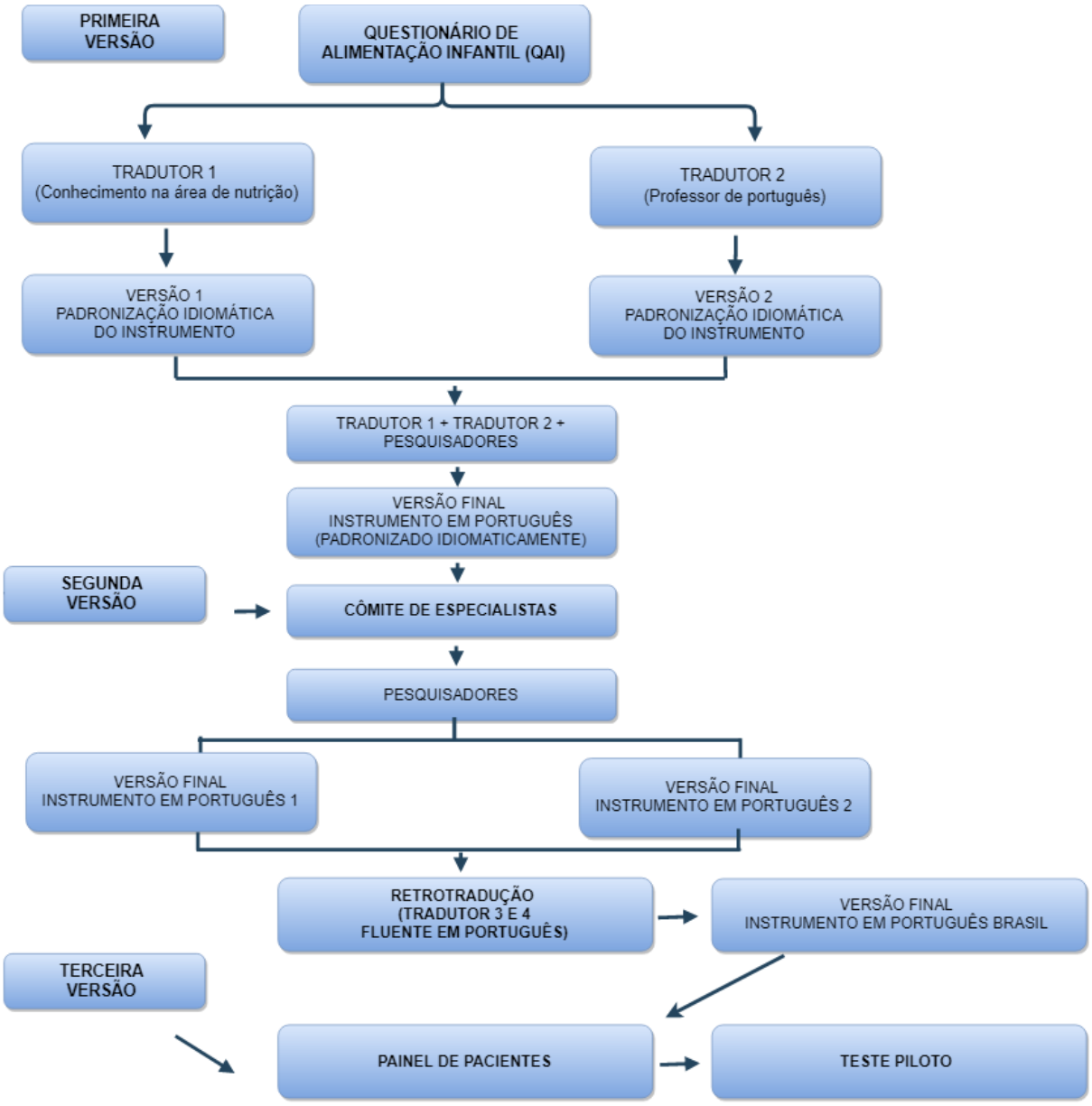
- ser o cuidador principal da criança, justificado pelo fato de melhor conhecer hábitos alimentares da criança e ser o responsável pela alimentação dela.

Excluíram-se os pais de crianças que matriculadas nos CCI após o levantamento inicial do total de crianças nas unidades de ensino; e ser pai de duas ou mais crianças em idade pré-escolar matriculadas no CCI pela possível ambiguidade nas respostas.

A coleta de dados ocorreu entre 05 e 27 de setembro de 2018. Abordaram-se os participantes nos próprias CCI, no momento em que chegavam no local para deixar ou buscar seus filhos. Após convite e aceite, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e como se daria a coleta dos dados e o TCLE (APÊNDICE H) foi assinado em duas vias, ficando uma delas com o participante; a outra via, com o pesquisador. Para obtenção dos dados, definiu-se o local reservado nos consultórios médicos existentes no CCI, respeitando-se a privacidade dos participantes e o anonimato das informações fornecidas. Foi aplicado o questionário de caracterização dos participantes (APÊNDICE I) preenchido pelo pesquisador e, posteriormente, o QAI foi oferecido para que os próprios pais/cuidadores lessem e assinalassem sua resposta, indicando com um “X” verdadeiro ou falso para cada uma das 55 afirmações. O tempo de coleta para cada participante foi de cerca de 30 minutos.

Na Figura 1 estão sintetizadas as etapas percorridas para adaptação do QAI.

Figura 1 – Fluxograma da adaptação cultural do QAI para uso no Brasil, 2018.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.2.7 Análise dos dados

Os dados obtidos do roteiro de caraterização foram duplamente digitados em planilhas Excel, analisados mediante estatística descritiva.

Utilizou-se o coeficiente de Kuder-Richardson (KR20) a fim de analisar os dados de forma exploratória e ampla por meio das frequências absolutas e relativas para a etapa painel de pacientes.

Para Richardson (1999), o método KR20 é uma melhora da técnica/método da bipartição que também busca o aspecto da homogeneidade ou consistência interna da fidedignidade. Esse método utiliza o coeficiente proposto por Kuder e Richardson (1937), denominado de KR20. (RICHARDSON, 1937).

O K e o R são as iniciais de seus nomes e o número 20 refere-se à 20ª equação desenvolvida pelos autores Kuder e Richardson. No método, para cada questão ou item avaliado há uma forma de pontuação, que pode ser "certo ou errado", "0 ou 1", ou outro tipo de pontuação adequado às mensurações (KUDER, RICHARDSON, 1999).

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \bullet \frac{\sigma_t^2 - n\overline{pq}}{\sigma_t^2}$$

em que: rtt = fórmula 20 do coeficiente de correlação de Kuder-Richardson; n = número de itens da investigação; p = proporção de respostas favoráveis ao item; q = proporção de respostas desfavoráveis ao item; σt 2 = variância total considerando todos os escores da escala.

À vista disso, no presente estudo foi possível obter a correlação dos itens com a soma do score total do QAI.

O KR20 reflete o grau de covariância entre os elementos de uma escala e, para tal, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento. A veracidade dos resultados é considerada para valores superiores a 0,7 (MAROCO, GARCIA, 2006).

Para a validação semântica do QAI, considerou-se concordância acima de 80% para cada um dos itens avaliados pelos juízes.

4.2.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob parecer nº 2.483.310 e CAAE nº 80.158.117.1.0000.5393 (ANEXO H), após anuência da Secretaria Municipal de Educação do município (ANEXO I), campo dessa investigação.

Como exposto anteriormente, os especialistas foram contatados por correio eletrônico, receberam esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo e de como se daria sua participação.

Aqueles que aceitaram participar, assinaram o TCLE e enviaram, por e-mail o TCLE assinado e digitalizado (arquivo PDF).

Para a etapa em que os pais participaram (piloto), também houve convite. Para tanto, o pesquisador abordou os pais na própria escola de seu filho, convidou-os para participação na pesquisa com esclarecimentos sobre os objetivos e como seria sua participação. Os que aceitaram também assinaram o TCLE em duas vias, ficando com uma delas. Como já informado, foram considerados e respeitados todos os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

Os resultados do estudo demonstraram que o QAI manteve as equivalências conceituais, semânticas e idiomáticas da versão original, assim como a confiabilidade e a estabilidade adequadas.

5.1 Padronização idiomática

Após a devolutiva das versões, pesquisadores e tradutores se reuniram a fim de obter consenso quanto às versões padronizadas idiomaticamente. Estas foram sintetizadas em uma única versão (da língua portuguesa europeia à língua portuguesa brasileira).

5.2 Comitê de especialistas

Com as avaliações de todos os especialistas em mãos, procedeu-se à análise a partir de estatística descritiva simples. Obteve-se concordância acima de 80% para 54 das 55 afirmações do QAI. Houve sugestões para modificações de palavras nas afirmações, que foram acatadas por não interferirem no sentido das frases do questionário. Dessa forma, em junho de 2018, procedeu-se uma nova rodada de avaliação dos especialistas, com envio do QAI com as alterações; o retorno ocorreu 20 dias após, com 80% de concordância entre os especialistas. Um dos itens (item 19) diz respeito a um alimento sem similar no Brasil (bolicao). Desse modo, a partir do consenso entre os especialistas, o alimento foi alterado para “sonho/donuts”, com as mesmas propriedades calóricas nutricionais e com disponibilidade no Brasil.

5.3 Retrotradução

Conforme descrito no capítulo 4, mesmo não havendo estudos sobre esta etapa, ao considerar instrumentos com mesmo idioma proveniente de países com diferenças em determinados vocabulários, definiu-se pela realização da retrotradução com posterior comparação entre as padronizações idiomáticas para verificar a equivalência entre as versões e a necessidade de alguma alteração.

Esta comparação foi feita pelos pesquisadores e profissionais (pediatras, enfermeiros e nutricionistas). O item 19 do QAI, padronizado idiomaticamente como sonho/donuts, possui outro termo em Portugal; assim, seu uso não estava adequado. Modificou-se o termo “bolicao”, após autorização da autora do QAI para “pão, tipo bisnaguinha, com pasta de chocolate”, por

ter maior proximidade com a realidade cultural brasileira e quando comparado, em valores nutricionais, correspondem ao que a autora traz nesse item. Portanto, o item ficou descrito como: (Item 19, versão Brasil: Incluir 3-4 vezes por semana pão, tipo bisnaguinha, com pasta de chocolate, ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde).

5.4 Painel de pacientes

5.4.1 Impressões gerais dos pais sobre o Questionário de Alimentação Infantil

Dos 55 pais de crianças em idade pré-escolar atendidas nas CCI, a maioria referiu que o questionário era muito bom ou bom; não houve dificuldade em utilizá-lo; ¾ dos pais consideram as afirmativas compreensíveis e todos indicaram o QAI como muito importante (Tabela 2).

Tabela 2 - Classificação dos pais segundo respostas (Folha de Impressões Gerais). Etapa de validação semântica do instrumento QAI (n=30), 2018.

Impressões gerais	**n**	**%**
Análise geral		
Muito bom	22	73,4
Bom	08	26,6
Regular	-	-
Utilização		
Sem dificuldade	28	93,4
Algumas dificuldades	02	6,6
Muitas dificuldades	-	-
Compreensão		
Todas fáceis	23	76,6
Algumas fáceis	07	23,4
Todas difíceis	-	-
Importância		
Muito importantes	30	100
Às vezes importantes	-	-
Nada importante	-	-

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.2 Impressão dos pais sobre o instrumento de forma específica quanto aos itens do QAI

Os pais responderam, na folha de validação semântica, um subconjunto de itens (afirmações do QAI), e indicaram aspectos relacionados à relevância, dificuldade para compreender, clareza nas respostas.

Ao especificar cada item da folha de validação semântica, definiu-se sua aplicação com 30 pais, de forma que cada um respondeu um subgrupo de itens, conforme já foi delineado na metodologia (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentuais de respostas dos pais segundo os subconjuntos de itens da Folha de Validação Semântica específica dos itens. Etapa de validação semântica do QAI (n=30).

Subconjuntos de itens	Isso é relevante para sua situação?		Você tem dificuldade para entender essa questão?		As opções de respostas estão claras e consistentes com a questão?	
	Sim (%)	Às vezes (%)	Não (%)	Sim (%)	Sim (%)	Não (%)
1 ao 11	97,0	3,0	98,4	1,6	98,4	1,6
12 ao 22	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0
23 ao 33	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6
34 ao 44	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0
45 ao 55	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6

Fonte: Elaborado pela autora.

Na folha de validação semântica, os pais tiveram oportunidade de relatar impressões sobre o QAI e os itens mais preenchidos ou com maior destaque pelos respondentes estão descritos a seguir.

Para o **Item 1**, houve relatos como: "*A alimentação da criança precisa ser variada mesmo, porque mesmo variada eles ficam seletivos, imagina comendo a mesma coisa sempre*". E também "*Crianças precisam de alimentos variados, porque não ser variado não é saudável*". No **Item 2**, um dos respondentes revela "*meu filho precisa comer mais vezes no dia mesmo, sei que isso não é saudável e porque ficamos pensando somente no café da manhã, almoço e jantar*". Uma descrição para o **Item 3** foi: "*pensando bem café da manhã é muito importante pro desenvolvimento e inteligência mesmo, mas fico com dó de acordar e acabo trazendo pra escola sem o café da manhã*".

Para o intervalo das refeições, contido no **Item 4**, uma das falas remete a: "*não sei se o intervalo é de 5 horas... não tem que comer de 3 em 3 horas? Fiquei em dúvida*". No **Item 5**, um pai se posiciona: "*acho que é a principal fonte de cálcio, meu filho toma quase 1 litro por dia, é bom para os ossos, minha mãe sempre disse isso*"; outro relata: "*leite é muito importante, não deixo ela sem leite*".

Do **Item 6** houve comentário: "*essa porção fiquei pensando que se for uma fruta inteira acho muito, uma fruta por dia já tá bom né...*". No **Item 7** tem-se: "*doce é bom, uma vez por dia não faz mal não*". O **Item 8** continha informação sobre um alimento que revelou percepção diferente dos pais brasileiros: "*a dieta da criança não precisa iniciar com sopa, tem que fazer legumes, papinha*"; como também: "*almoço e jantar tem que ser normal, não pode ser sopa*". Ao se referir sobre o **Item 9**, um participante comenta: "*gordura faz mal pro coração, acho que não é bom alimento rico em gorduras ainda mais para criança*". Para o **Item 10**: "*1 copo é muito pouco, tem que tomar mais leite*". E no Item 11: "*Realmente é melhor comer os grelhados e cozidos, gordura faz mal*".

Na sequência, identificou-se somente comentário para o **Item 19**: "*Nossa isso faz mal, é bisnaguinha com Nutella né? Pior que ela gosta muito, come todo dia quando chega da escola*"; **Item 31**: "*Fastfood, dá colesterol né?. Pior que todo sábado almoçamos isso*"; **Item 40**: "*Quando ela tá vendo desenho, pede mais e nem vê o que comeu, eu sei que não pode, mas se não tiver desenho ela não come*"; e **Item 44**: "*O meu menino fica mais de 3 horas por dia vendo desenho, mas eu sei... faz mal e preciso mudar isso, mas é o único jeito que ele fica quietinho para eu conseguir fazer a janta*".

Tabela 4 - Percentuais de respostas dos pais segundo os subconjuntos de itens da Folha de Validação Semântica específica dos itens. Etapa de validação semântica do QAI (n=30). Ribeirão Preto, 2019

	Item	Isso é relevante para sua situação? (%)			Você tem dificuldade para entender essa questão? (%)		As opções de respostas estão claras e consistentes com a questão? (%)	
		Sim	*Às vezes*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*
1	A alimentação da criança não precisa ser variada	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
2	Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
3	Um bom café da manhã favorece o desenvolvimento da inteligência	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
4	O intervalo ideal entre as refeições é de 05 horas	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
5	O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
6	Uma criança deve comer diariamente 3-5 porções de fruta	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
7	É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
8	As refeições do almoço e jantar devem ser ricas em hortaliças e legumes	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
9	Os produtos à base de leite, ricos em gordura, são os mais recomendados para a criança	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
10	Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
11	As crianças devem comer preferencialmente alimentos cozidos e grelhados	97	3	0	98,4	1,6	98,4	1,6
12	Na alimentação das crianças deve ser utilizado pouco sal	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
13	As crianças precisam comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
14	A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
15	A quantidade de sal recomendada é uma colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
16	Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e a obesidade nas crianças	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
17	As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grãos, ...) pelo menos 04 vezes por semana	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
18	A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de *diabetes*	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0

(continua)

(continuação da Tabela 4)

	Item	Isso é relevante para sua situação? (%)			Você tem dificuldade para entender essa questão? (%)		As opções de respostas estão claras e consistentes com a questão? (%)	
		Sim	*Às vezes*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*
19	Incluir 3-4 vezes por semana pão, tipo bisnaguinha, com pasta de chocolate ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças não prejudica a sua saúde	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
20	As refeições diárias das crianças devem incluir carnes, peixes e ovos	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
21	A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
22	As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras	100,0	0,0	98,4	1,6	97,0	3,0	100,0
23	Em uma das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
24	A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
25	É recomendado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e frutas	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
26	Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
27	Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
28	Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecer entre 5-10 vezes	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
29	A carne, peixes e ovos são importantes para o crescimento das células	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
30	Os óleos vegetais, as frutas secas e os peixes são ricos em gorduras poli-insaturadas	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
31	Os alimentos pobres em calorias são os denominados de "*fast food*"	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
32	Na escolha do pão e outros cereais, deve-se optar pelos menos processados	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
33	O feijão, grãos e outras leguminosas são ricos em proteínas vegetais	98,4	1,6	92,4	7,6	98,4	1,6	98,4
34	As frutas e os legumes são alimentos ricos em vitaminas e minerais	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
35	O pão integral é o melhor para a alimentação	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
36	Os produtos embutidos (salsichas, linguiças,..), folhados ou outros salgadinhos podem ser ingeridos com frequência	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
37	O pão integral é fonte de energia e fibra	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0

(continua)
(continuação da Tabela 4)

	Item	Isso é relevante para sua situação? (%)			Você tem dificuldade para entender essa questão? (%)		As opções de respostas estão claras e consistentes com a questão? (%)	
		Sim	*Às vezes*	*Não*	*Sim*	*Não*	*Sim*	*Não*
38	Na alimentação da criança deve-se permitir o consumo de refrigerantes	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
39	Um copo de leite equivale a 02 iogurtes cremosos	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
40	Fazer as refeições enquanto assiste TV é desaconselhado	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
41	A atividade física programada (esporte) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
42	A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
43	As crianças não necessitam ser fisicamente ativas	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
44	As crianças podem ver TV ou jogar videogame, em média 3 horas por dia	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0	0,0	100,0
45	As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
46	Não tomar o café da manhã prejudica a aprendizagem na escola	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
47	Deve-se permitir que as crianças colaborem na preparação das refeições em casa	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
48	Na compra de alimentos, deve-se considerar a lista de ingredientes existente no rótulo dos produtos	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
49	É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
50	As refeições em família devem obedecer um horário regular	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
51	É aconselhável que os pais saibam o que os filhos comem no refeitório da escola	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
52	Na compra dos alimentos, deve-se atentar à sua qualidade nutricional	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
53	As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
54	O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0
55	As crianças que beliscam entre as refeições fazem uma alimentação mais equilibrada	100,0	0,0	100,0	0,0	98,4	1,6	100,0

(final da Tabela 4)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os percentuais acima de 92% demonstram e apresentam boa compressão dos itens, apontando que não há dificuldade de compressão do instrumento.

Após aplicação com os pais, verificou-se que todos os itens estavam compreensíveis; entretanto, o item 08 do QAI (Item 08 Portugal: "As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes"), para a realidade brasileira não se mostrou compatível. Pelo clima tropical na maior parte do ano, não são introduzidos, para as crianças, legumes e hortaliças em forma de sopa. Solicitou-se, então, à autora em Portugal, a alteração do item (ANEXO G). Desse modo, o item 08 para o Brasil ficou redigido como: "As refeições do almoço e jantar devem ser ricas em hortaliças e legumes", mantendo-se as medidas psicométricas de quando o item foi desenvolvido.

Em seguida, foram abordados no mesmo CCI outros sete pais, sendo que seis aceitaram participar da nova etapa de painel de especialistas para o item 08 que foi alterado, e houve compreensão para 100% dos pais.

5.5 Teste piloto

O QAI foi auto aplicado e cada participante assinalou verdadeiro ou falso para cada uma das 55 afirmações. O teste piloto demonstrou que o QAI foi bem aceito pelos pais.

5.5.1 Fidedignidade

A fidedignidade de uma escala é aumentada quando se incluem e se verificam um número de itens, sendo que cada item é relacionado a um termo de erro aleatório independente. Ela pode ser utilizada em dois aspectos diferentes de validação de escala: consistência interna (fidedignidade interna), que emprega entre os itens a correlação em que se analisa a homogeneidade das escalas, que do mesmo modo pode ser frequente para o delineamento de aspectos de reprodutibilidade e estabilidade das medidas (FAYERS; MACHIN, 2007).

Dessa forma, foi avaliada a fidedignidade do QAI através do coeficiente KR20, e quanto ao método KR-20 obtiveram-se valores entre 0,72 e 0,76 para os 55 itens do questionário, ou seja, boa consistência, o que confirma a fidedignidade da versão brasileira do QAI .

Na Tabela 5 é indicado que os índices obtidos se revelam satisfatórios.

Tabela 5 - Estimativa do coeficiente KR20 ao deletar um item do questionário

Item	N	Grau de covariância
QAI1	55	0,730523
QAI2	55	0,751778
QAI3	55	0,742669
QAI4	55	0,721459
QAI5	55	0,733634
QAI6	55	0,742915
QAI7	55	0,734828
QAI8	55	0,74346
QAI9	55	0,74318
QAI10	55	0,73743
QAI11	55	0,74012
QAI12	55	0,746195
QAI13	55	0,728569
QAI14	55	0,761541
QAI15	55	0,736912
QAI17	55	0,736239
QAI19	55	0,73166
QAI20	55	0,736042
QAI21	55	0,721875
QAI22	55	0,740774
QAI23	55	0,738148
QAI24	55	0,736193
QAI25	55	0,74093
QAI26	55	0,730386
QAI27	55	0,730874
QAI28	55	0,734967
QAI29	55	0,736021
QAI30	55	0,733868
QAI31	55	0,736326
QAI32	55	0,732759
QAI33	55	0,732155
QAI34	55	0,741672
QAI35	55	0,733207
QAI36	55	0,720756
QAI37	55	0,73429
QAI38	55	0,72217
QAI39	55	0,742082
QAI40	55	0,737932

(continua)

(continuação da tabela 5)

Item	N	Grau de covariância
QAI41	55	0,745522
QAI42	55	0,745993
QAI43	55	0,737448
QAI44	55	0,738645
QAI46	55	0,735226
QAI47	55	0,734964
QAI48	55	0,732475
QAI49	55	0,724636
QAI50	55	0,740543
QAI53	55	0,726473
QAI54	55	0,737592
QAI55	55	0,721432

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

O estudo descreve etapas e procedimentos iniciais da adaptação do QAI à língua portuguesa brasileira e, dessa forma, demonstra a relevância de tais passos para preservar a qualidade do instrumento e que são fundamentais para afirmar a fidedignidade e a qualidade das informações. Ao obter o QAI adaptado para o Brasil, ele poderá ser utilizado em estudos futuramente, considerando que foram significativas as características culturais do nosso país.

Como já indicado no início desta investigação, a busca por questionários que avaliem o conhecimento dos pais quanto à alimentação saudável de crianças em idade pré-escolar resultou a não identificação de publicações, na literatura brasileira, de um instrumento que realize tal mensuração. Adaptar ou validar um instrumento presente em outro país, ao contrário de construir um novo instrumento, contribui-se com economia de tempo, custos e além de proporcionar a comparação de resultados com pesquisas desenvolvidas em circunstâncias diferentes (GALDEANO et al., 2011).

Dessa forma, a validação consiste em um processo complexo, pois pesquisas de adaptação cultural requerem rigor na condução metodológica para que se obtenha um questionário compreensível e fidedigno, ou seja, para que o produto final, validado, de fato avalie o que se propõe (DANTAS, 2007).

De acordo com Cassep-Borges, Balbinotti, Teodoro (2010), instrumentos são construídos a fim de considerar uma determinada cultura, sendo que outros são elaborados com o objetivo de serem adaptados culturalmente.

A passar pelas etapas de padronização idiomática do instrumento, avaliação por comitê de especialistas, retrotradução, painel de pacientes, versão adaptada do instrumento e teste piloto, o QAI teve determinadas expressões alteradas para estarem de acordo com a realidade brasileira. Entretanto, destaca-se que o significado foi mantido e a alteração só foi realizada com autorização da autora do instrumento.

O rigor metodológico da adaptação cultural não exclui a necessidade de verificar a compreensão dos itens pelo público-alvo, na etapa de validação semântica, pois se o item permanece incompreensível, ou porta-se de maneira diferente esperada pelos pesquisadores, deve ser revisto ou adaptado (CASSEP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

A validação semântica pode demonstrar que além das modificações realizadas no instrumento (adaptação cultural) para a língua de interesse, é onde se permite identificar para qual finalidade foi construído o questionário, nível de compreensão em cada item e a compreensão das respostas (SANTOS et al., 2013). Esta é uma etapa primordial e essencial para adaptações e validações de escalas e instrumentos para sejam compreensíveis, porque eles

podem mensurar ao objetivo, mas se o público de interesse não entende o que é perguntado, de nada se vale ter um questionário adaptado ou validado (MOTA; PIMENTA, 2007).

Por isso, a fidedignidade é tão citada e usada em estudos de validação, pois consiste em uma importante propriedade psicométrica e se refere ao quão consistente, exato e estável é um instrumento, sendo a propriedade que garante que o instrumento mede o objeto ao qual se propõe de forma reprodutível (MOTA; PIMENTA, 2007; FORTES; ARAUJO, 2019).

É primordial ressaltar que uma boa consistência interna, em instrumentos ou escalas com mais de uma dimensão (multidimensionalidade) demonstram que os itens que constituem dimensões diferentes de uma medida estão fortemente correlacionados (MAROCO; GARCIA, MARQUES, 2006).

Segundo Maroco, Garcia, Marques, 2006 o Alfa de Cronbach é um marcador adequado para avaliar a fidedignidade de uma medida, ou seja, avaliar a precisão do instrumento. Sendo assim, a fidedignidade do instrumento foi verificada através de sua consistência interna, os valores e Kuder Richardson atingidos foram superiores a 0,70, conforme recomendado por Terwee et al. (2007), o que confirma a fidedignidade da versão brasileira do instrumento.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo adaptou culturalmente para o Brasil o Questionário de Alimentação Infantil e todo o processo percorreu as seguintes etapas: padronização idiomática, comitê de especialistas, retrotradução, painel de pacientes e teste piloto. Isto permitiu que os itens do instrumento fossem adaptados com o rigor metodológico recomendado.

Etapa 1: as etapas de adaptação cultural como a **padronização idiomática** e o **comitê de especialistas** possibilitaram que o questionário passasse por uma análise crítica com ajustes essenciais na **equivalência semântica**, referente ao significado das palavras em relação ao vocabulário e à gramática; **equivalência idiomática** que trata do significado das expressões, **equivalência cultural** que é a adequação do contexto na cultura do público-alvo do estudo e **equivalência conceitual,** aspecto relacionado ao objetivo de manutenção do conceito do instrumento original, resultando em uma versão adaptada com autorização da autora e com mudanças significativas para a realidade brasileira.

Etapa 2: as etapas **retrotradução** e **painel de pacientes** foram primordiais para adaptação cultural, sendo que na primeira identificou-se uma palavra desconhecida na cultura brasileira que é *"bolicao" (doce específico da cultura portuguesa)*. E, juntamente com a autora, substituiu-se por um alimento com equivalência semântica, idiomática, estatística e nutricional e que faz parte da realidade brasileira *(pão, tipo bisnaguinha, com pasta de chocolate).* Este alimento é altamente consumido por crianças brasileiras em idade pré-escolar. Quanto ao painel de pacientes, este contou com participação de 30 pais do público-alvo do estudo, seguindo o manual e sendo devidamente aplicados os questionários de impressões gerais e específico por item do Grupo DISABKIDS®, com todos os itens bem avaliados.

Etapa 3: à frente dos resultados encontrados no **teste piloto**, o QAI apresentou fidedignidade que foi analisada e confirmada pelo método coeficiente KR-20 e obteve-se correlação dos itens com o total, com veracidade para valores superiores aos recomendados por estudos para os 55 itens do questionário, ou seja, boa consistência, o que confirma a fidedignidade da versão brasileira.

Após concluídas as etapas do processo de adaptação cultural do QAI para o português no Brasil, aponta-se aqui a sua boa aceitação, bem como a facilidade de compreensão deste pelos participantes na etapa do teste piloto.

Os resultados demonstram que a versão adaptada culturalmente é fidedigna e válida para avaliar o conhecimento dos pais quanto à alimentação saudável de crianças em idade pré-escolar.

Recomenda a aplicação dessa versão adaptada em estudos futuros e com uma amostra maior do público-alvo.

Por fim, entende-se que o uso do QAI tem potencial para contribuir para atuação de profissionais com crianças em idade pré-escolar, nas áreas da saúde e da educação e, com isso, oportunizar a identificação de melhores práticas na alimentação infantil que favoreçam crescimento e desenvolvimento saudáveis. E ainda estimular, nas famílias brasileiras, a formação e a manutenção de hábitos saudáveis, podendo ser um fator contribuinte na redução dos quadros de sobrepeso e obesidade infantil no país.

REFERÊNCIAS[1]

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011. doi:10.1590/S1413-81232011000800006.

ALZAHEB, R. A. Factors associated with the early introduction of complementary feeding in Saudi Arabia**. International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 7, p. 702-13, 2016. doi: 10.3390/ijerph13070702.

BALDISSERA, R. et al. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública,** v. 32, n. 9, p. e00101315, 2016. doi:10.1590/0102-311X00101315.

BIRSCH, S. Systematic reviews of acupuncture – are there problems with these? **Clinical Acupuncture and Oriental Medicine**, v. 2, p. 17-22, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** aleitamento materno e alimentação complementar. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L (Ed.). **Instrumentação psicológica:** Fundamentos e práticas. São Paulo: Jones & Bartlett; 2010. p. 506-520.

CARLETTI, C. et al. Introduction of complementary foods in a cohort of infants in Northeast Italy: do parents comply with WHO recommendations? **Nutrients**, v. 9, n. 1, p. 34-46, 2017. doi: 10.3390/nu9010034.

CASTRO, A. S. O. et al. Versão brasileira do *Dizziness Handicap Inventory*. **Revista de Atualização Científica**, v. 19, n. 1, p. 97-104, 2007. doi:10.1590/S0104-56872007000100011.

CASTRO, M. B. T. et al. Introdução de alimentos e excesso de peso em pré-escolares de uma comunidade vulnerável da cidade do Rio de Janeiro – Associação da introdução de alimentos e

excesso de peso. **Demetra: Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 645-60, 2014. doi: 10.12957/demetra.2014.11044.

CHWALLOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling,** v. 26, n. 1-3, p. 313-8, 1995. doi: 10.1016/0738-3991(95)00767-T.

CONCEIÇÃO, D. R.; RODRIGUES, A. M. Percepções maternas sobre alimentação no primeiro ano de vida. **Revista Ciências Humanas,** v. 8, n. 1, p. 118-30, 2015. doi: 10.32813/2179-1120.2015.v8.n1.a266.

COSTA, M. G. F. A. et al. Conhecimento dos pais sobre alimentação: construção e validação de um questionário de alimentação infantil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. serIII, n. 6, p. 55-68, 2012. doi: 10.12707/RIII1158.

CUNHA, A. J. L. A. et al. O papel do pediatra nos primeiros mil dias de vida da criança. **Jornal de Pediatria,** v. 91, n. 6, p. S44-S51, 2015. Suplemento 1. doi: 10.1016/j.jped.2015.07.002.

DANTAS, R. A. S. **Adaptação Cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros.** 2007. 115 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DISABKIDS® Group. **Translation and validation procedure: guidelines and documentation form.** Leiten: The *DISABKIDS*® Group, 2004.

DISABKIDS® Group. **The KIDSCREEN**/ *DISABKIDS*® **Project**. Disponível em: <http://www.disabkids.de>. Acesso em: 30 maio 2019.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life assessment, analysis and interpretation.** New Jersey: Jonh Wiley & Sons, 2000.

FAYERS P. M.; MACHIN, D. Scores and Measurements: validity, reliability, sensitivity. In:_____. **Quality of life - assessment, analysis and interpretation**. New York: Wiley, 2007. p. 77-108.

FEGHAN, S. et al. Adherence to complementary feeding recommendations for infants and implications for public health. **Public Health Nutrition**, v.19, n. 4, p. 638-49, 2014.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart and Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-9, 1987. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/11f7/d8b02e02681433695c9e1724bd66c4d98636.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FELIPE, H. R. **Validação do Questionário de Práticas de Enfermagem Forense**. 2018. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Society**, v. 9, n. 6, p.1160-6, 1996. doi: 10.1183/09031936.96.09061160.

FREIBERG, C. K. et al. Avaliação do consumo alimentar de crianças menores de dois anos institucionalizadas em creches no município de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição,** v. 4, n. 5, 2012.

FORTES, C.P.D.D; ARAUJO A.P.Q.C. *Check list* para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 2, n. 202-205, 2019. doi: 10.1590/1414-462X201900020002

FUZETO, K. L. R.; OLIVEIRA, A. C. L. Comparação da prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes e adultas, Curitiba/PR. **Cadernos da Escola de Saúde**, v. 3, p. 1-16, 2010.

GALDEANO, L. E. et al. Validação semântica do Cardiac Patients Learning Needs Inventory para brasileiros e portugueses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 602-610, 2011. doi:10.1590/S1983-14472011000300024.

GAUTAM, K. P. et al. Determinants of infant and young child feeding practices in Rupandehi, Nepal. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 135, 2016. doi: 10.1186/s13104-016-1956-z.

GRANT, J. S.; DAVIS, L. L. Selection and use of content experts for instrument development. **Research in Nursing and Health**, v. 20, n. 2, p. 269-274, 1997.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 3, p. 238-247, 1995.

KASSA, T. et al. Appropriate complementary feeding practices and associated factors among mothers of children age 6-23 months in Southern Ethiopia, 2015. **BMC Pediatrics**, v. 16, p. 131, 2016. doi: 10.1186/s12887-016-0675-x.

KUDER, G. F.; RICHARDSON, M. W. The theory of the estimation of test reliability. **Psychometrika**, v. 2, n. 3, p. 151-160, 1937.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-385,1986.

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

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.

MCDOWELL, I.; NEWELL, C. **Measuring health:** A guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York, NY: Oxford U Pr., 1996.

OLIVEIRA, J. A. N. et al. A influência da família na alimentação complementar: relato de experiências. **Demetra Alimentação, Nutrição e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 75-90, 2016. doi: 10.12957/demetra.2016.16053.

OLIVEIRA, B. B. PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S. R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e prática de mães. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 1, p. 2-13, 2014.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista Psiquiátrica Clínica**, v. 5, n. 25, p. 206-213, 1998. Disponível em: <http://mpet.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>. Acesso em: 20 jun 2018.

PASQUALI, L. Testes referentes a construtos: teoria e modelo. In:_____. (Org.). **Instrumentos Psicológicos:** Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, p. 37-71, 1999.

_____. **Psicometria:** teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 992-999, 2009. Especial.

_____. **Psicometria:** teoria dos testes na psicologia e na educação. 4a ed. Petrópolis: Vozes, 2011. 99 p.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2004. 157 p.

PEREIRA, B. F. et al. Análise do tipo de alimentação no primeiro ano de vida em escolas de educação infantil. **Revista da AMRIGS**, v. 60. n. 2, p.74-7, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Tradução Denise R. de Sales. 7a ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAYMUNDO, V. P. **Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de consciência linguística**. 2006. 243 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) – Faculdade de Letras, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3a ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p. 85- 224-2111-0 / ISBN.

RODILLA, J. M. R. et al. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. **Salud Publica Mex**, v. 55, p. 57-66, 2013.

SANTOS, D. M. S. S. et al. Adaptação Cultural e propriedades psicométricas iniciais do instrumento (DISABKIDS®, Cystic Fibrosis Module, versão brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1311-1317, 2013. doi:10.1590/S0080-623420130000600009.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 465-74, 2015. doi: 10.5123/S1679-49742015000300012.

SILVA, D. et al. Aleitamento materno e caracterização dos hábitos alimentares na primeira infância: experiência de São Tomé e Príncipe. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 14, n. 3, p. 269- 77, 2014. doi:10.1590/S1519-38292014000300008.

SOUZA, J. P. O. et al. Avaliação do conhecimento de funcionárias de escolas municipais de educação infantil sobre aleitamento materno e alimentação complementar. **Revista Paulista de Pediatria,** v. 31, n. 4, p. 480-7, 2013.

TAGLIETTI, R. L. et al. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde. **Scientia Medica**, v. 24, n. 1, p. 39-45, 2014. doi:10.15448/1980-6108.2014.1.16512.

TERWEE, C. B. et al. Dutch-Flemish translation of 17 item banks from the patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS). **Qual Life Res**., v. 23, n. 6, p. 1733-1741, 2014. doi: 10.1007/s11136-013-0611-6.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica.** Tradução Claudia Dornelles. Porto Alegre, 2007. 320 p.

VICTOR, R. et al. Factors associated with inappropriate complementary feeding practices among children aged 6-23 months in Tanzania. **Maternal and Child Nutrition**, v. 10, n. 4, p. 545-61, 2014. doi: 10.1111/j.1740-8709.2012.00435.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential Nutrition Actions:** Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition. Geneva: World Health Organization; 2013.

[1] De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA CONVITE AOS TRADUTORES INICIAIS

Português versão Portugal para português versão Brasil

Ribeirão Preto, ___/ ____/ ____

Prezado (a) sr (a).

Estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado **"Adaptação cultural e validação do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil"**, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Esta etapa do estudo tem por objetivo adaptar culturalmente o *Questionário de Alimentação Infantil*, instrumento com 55 afirmações, desenvolvido e validado em Portugal por Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012), para ser aplicado aos pais de crianças em idade de três a seis anos de idade e intenciona identificar seus conhecimentos sobre a alimentação infantil.

Com os resultados do presente estudo, espera-se que o *Questionário de Alimentação Infantil (QAI)* mantenha as equivalências conceituais, semânticas e idiomáticas da versão original, assim como, confiabilidade e estabilidade adequadas. Diante do interesse em pesquisar sobre este tema, foi obtida autorização dos autores responsáveis pelo questionário para padronização idiomática para a língua portuguesa, versão Brasil.

Dessa forma, solicitamos a sua participação no nosso estudo no primeiro momento, nas etapas I e II, padronização idiomática (português versão Portugal para o português versão Brasil) e síntese (1 única reunião para consenso das versões adaptadas culturalmente). Esta reunião acontecerá entre dois tradutores e o pesquisador principal, podendo ser presencial ou por via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir.

Caso o sr (a) aceite participar da pesquisa, o primeiro passo, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será a tradução e o encaminhamento dessa por e-mail. E em seguida, faremos o contato para agendamento da reunião de síntese conforme a sua disponibilidade. Agradecemos desde já sua disponibilidade e colocamo-nos à disposição.

Atenciosamente,

Rafaella Alves Silva
Nutricionista. CRN-SP 341652
Pesquisadora principal

Maria Cândida de Carvalho Furtado
Enfermeira. COREN-SP 72884
Orientadora

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INTEGRANTES DAS FASES DE TRADUÇÃO E RETROTRADUÇÃO

Prezado(a) sr.(a)

Nós, Maria Cândida de Carvalho Furtado e Rafaella Alves Silva, pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, (EERP-USP), convidamos você para participar de uma pesquisa intitulada **"Adaptação cultural do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil"**.

O objetivo geral é padronizar idiomaticamente o *Questionário de Alimentação Infantil* para português (versão Brasil). Este instrumento foi desenvolvido por pesquisadores em Portugal para ser aplicado aos pais de crianças em idade de três de seis anos de idade e intenciona identificar seus conhecimentos sobre a alimentação infantil. Por ser proveniente de outro país e escrito em outro idioma, o presente estudo fundamenta-se em Xavier et al (2011) para validar o Questionário, e envolve as etapas descritas a seguir:

a) Etapa 1: Padronização idiomática do questionário português (versão Portugal) para o português (versão Brasil)

b) Etapa 2: Comitê de especialistas

c) Etapa 3: Retrotradução, Validação semântica, Teste piloto, submissão ao autor do instrumento original e versão adaptada culturalmente para uso no Brasil.

Assim, convidamos você para participar da etapa de padronização idiomática e síntese, uma das etapas metodológicas propostas para adaptação cultural no Brasil, do *Questionário de Alimentação Infantil* (QAI), caso aceite fazer parte deste estudo, sua participação poderá ser na fase assinalada, a seguir:

( ) **Adaptação cultural e síntese** ( ) **Retrotradução**

Sua participação é voluntária e para a **etapa padronização idiomática e síntese** consistirá em padronizar idiomaticamente o questionário para o português versão Portugal para o português versão Brasil e, em seguida, participar de uma única reunião para consenso das versões padronizadas. A reunião acontecerá em sala de reunião específica, a fim de não ocorrerem interferências externas do ambiente ou de outros indivíduos, priorizando a privacidade, o conforto dos envolvidos e a sua disponibilidade de tempo, com previsão de duração mínima de 01 hora e máxima de 03 horas para a etapa de síntese. Esta reunião ocorrerá entre dois tradutores e o pesquisador principal, podendo ser presencial ou por via eletrônica (Skype®, vídeo conferência), como preferir. Caso a sua participação seja na **etapa de Retrotradução**, sua atividade consistirá em traduzir o instrumento a partir da versão português versão Brasil para português versão Portugal, sem necessidade de encontros presenciais ou reunião por videoconferência, apenas contato por e-mail. Durante o encontro serão revisadas todas as versões do *QAI* (original, traduzida, síntese e retrotraduzida) e os pesquisadores anotarão as sugestões e comentários para que seja realizada a produção do relatório final da pesquisa. Após revisão e consenso dos especialistas, os pesquisadores organizarão a última versão do instrumento para ser utilizado na etapa do piloto.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o tempo desperdiçado para participação nas avaliações do instrumento e constrangimento do participante mediante às discussões direcionadas para a obtenção de um instrumento final. Não esperamos, com este estudo, lhe causar qualquer risco, mas você pode ter o desconforto de não saber avaliar alguma parte do roteiro de validação ou se cansar, pelo tempo dispendido para o preenchimento. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação e continuar posteriormente, se assim desejar.

Você também poderá nos procurar para conversar sobre seu desconforto. Você não terá benefício direto pela sua participação. Ao término dessa pesquisa, divulgaremos os resultados em revistas científicas e os apresentaremos em eventos científicos. A sua participação é completamente voluntária e não haverá custos para você por estar participando. A qualquer momento você poderá desistir de participar dessa pesquisa como integrante da etapa de tradução e síntese ou retrotradução, sem nenhum prejuízo. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), que também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar os seus direitos.

Desse modo, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone ou endereço abaixo descrito. Antecipadamente, agradecemos a atenção, e colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida.

Antecipadamente, agradecemos a atenção, e nos colocamos à disposição para qualquer dúvida.

Eu,_____, __li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Ribeirão Preto,_____de_____de_____.

_____
(Assinatura do participante de pesquisa)

Rafaella Alves Silva
Nutricionista. CRN-SP 341652
Pesquisadora principal

Maria Cândida de Carvalho Furtado
Enfermeira. COREN-SP 72884
Orientadora

APÊNDICE C

E-MAIL CONVITE COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Questionário de Alimentação Infantil - QAI

Rafaella Alves Silva <rafaellas@usp.br>
para

Prezado(a) Sr(a)

Meu nome é Rafaella Alves Silva e desenvolvo a pesquisa de Mestrado intitulada *Alimentação infantil e conhecimento de pais de crianças em idade pré-escolar: subsídios para o cuidado em saúde*, sob orientação da Profa Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado.

O objetivo é traduzir e validar o *Questionário de Alimentação Infantil* para português (versão Brasil). Ele foi desenvolvido em Portugal para ser aplicado aos pais de crianças em idade pré-escolar e intenciona identificar seus conhecimentos sobre a alimentação infantil.

Nesse momento, **sua participação será como juiz na validação da versão traduzida**. Posteriormente à validação da tradução, o Questionário será aplicado à pais de crianças brasileiras em idade escolar.

Entendemos que sua experiência na área poderá nos ajudar nessa validação.

Segue o link para participação na pesquisa. Nele estão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um breve roteiro de caracterização e o Questionário de Alimentação Infantil. Todas as orientações para a validação estão descritas.

Link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf2qud4qU7wikLX0lOSFuJeQ2O4EbL02A2DhaWntZgih6FmCA/viewform

O tempo gasto para participar é de cerca de 30 minutos, mas pode variar.

Solicitamos que você confirme se poderá participar como especialista nessa fase do estudo. E aguardaremos o preenchimento do formulário Google dentro de 20 dias a contar da data de sua resposta.

Se você precisar de um período maior para avaliação, por favor, entre em contato conosco.

Antecipadamente, agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
COMITÊ DE ESPECIALISTAS

Prezado(a) sr.(a)

Entendemos que por você trabalhar na área do estudo proposto, e por vivenciar situações de cuidado de crianças e de orientações acerca da alimentação infantil saudável, o seu conhecimento e sua experiência de trabalho poderão contribuir para o presente estudo.

Assim, convidamos você para participar do Comitê de Especialistas, uma das etapas metodológicas propostas para a validação, no Brasil, do *Questionário de Alimentação Infantil* (QAI).

Este estudo será desenvolvido pela nutricionista Rafaella Alves Silva e pela Jaqueline Daniele Pires, alunas de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Maria Cândida de Carvalho Furtado.

O objetivo geral é traduzir e validar o *Questionário de Alimentação Infantil* para português (versão Brasil). Este instrumento foi desenvolvido por pesquisadores em Portugal para ser aplicado aos pais de crianças em idade pré-escolar e intenciona identificar seus conhecimentos sobre a alimentação infantil. Por ser proveniente de outro país e escrito em outro idioma, o presente estudo fundamenta-se em Xavier et al (2011) para validar o questionário, e envolve as etapas descritas a seguir:

Etapa 1: Tradução do questionário português (versão Portugal) para o português (versão Brasil).

Etapa 2: Comitê de especialistas – **sua participação será nesse momento**

a) Etapa 3: Retrotradução, Validação semântica, Piloto, submissão ao autor do instrumento original e validação da nova versão na população brasileira.

Etapa 4: Aplicação do questionário com pais de crianças em idade pré-escolar.

Caso você concorde em participar, você terá acesso na sequência do formulário Google para responder a um breve roteiro de caracterização e também para avaliar cada item do questionário.

O questionário contém **55 frases afirmativas** sobre a alimentação infantil. Você deverá avaliar **todas as frases quanto** à "tradução", "se informação está adequada para realidade brasileira" e "se a informação demonstra clareza". Após a leitura de cada uma delas, você deverá indicar sua resposta.

No item "observações" você pode sugerir mudanças para adequar o questionário à realidade brasileira.

O tempo para avaliação é de cerca de 30 minutos, mas pode variar. Todo o contato com você será via internet, pelos e-mails: rafaellas@usp.br e mcandida@eerp.usp.br. Solicitamos que você confirme, em até 20 dias, se poderá participar como especialista nessa fase do estudo.

Se você precisar de um período maior para avaliação, por favor, entre em contato conosco.

Ressaltamos que você não será identificado(a), garantindo seu anonimato. Sua participação será identificada pela letra "J", seguida de um número e as informações oferecidas não serão relacionadas a sua pessoa, permitindo o sigilo delas. Caso decida não participar, não terá qualquer prejuízo, e se decidir participar da pesquisa, pedimos para confirmar seu aceite no formulário *Google Forms*. Ao aceitar, vamos lhe enviar uma via deste termo assinada pelos pesquisadores. Se tiver dúvidas, poderá nos perguntar, enviando um e-mail ou contatando conosco por telefone ou pelo endereço abaixo.

Esperamos, com este estudo, não lhe causar qualquer risco, mas você pode ter o desconforto de não saber avaliar alguma parte do roteiro de validação ou se cansar, pelo tempo dispendido para preenchimento. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação e continuar posteriormente, se assim desejar. Você também poderá nos procurar para conversar sobre seu desconforto. Destacamos, ainda, que você terá direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa, de acordo com item IV.3, da resolução 466/2012 – do Ministério da Saúde.

Você não terá benefício direto pela sua participação. Ao término dessa pesquisa, divulgaremos os resultados em revistas científicas e os apresentaremos em eventos científicos. A sua participação é completamente voluntária e não haverá custos para você por estar participando.

A qualquer momento você poderá desistir de participar dessa pesquisa como integrante do Comitê de Especialistas, sem nenhum prejuízo.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), que também tem a finalidade de proteger as pessoas que participam da pesquisa e preservar os seus direitos.

Desse modo, se for necessário, entre em contato com o CEP da EERP/USP pelo telefone ou endereço abaixo descrito.

Antecipadamente, agradecemos a atenção, e colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida.

Rafaella Alves Silva
Nutricionista. CRN-SP 341652
Pesquisadora principal

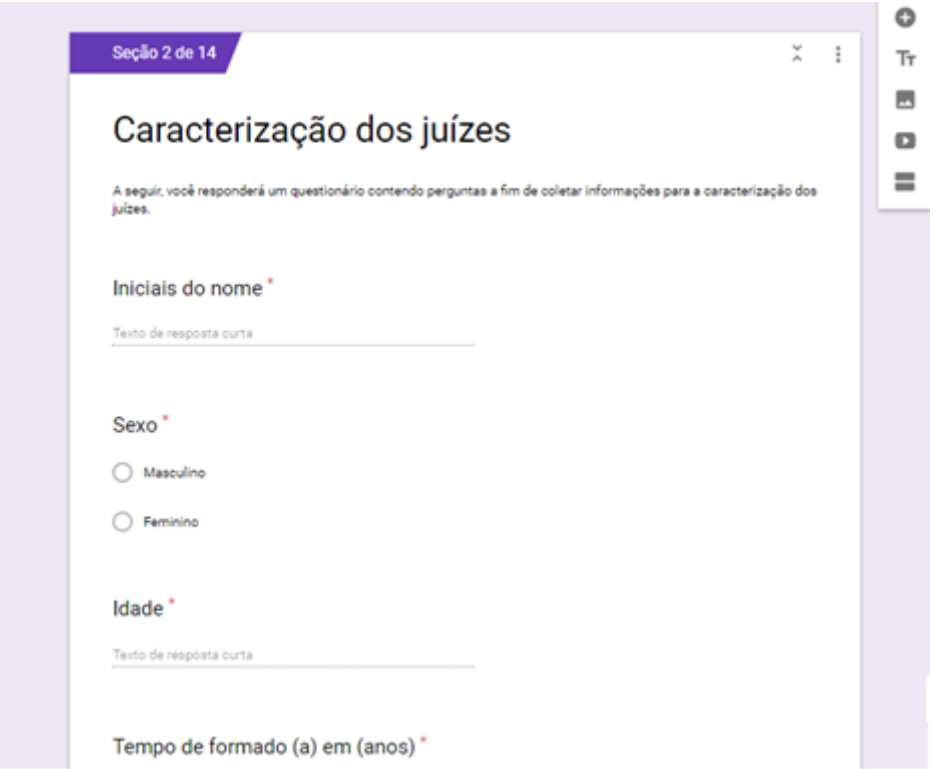
Maria Cândida de Carvalho Furtado
Enfermeira. COREN-SP 72884
Orientadora

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco de Laboratórios Profa. Dra. Neide Fávero, sala 21. Telefone (0XX16) 3315 0542.
E-mail: rafaellas@usp.br e mcandida@eerp.usp.br
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 3315 9197 / Horário de funcionamento do CEP: das 10 às 12h e das 14 às 16h (2ª a 6ªf)

APÊNDICE E

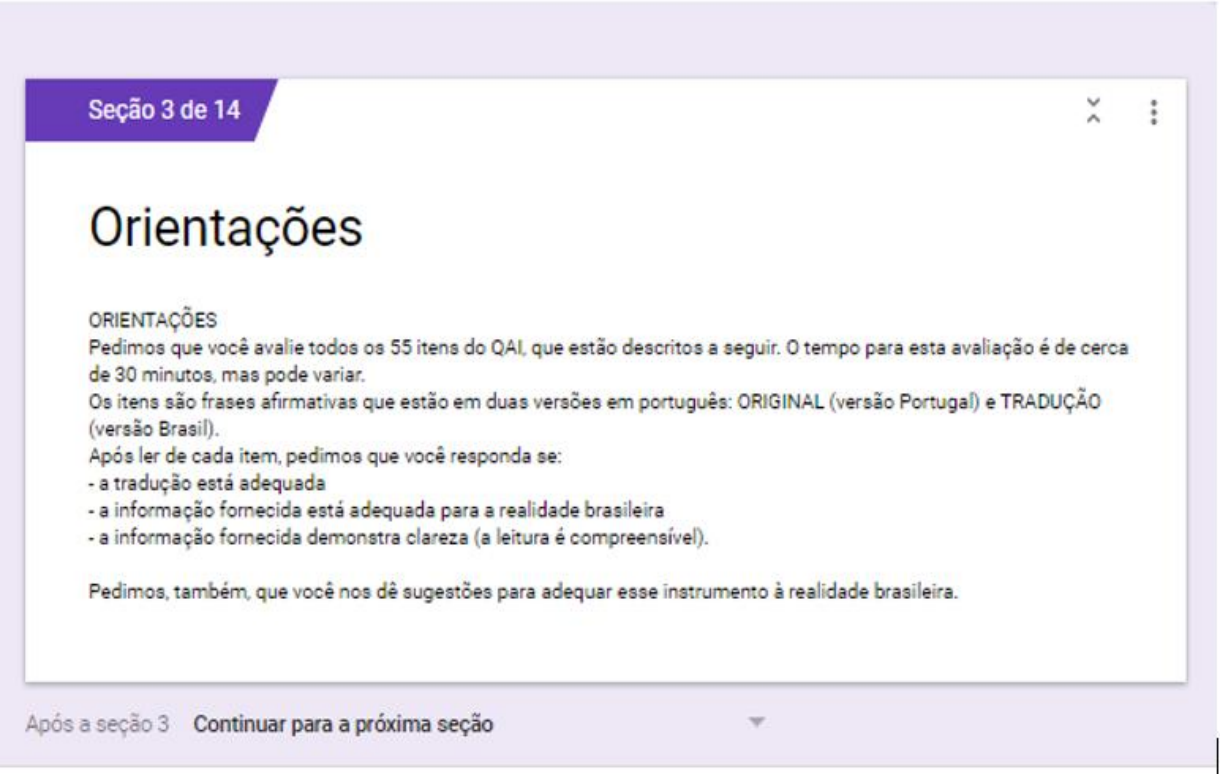
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

FORMULÁRIO *GOOGLE FORMS*



APÊNDICE F

ORIENTAÇÕES AOS JUÍZES PARA ETAPAS DO FORMULÁRIO *GOOGLE FORMS*



Seção 3 de 14

Orientações

ORIENTAÇÕES
Pedimos que você avalie todos os 55 itens do QAI, que estão descritos a seguir. O tempo para esta avaliação é de cerca de 30 minutos, mas pode variar.
Os itens são frases afirmativas que estão em duas versões em português: ORIGINAL (versão Portugal) e TRADUÇÃO (versão Brasil).
Após ler de cada item, pedimos que você responda se:
- a tradução está adequada
- a informação fornecida está adequada para a realidade brasileira
- a informação fornecida demonstra clareza (a leitura é compreensível).

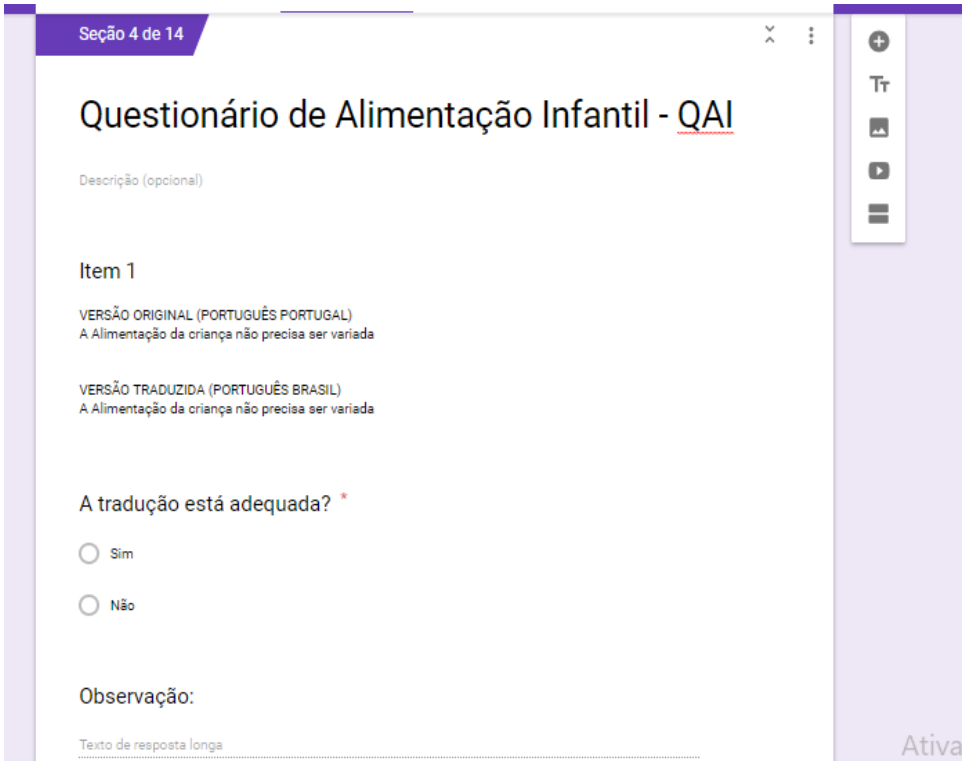
Pedimos, também, que você nos dê sugestões para adequar esse instrumento à realidade brasileira.

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

APÊNDICE G

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO (QAI)

FORMULÁRIO *GOOGLE FORMS*



Seção 4 de 14

Questionário de Alimentação Infantil - QAI

Descrição (opcional)

Item 1

VERSÃO ORIGINAL (PORTUGUÊS PORTUGAL)
A Alimentação da criança não precisa ser variada

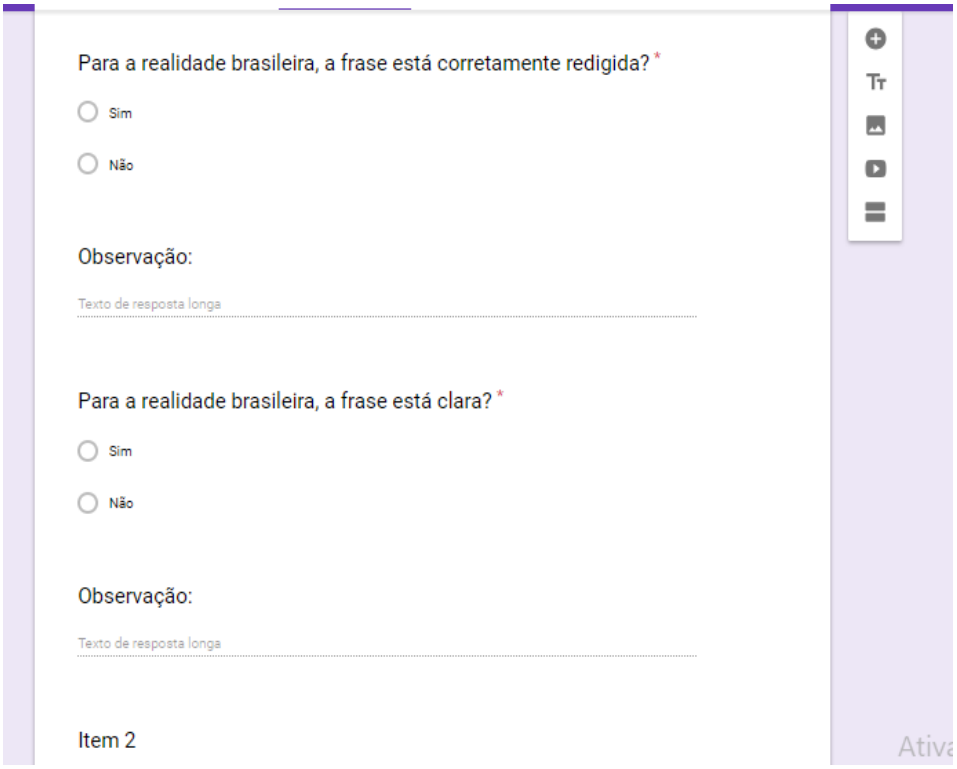
VERSÃO TRADUZIDA (PORTUGUÊS BRASIL)
A Alimentação da criança não precisa ser variada

A tradução está adequada? *

- Sim
- Não

Observação:

Texto de resposta longa



Para a realidade brasileira, a frase está corretamente redigida? *

- Sim
- Não

Observação:

Texto de resposta longa

Para a realidade brasileira, a frase está clara? *

- Sim
- Não

Observação:

Texto de resposta longa

Item 2

APÊNDICE H

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PAIS

Nº _____

Prezado(a) sr(a).

Meu nome é Rafaella Alves Silva, sou nutricionista e sou responsável pela pesquisa intitulada: **Alimentação infantil e conhecimento de pais de crianças em idade pré-escolar: subsídios para o cuidado em saúde**, sob orientação da enfermeira doutora Maria Cândida de Carvalho Furtado.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar dessa pesquisa, cujo objetivo geral é traduzir e validar o *Questionário de Alimentação Infantil (QAI)* para português (versão Brasil). Como objetivos específicos, temos: a) traduzir o *QAI* para o português (versão Brasil); b) submeter a versão traduzida do *QAI* para análise, por um Comitê de Especialistas; c) realizar a retrotradução (backtranslation) da versão traduzida do instrumento para a língua originária e compará-la com o original; d) validar o *Questionário de Alimentação Infantil (QAI)* com pais de crianças em idade pré-escolar.

A contribuição do estudo se faz presente na possibilidade de os resultados apontarem caminhos para propor programas/planos de ação que se adequem às políticas públicas de atenção a esta clientela.

Eu não tenho vínculo com essa unidade de ensino e as suas respostas não serão apresentadas para o Centro de Convivência Infantil que seu filho estuda. Apenas terão acesso a essas respostas, eu e a minha orientadora (Maria Cândida). Garantimos a você que seu nome não será identificado em hipótese alguma, e que você será representado pela letra E, seguida de um número. Garantimos também que sua participação envolve riscos mínimos relacionados a eventual desconforto emocional ao responder as frases do instrumento e, caso isso ocorra, você poderá ficar à vontade para interromper suas respostas. Você também poderá nos procurar para conversar sobre seu desconforto, pelo telefone, e/ou e-mail e/ou endereço indicados no final deste termo.

Sua participação será para responder ao objetivo ”d” deste estudo e é muito importante para alcançar tal objetivo. Para tanto, você responderá um questionário com perguntas sociodemográficas (idade, escolaridade, profissão, número de filhos) e receberá um instrumento denominado *Questionário de Alimentação Infantil*, com 55 frases sobre a alimentação de seu filho. Para este instrumento, você indicará, assinalando com um “X” se a frase é “verdadeira” ou “falsa”. O tempo para sua participação será de aproximadamente 40 minutos, e ela ocorrerá em um espaço físico reservado que você escolher, em sua casa ou no CCI que seu filho estuda.

Ressaltamos que se você concordar ou não em participar da pesquisa não irá prejudicar o atendimento de seu filho no CCI e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos em dinheiro ou receberá algum valor em dinheiro para participar da pesquisa. Entretanto, fica assegurado seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Uma via desse termo, assinada pelo pesquisador, ficará com você e os resultados da pesquisa serão publicados por meio de artigos científicos. Se necessário, você pode entrar em contato conosco.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, cuja finalidade é proteger eticamente o participante da pesquisa, após anuência da Secretaria Municipal de Educação de Franca. Este Comitê atende das 08 às 17h, de segunda à sexta-feira, no endereço que consta ao final deste Termo.

Eu fui informado(a) sobre o objetivo da pesquisa de modo claro e detalhado. Recebi informação a respeito de como os dados serão coletados. Sei que em qualquer momento eu poderei pedir novas informações no telefone ou endereço abaixo e modificar minha decisão se assim eu desejar. Eu fui igualmente informado(a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos de coleta de dados, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, da garantia de que não serei identificado(a) quando os resultados forem divulgados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos, vinculados à presente pesquisa. Estou ciente que receberei uma via desse termo assinada pelos pesquisadores.

Nome do entrevistado	Assinatura do entrevistado	Data

Rafaella Alves Silva Nutricionista. CRN-SP 341652 Pesquisadora principal	Maria Cândida de Carvalho Furtado Enfermeira. COREN-SP 72884 Orientadora

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco de Laboratórios Profa. Dra. Neide Fávero, sala 21. Telefone (0XX16) 3315 0542.
E-mail: rafaellas@usp.br e mcandida@eerp.usp.br
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 3315 9197 / Horário de funcionamento do CEP: das 10 às 12h e das 14 às 16h (2ª a 6ªf)

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

I - IDENTIFICAÇÃO:
(DatCo)Data da coleta: _____/_____/_____ Iniciais do nome: _____ N° do país: _____ Idade: _____ (Sex0) Sexo: [ ] Feminino [ ] Masculino
II - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
1 Idade materna (IdM):
2 Escolaridade: [ ] Analfabeto **Ensino fundamental** [ ] Completo [ ] Incompleto **Ensino médio** [ ] Completo [ ] Incompleto **Ensino superior** [ ] Completo [ ] Incompleto
3 Etnia: [ ] Branco [ ] Preto [ ] Pardo [ ] Amarelo [ ] Outro
4 Estado civil: [ ] solteiro [ ]casado [ ] Separado/divorciado [ ] união estável [ ] viúvo
5 Responsável reside com [ ] Mãe/Pai da criança [ ] Com companheiro (a) que não é mãe/pai da criança [ ] Sem companheiro (a) [ ] outro _____
6 Identificação criança Qual parentesco com a criança [ ] Mãe [ ] Pai [ ] Responsável Sexo da criança [ ] Feminino [ ] Masculino Idade criança _____

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DO INSTRUMENTO

Caro(a) investigador(a)

Agradecemos o seu interesse no nosso instrumento de recolha de dados - *Questionário de Conhecimentos sobre Alimentação Infantil* (QAI) de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira, (2012).

Temos todo o gosto em lhe disponibilizar a versão final deste instrumento para fins da sua investigação como um modo de alargar a recolha de dados a outras populações.

Garantimos permissão para a sua utilização, contudo gostaríamos que respeitasse e atendesse a algumas condições:

1. Obter o compromisso de receber os resultados do vosso estudo;
2. Receber uma cópia dos dados de validade e fiabilidade (se aplicável) obtidos na sua investigação;
3. Todas as referências ao instrumento original ou de uma possível adaptação, realizadas no seu trabalho ou na publicação de outros trabalhos com ele relacionado, devem incluir a citação da autoria do instrumento original, conforme indicado no cabeçalho deste documento.

Com os melhores cumprimentos,

Viseu, 03 de outubro de 2016

(Maria da Graça Ferreira Aparício Costa, PhD)

gaparicio5@hotmail.com

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL – (QAI) ORIGINAL

Aparício G, Cunha M, Duarte J & Pereira A. (2012)

Por favor, leia cada afirmação que se segue, assinalando com uma cruz a opção que melhor se adequa àquilo que faz ou pensa, relativamente à alimentação do seu filho(a).

AFIRMAÇÕES	Verdadeiro	Falso
1. A alimentação da criança não precisa ser variada		
2. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3. Um bom pequeno-almoço favorece o desenvolvimento da inteligência		
4. O intervalo ideal entre as refeições é de 05 horas		
5. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6. Uma criança deve comer diariamente 3-5 peças de fruta		
7. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
8. As refeições do almoço e jantar devem iniciar-se com sopa rica em hortaliças e legumes		
9. Os produtos lácteos gordos são mais recomendados para a criança		
10. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados		
11. As crianças devem comer preferencialmente cozidos e grelhados		
12. Na alimentação das crianças deve-se utilizar pouco sal		
13. As crianças precisam de comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
14. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
15. A quantidade de sal recomendada é 01 colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
16. Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e obesidade nas crianças		
17. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grão…) pelo menos 04 vezes por semana		
18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de *diabetes*		
19. Incluir 3-4 vezes por semana bolicao ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20. As refeições diárias das crianças devem incluir carne, peixe e ovos		
21. A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22. As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23. Numa das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24. A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25. É aconselhado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e fruta		
26. Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27. Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28. Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
29 A carne, peixe e ovos são importantes para o crescimento das células		
30. Os óleos vegetais, os frutos secos e o peixe são ricos em gorduras poli-insaturadas		
31. Os alimentos pobres em calorias são os designados por "*fast food*"		
32. Na escolha do pão e outros cereais, deve-se optar pelos menos refinados		
33. O feijão, grão e outras leguminosas são ricos em proteínas vegetais		
34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e sais minerais		
35. O pão de mistura ou escuro é o melhor para a alimentação		
36. Os produtos de salsicharia, folhados ou outros salgadinhos podem comer com frequência		
37. O pão de mistura ou escuro é fonte de energia e fibra		
38. Na alimentação da criança pode-se permitir o consumo de refrigerantes		
39. Um copo de leite equivale a 02 iogurtes sólidos		
40. Fazer as refeições a ver TV é desaconselhado		
41. A atividade física programada (desporto) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas		
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
43. As crianças não necessitam de ser fisicamente ativas		
44. As crianças podem ver TV ou jogar jogos de vídeo, em média 3 horas por dia		
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
46. Não tomar o pequeno-almoço prejudica a aprendizagem na escola		
47. Deve-se permitir que as crianças colaborem na confecção das refeições em casa		
48. Na compra de alimentos deve-se ter em conta a lista de ingredientes existente no rótulo		
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
50. As refeições em família devem obedecer a um horário regular		
51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos comem no refeitório da escola		
52. Na compra dos alimentos deve-se atender à sua qualidade nutricional		
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
55. As crianças que petiscam entre as refeições, fazem uma alimentação mais equilibrada		
Coeficiente *Split-half (Alfa Cronbach parcial)*	Primeira metade = 0,866 Segunda metade = 0,923	
Coeficiente *Alfa Cronbach* global	0,942	

ANEXO C

Questionário de Alimentação Infantil traduzido (versão Brasil)

Por favor, leia cada afirmação a seguir, assinalando com um "X" a opção que melhor se adequa com que você faz ou pensa sobre a alimentação de seu filho (a).		
AFIRMAÇÕES	Verdadeiro	Falso
1. A alimentação da criança não precisa ser variada		
2. Uma alimentação saudável para as crianças inclui 5-7 refeições diárias		
3. Um bom café da manhã favorece o desenvolvimento da inteligência		
4. O intervalo ideal entre as refeições é de 05 horas		
5. O leite e os derivados são a principal fonte de cálcio na alimentação		
6. Uma criança deve comer diariamente 3-5 porções de fruta		
7. É aconselhável que uma criança coma diariamente uma porção de doces ou bolos		
8. As refeições do almoço e jantar devem ser ricas em hortaliças e legumes		
9. Os produtos à base de leite ricos em gordura são os mais recomendados para a criança		
10. Para uma criança é suficiente ingerir diariamente 1 copo de leite ou derivados		
11. As crianças devem comer preferencialmente alimentos cozidos e grelhados		
12. Na alimentação das crianças deve ser utilizado pouco sal		
13. As crianças precisam comer refeições em grande quantidade para crescerem melhor		
14. A obesidade na infância aumenta o risco de obesidade na vida adulta		
15. A quantidade de sal recomendada é 01 colher de chá rasa por dia, distribuída por todas as refeições		
16. Uma alimentação com grande quantidade de gordura, açúcar e pobre em vegetais, aumenta o risco de desenvolver doenças como a hipertensão arterial e a obesidade nas crianças		
17. As crianças devem comer alimentos ricos em proteínas vegetais (feijão, grãos, ...) pelo menos 04 vezes por semana		
18. A obesidade na infância aumenta o risco de aparecimento de *diabetes*		
19. Incluir 3-4 vezes por semana pão, tipo bisnaguinha, com pasta de chocolate ou outros alimentos idênticos nos lanches das crianças, não prejudica a sua saúde		
20. As refeições diárias das crianças devem incluir carnes, peixes e ovos		
21. A alimentação equilibrada da criança não inclui a ingestão de água		
22. As hortaliças, legumes e fruta são alimentos ricos em fibras		
23. Em uma das refeições diárias, a sobremesa das crianças pode ser um doce		
24. A gordura é um alimento necessário ao crescimento das crianças		
25. É recomendado comer 5 porções diárias dos alimentos ricos em fibras, como as hortaliças, legumes e frutas		
26. Os alimentos de origem animal são ricos em gorduras saturadas e colesterol		
27. Os cereais e as batatas são as principais fontes de energia		
28. Para que uma criança aceite um alimento novo é recomendável insistir em oferecê-lo entre 5-10 vezes		
29. A carne, peixes e ovos são importantes para o crescimento das células		
30. Os óleos vegetais, as frutas secas e os peixes são ricos em gorduras poli-insaturadas		
31. Os alimentos pobres em calorias são os denominados de "*fast food*"		
32. Na escolha do pão e outros cereais, deve-se optar pelos menos processados		
33. O feijão, grãos e outras leguminosas, são ricos em proteínas vegetais		
34. As frutas e legumes são alimentos ricos em vitaminas e minerais		
35. O pão integral é o melhor para a alimentação		
36. Os produtos embutidos (salsichas, linguiças,..), folhados ou outros salgadinhos podem ser ingeridos com frequência		
37. O pão integral é fonte de energia e fibra		
38. Na alimentação da criança deve-se permitir o consumo de refrigerantes		
39. Um copo de leite equivale a 02 iogurtes cremosos		
40. Fazer as refeições enquanto assiste TV é desaconselhado		
41. A atividade física programada (esporte) é aconselhável, mesmo nas crianças fisicamente ativas		
42. A ingestão de bebidas açucaradas está associada ao aumento de peso		
43. As crianças não necessitam ser fisicamente ativas		
44. As crianças podem ver TV ou jogar videogame, em média 3 horas por dia		
45. As refeições em família são um ritual importante para pais e filhos		
46. Não tomar o café da manhã prejudica a aprendizagem na escola		
47. Deve-se permitir que as crianças colaborem na preparação das refeições em casa		
48. Na compra de alimentos, deve-se considerar a lista de ingredientes existente no rótulo dos produtos		
49. É menos preocupante uma criança ser gordinha do que ser magrinha		
50. As refeições em família devem obedecer um horário regular		
51. É aconselhável que os pais saibam o que os filhos comem no refeitório da escola		
52. Na compra dos alimentos, deve-se atentar à sua qualidade nutricional		
53. As crianças devem comer o que gostam, independentemente do valor nutritivo dos alimentos		
54. O peso das crianças deve ser avaliado pelo menos uma vez por ano		
55. As crianças que beliscam entre as refeições fazem uma alimentação mais equilibrada		

ANEXO D

FOLHA DE IMPRESSÃO GERAL – ADAPTADO DISABKIDS®

	Por favor, marque uma opção:
1. O que você achou do questionário de um modo geral?	☐ muito bom ☐ bom ☐ regular/ mais ou menos
2. O que você achou das questões?	☐ todas foram fáceis de entender ☐ algumas foram difíceis de entender ☐ todas foram difíceis de entender
3. Sobre as categorias de resposta, você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	☐ sem dificuldades ☐ algumas dificuldades ☐ muitas dificuldades
4. As questões são importantes para a condição de saúde/doença?	☐ muito importantes ☐ às vezes importantes ☐ nada importantes
5. Você gostaria de mudar algo no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar algo no questionário?	
7. Houve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por quê?	

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO E

FOLHA DE VALIDAÇÃO SEMÂNTICA – ADAPTADO DISABKIDS®

Por favor, marque um espaço e preencha-o:

Item		**Isso é importante para a sua situação?**			**Você tem dificuldade para entender essa questão?**		**As opções de respostas estão claras e de acordo com a questão?**		**Você poderia me dizer, em suas palavras, o que essa questão significa para você?**	**Você falaria/expressaria essa questão de outra forma?**
	As opções de resposta se repetem: Nunca / quase nunca / às vezes / muitas vezes / sempre	***sim***	***às vezes***	***não***	***não***	***sim***	***sim***	***não***	**Descrição**	**Descrição**
1.										
2.										
...										

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO F

AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL DO GRUPO DISABKIDS® PARA UTILIZAÇÃO DO FORMULÁRIO

7 de 26

Claudia Benedita dos Santos seg, 3 de set 18:06

para eu, Maria

Prezadas Rafaella e Profa Maria Cândida
agradeço o interesse e autorizo a utilização a utilização dos formulários DISABKIDS adaptados para o Brasil para a etapa de validação semântica na pesquisa intitulada "Adaptação cultural e validação do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil".
Atencicosamente
Claudia B Santos

Em 3 de setembro de 2018 10:21, Rafaella Alves Silva <rafaellas@usp.br> escreveu:

Prezada Professora Claudia, bom dia.

Conforme solicitado, encaminho novamente o e-mail.

Meu nome é Rafaella, sou aluna de pós-graduação nível Mestrado pelo Departamento de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, desenvolvo a pesquisa intitulada "Adaptação cultural e validação do Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para uso no Brasil", sob orientação da Prof Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado.

Conforme conversamos ao final da palestra da Dra Claudia Fegadolli, sobre o uso dos formulários do Disabkids para etapa de validação semântica, segue em anexo o documento solicitando a autorização para a utilização do Instrumento de validação semântica (Formulário de Impressão Geral e Formulário Específico), desenvolvido pelo Projeto Disabkids.

Professora, desenvolvendo a pesquisa, tenho algumas dúvidas sobre a validação do instrumento, gostaria de verificar a possibilidade de agendarmos um horário para que possamos conversar e esclarecer algumas duvidas, seria possível?

Ativar o Windows
Acesse Configurações para ativar o Wir

ANEXO G

Autorização da autora do Questionário de Alimentação Infantil para alteração de item

Re: Questionário de Alimentação Infantil - QAI

GA

graça aparício <gaparicio5@hotmail.com>
Ter 11/09/2018, 06:03
Você

Olá Rafaella!
Espero igualmente que esteja tudo bem consigo...
Por Portugal vamos indo bem, obrigada!! retomando esta senama o novo ano letivo, por isso um pouco mais atarefada!
Relativamente à sua questão, claro que concordo com a vossa alteração, visto que as realidades climáticas e culturais de cada país exercem influencia na alimentação...
Saliento apenas que quando a vossa versão do questionário (após o processo de tradução e validação) for utilizada no Brasil, deve ser sempre referido que é a versão traduzida e validadada por Alves... (....) para a população do Brasil , do questionário QAI original de Aparício, Cunha, Duarte & Pereira (2012).
A Rafaella está a fazer o mestrado na Universidade de S. Paulo? Porque a minha escola vai estar presente numa feira para estudantes Internacionais aí em S. Paulo! A nossa representante (e funcionária) é também brasileira de S. Paulo e seguiu hoje para aí...

Desejo-lhe continuação de bom trabalho e vá dando notícias!!
Se precisar da minha ajuda, por favor disponha!

Atenciosamente

Graça Aparício

ANEXO H

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Alimentação infantil e conhecimento de pais de crianças em idade pré-escolar: subsídios para o cuidado em saúde

Pesquisador: Maria Cândida de Carvalho Furtado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80158117.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.483.310

Apresentação do Projeto:

O estudo trata da investigação da alimentação infantil como contribuição para o desenvolvimento pleno do indivíduo nessa fase da vida. Para abordar a temática, são apresentados aspectos que envolvem a alimentação desde o início da vida, incluindo os fundamentos propostos nas políticas públicas de atenção à criança, bem como o convívio com os pais no processo que demanda o consumo de alimentos pela criança.A pesquisadora menciona outras pesquisas, com o mesmo escopo, realizadas tanto no Brasil como em países estrangeiros (Itália, Nepal, Tanzânia, Arábia Saudita). Os dados analisados foram obtidos mediante

questionários aplicados às mães de crianças nos primeiros meses de vida, e por meio dessas abordagens foi possível constar um alto índice de introdução precoce de alimentos sólidos, ainda nos primeiros meses de vida. Nesse sentido, a hipótese levantada é que a introdução da alimentação complementar das crianças não tem ocorrido de modo adequado, que existem variáveis que podem interferir nesse início e que os pais de crianças em idade pré-escolar pouco conhecem sobre alimentação saudável para ofertar a seus filhos. O questionário a ser aplicado foi elaborado e aperfeiçoado por pesquisadores portugueses e esta pesquisa tem como escopo adaptá-lo ao português falado no Brasil. Feita a adaptação, a tradução deverá ser analisada e validada por uma equipe de sete especialistas, via correio eletrônico. Em seguida, deverá ser feita a retro-tradução e, finalmente, aplicá-lo a 350 pais de crianças selecionados junto a 28 Centros

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

de Convivência Infantil (CCI), da cidade de Franca-SP, que recebem crianças em idade pré-escolar. O tempo total previsto para coleta(tradução, validação com juízes e aplicação com pais) é de dez meses. A análise da primeira etapa (tradução QAI) constará da concordância de 80% dos juízes. Para aplicação do QAI com pais, cada resposta correta será pontuada como 1 e para cada resposta incorreta será atribuído valor zero. Para obtenção do escore total, será feita a soma de todas as respostas assinaladas no sentido correto, que varia entre zero e 55. Quanto maior o escore de pontuação total, melhor o conhecimento dos pais em alimentação infantil.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é traduzir e validar o Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para português (versão Brasil). Como objetivos específicos: a) Traduzir o Questionário de Alimentação Infantil (QAI) para o português (versão Brasil); b)Submeter a versão traduzida do QAI para análise, por um Comitê de Especialistas; c) Realizar a retrotradução (backtranslation) da versão traduzida do QAI para a língua originária e compará-la com o original; d) validar o QAI com pais de crianças em idade pré-escolar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta que os riscos da pesquisa são mínimos e estão relacionados ao desconforto dos juízes ao preencher o roteiro para validação do Questionário de Avaliação da Alimentação Infantil (QAI).Para os pais, os riscos também se referem ao desconforto em responder ao QAI. Nesse sentido, assegura que serão garantidos a ambos os participantes que se sintam à vontade para suspenderem sua participação. E, ainda, que poderão conversar com o pesquisador principal nos contatos indicados no Termo
de Consentimento Livre e Esclarecido. Em relação aos benefícios afirma que o estudo apontará caminhos para a propositura de programas/planos de ação que se adequem às políticas públicas de atenção a alimentação de crianças nos primeiros meses de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No que concerne ao TCLE dirigido aos pais das crianças o segundo parágrafo do TCLE, que trata dos procedimentos da pesquisa foi suprimido; foram excluídas siglas no TCLE; ao final do documento a declaração de anuência dos participantes da pesquisa veio em forma resumida e simplificada, conforme diretriz do CONEP (Carta Circular nº 51-SEI/2017-CONEP/SECNS/MS). No TCLE dos juízes as informações ficaram restritas àquilo que concerne a sua participação, o que tornou o texto mais claro e objetivo e a graduanda Jaqueline Daniele Pires também assinará o

TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada a folha de rosto legível, devidamente preenchida e assinada; o comprovante de recebimento pelo CEP; o projeto de pesquisa detalhado, o cronograma de atividades da pesquisa, com a informação que será iniciado após a aprovação pelo CEP; foi também apresentado o orçamento detalhado,totalizando despesas na ordem de R$ 225,00 que serão arcadas com recursos próprios; veio a declaração de ciência e autorização assinado pela Diretora da Divisão deCreches da Secretaria Municipal de Educação de Franca-SP. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o documento veio em duas versões a serem submetidos aos juízes avaliadores da tradução e aos pais. Ambos foram redigidos em primeira pessoa e na forma de convite. Os termos apresentam a justificativa, os objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa. É feita também a explicitação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação, além dos benefícios esperados. Destaca que os participantes tem ampla liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma; é também garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa; além da garantia de que receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ficou, inclusive explicitada a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes dessa participação.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora acatou as pendencias apresentadas por este CEP, fazendo as devidas alteracoes nos documentos indicados. Com isso, cumpre as determinacoes da Resolucao CNS/CONEP 466/12, comprometendo-se com as diretrizes eticas para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1023231.pdf	18/12/2017 08:58:35		Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuizesversao2.pdf	18/12/2017 08:57:31	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpaisversao2.pdf	18/12/2017 08:54:12	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Outros	OficioEncversao2.pdf	18/12/2017 08:53:37	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpais.pdf	21/11/2017 13:18:43	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEjuizes.pdf	21/11/2017 13:18:29	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Outros	AnuenciaSecretariaEducacao.pdf	20/11/2017 16:12:17	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAlimentacaoInfantil.pdf	20/11/2017 15:45:47	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/11/2017 15:01:54	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/11/2017 15:01:40	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Outros	OficioEncaminhamento.pdf	07/11/2017 15:01:28	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAlimentacaoInfantileconhecimentodepais.pdf	07/11/2017 15:01:00	Maria Cândida de Carvalho Furtado	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 02 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

ANEXO I

Carta de Anuência Secretaria da Educação de Franca-SP

FRANCA
GOVERNO MUNICIPAL
COMPARTILHAR E AVANÇAR

PREFEITURA DE FRANCA
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
Divisão de Creches

Franca, 25 de agosto de 2017

Prezada Sra.

Como responsável pela Divisão de Creches da Secretaria Municipal de Educação, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa ***"Questionário de Alimentação Infantil: conhecimento de pais de crianças em idade pré-escolar"*** sob a responsabilidade da nutricionista Rafaella Alves Silva, e orientação da Profª Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado.

Entendo que a pesquisadora estará nas Creches conveniadas, selecionadas previamente, fora do ambiente escolar, para abordar os pais das crianças e convidá-los a participar da investigação, desde que obtenha autorização do responsável pela Instituição a fazê-lo. O trabalho da pesquisadora não poderá interferir na dinâmica de trabalho, bem como no desenvolvimento das atividades das Instituições, assim como também não poderá expor de forma alguma as crianças ou os pais.

Informo que a pesquisa somente poderá ter início depois da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, de modo a juntos adequarem a agenda para o início da coleta de dados.

Solicito, ainda, que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal de Educação de Franca o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Fernanda Consuelo de Oliveira Andrade

Diretora da Divisão de Creches

Ilustríssima Senhora
Profª Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado
Orientadora do projeto e pesquisa
Escola de Enfermagem d Ribeirão Preto – USP.