



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Tatiana Raquel Selbmann Coimbra

**Adaptação Transcultural da ferramenta “A Framework for Monitoring and
Evaluating the WHO/UNICEF Intervention” e sua utilização no Programa Criança
Feliz no Brasil**

Brasília

2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Tatiana Raquel Selbmann Coimbra

Adaptação Transcultural da ferramenta “A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention” e sua utilização no Programa Criança Feliz no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr Wildo Navegantes de Araújo

BRASÍLIA

2021

Tatiana Raquel Selbmann Coimbra

TÍTULO

Adaptação Transcultural da ferramenta “A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention” e sua utilização no Programa Criança Feliz no Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo
Orientador

Prof.^a. Dr.^a Sônia Isoyama Venâncio,
Instituto de Saúde da Secretaria de
Estado de Saúde de São Paulo
Membro Externo

BANCA EXAMINADORA
(continuação)

Profa. Dra. Daphne Rattner
Universidade de Brasília
Membro Interno

Prof. Dr. Mauro Niskier Sanches
Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu esposo pelo apoio incondicional à minha trajetória profissional, assumindo muitas vezes responsabilidades que seriam minhas em nossa família e que me trouxe o aprofundamento da espiritualidade.

Aos meus filhos, que me apoiaram nesta jornada, com paciência e amor.
Aos meus pais, pelo apoio incondicional na minha formação pessoal e profissional,
orientada por princípios que norteiam minha vida.

Agradeço à Dra. Haydee Padilla, por ter me incentivado a participar do processo seletivo para o Mestrado Profissionalizante e por ter me apoiado em diversos desafios.

A Lely Guzman, por ter me concedido a anuência para as atividades do Mestrado.
Ao Frei João Benedito Ferreira de Araújo, pelas cobranças e força para a finalização do Mestrado.

À Ione Fonseca de Melo, pelo apoio constante, tanto pessoal quanto profissional.

À Maria de Lourdes Magalhães, pela leitura crítica e por todas as contribuições acerca deste trabalho.

À Denise e à Ana Helena, guerreiras da linha de frente dos “Cuidados do Desenvolvimento das Crianças”

Por fim, e não menos importante, ao meu orientador Dr. Wildo Navegantes, pela paciência, persistência, incentivo e provocações reflexivas e a preciosa orientação.

*“Eis o meu segredo.
É muito simples: só se vê bem com o coração.
O essencial é invisível aos olhos”.*

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

O reconhecimento do investimento na primeira infância é global e evidenciado pela sua inclusão na Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 4.2): “Garantir que todas as meninas e meninos tenham um desenvolvimento infantil de qualidade, cuidados e acesso à educação, pré-escolar até 2030”. Em 6 de outubro de 2016, o Programa Criança Feliz (PCF) foi instituído no Brasil, em consonância com as políticas públicas brasileiras para o Desenvolvimento Infantil, sendo apoiado em um Programa Nacional de Visitação Domiciliar. O PCF tem como públicos-alvo crianças de zero a seis anos de famílias vivendo em situação de pobreza e extrema pobreza, participantes do Programa Bolsa Família e inscritos no Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal. O objetivo do Programa é oferecer acompanhamento e orientações para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com foco no desenvolvimento infantil, por meio da metodologia de intervenção “Cuidados para o Desenvolvimento da Criança” (CDC). O CDC é uma metodologia utilizada em vários países e que está sendo disseminada pelo PCF em estados e municípios brasileiros. Neste sentido, é essencial a tradução e adaptação transcultural da publicação “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*”, com o objetivo de contribuir com o trabalho de capacitação dos multiplicadores, supervisores e visitadores do PCF e na aplicação da metodologia. Como método, a adaptação transcultural realizada segue as etapas propostas por Eremenco *et al.* (2005): 1) Tradução; 2) Reconciliação; 3) Retrotradução; 4) Revisão; 5) Finalização e 6) Versão Final. Considera-se que, segundo as diretrizes escolhidas, a metodologia CDC utilizada no Brasil já se encontra traduzida e adaptada de acordo com as regras internacionais e, logo, pode ter suas propriedades de medida demonstradas no contexto cultural brasileiro.

Palavras-chave: adaptação transcultural; tradução; primeira infância; Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC).

ABSTRACT

The recognition of early childhood investment is global and evidenced by its inclusion in the 2030 Agenda for Sustainable Development Goals - SDG 4.2: "Ensure that all girls and boys have access to quality early childhood development, care and pre-primary education so that they are ready for primary education". On October 6, 2016, the Happy Child Program (PCF) was instituted in Brazil, in line with Brazil's public policies for Child Development, and is supported in a National Home Visitation Program. The PCF targets children aged zero to six years old from families living in poverty and extreme poverty, participants in the Bolsa Família Program, and enrolled in the Federal Government's Unified Registry (CadÚnico). The goal of the Program is to provide monitoring and guidance to strengthen family and community ties, with a focus on child development, through the intervention methodology "Care for Child Development" (CCD). The CCD is a methodology used in several countries and that is being disseminated by the PCF in Brazilian states and municipalities. In this sense, the translation and cross-cultural adaptation of the publication "A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention" are essential, intending to contribute to the training of multipliers, supervisors, and visitors of the PCF and the application of the methodology. As a method, the cross-cultural adaptation carried out follows the steps proposed by Eremenco *et al* (2005): 1) Translation; 2) Reconciliation; 3) Back translation; 4) Revision; 5) Finalization and 6) Final Version. It is considered that, according to the chosen guidelines, the CDC methodology used in Brazil is already translated and adapted according to international standards and, therefore, can have its measurement properties demonstrated in the Brazilian cultural context.

Keywords: cross-cultural adaptation; translation; early childhood; Care for Child Development (CCD).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ATC – Adaptação Transcultural

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

CadÚnico - Cadastro Único

CDC - Cuidados para o Desenvolvimento da Criança

DPI - Desenvolvimento da Primeira Infância

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FACIT - Avaliação Funcional de Metodologia de Tradução de Doenças Crônicas

ODM - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PBF - Programa Bolsa Família

PCF - Programa Criança Feliz

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

SNPDH - Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1 O DIREITO DA CRIANÇA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	12
2.2 O PROGRAMA CRIANÇA FELIZ.....	14
2.3 A IMPORTÂNCIA DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL	20
3 JUSTIFICATIVA.....	25
4 OBJETIVO GERAL.....	26
5 MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	26
5.1 1ª ETAPA: TRADUÇÃO.....	28
5.2 2ª ETAPA: RECONCILIAÇÃO	28
5.3 3ª ETAPA: RETROTRADUÇÃO	28
5.4 4ª ETAPA: CONTROLE DE QUALIDADE.....	29
5.5 5ª ETAPA: FINALIZAÇÃO	29
6 RESULTADOS	29
7 DISCUSSÃO	41
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXO 1	51
APÊNDICE 1	52

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal de 1988, o Brasil estabeleceu a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que facultou o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a proteção integral, em 1990. Além disso, o País ratificou os mais importantes pactos, tratados e convenções internacionais sobre os direitos humanos da criança (BRASIL, 2016).

A atenção integral à saúde da criança no Brasil vem apresentando uma melhora significativa desde então. O País conquistou expressiva diminuição nas taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos), tendo, com isso, cumprido o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) número quatro para 2015, com três anos de antecedência e com uma redução de 77%, uma das maiores do mundo (BRASIL, 2015).

A partir de evidências científicas, desde a publicação feita na série *The Lancet* de 2008, o poder público e organizações da sociedade civil vêm investindo em políticas e ações de priorização dos primeiros mil dias de vida. Este período tem início após a concepção, sendo considerado uma janela de oportunidade, para melhorar as condições de vida e de saúde dos indivíduos (WERTLIEB, 2019). Investindo em intervenções efetivas nos primeiros anos de vida, há um retorno positivo do ponto de vista do desenvolvimento social e econômico do país. Por outro lado, caso esse investimento não seja realizado de forma suficiente e em tempo oportuno, o custo da não ação é altamente impactante (BLACK et al., 2017).

O Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) vem sendo objeto de estudos publicados em três séries da revista *The Lancet* (2007, 2011 e 2016), com evidências que revelaram cerca de 250 milhões de crianças menores de 5 cinco anos (43% de todas < de 5 anos) em situação de risco de desenvolvimento infantil, apesar da diminuição de 11%, entre 2004 e 2010, de crianças em risco de atraso para o desenvolvimento infantil, somente devido à pobreza e ao retardo do crescimento (BLACK et al., 2017).

As crianças não atingem seu pleno desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais (em especial a pobreza), biológicos e psicossociais,

como desnutrição crônica, de insuficiências de ferro e iodo, estimulação cognitiva e socioemocional inadequadas, maus-tratos, depressão materna, baixa escolaridade materna, família/comunidade em situação de violência, contaminação ambiental (chumbo e arsênio) e algumas doenças infecciosas (malária e HIV) (BLACK et al., 2017).

Tais fatores de risco, normalmente ocorrem de forma concomitante, o que contribui para uma trajetória de vida com problemas de saúde, baixo desempenho escolar e conseqüente perda de oportunidades profissionais e perpetuação da pobreza intergeracional (BLACK et al., 2017).

Os investimentos na primeira infância são reconhecidos globalmente, evidenciados pela sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015-2030, conforme o “ODS 4.2: Garantir que todas as meninas e meninos tenham um desenvolvimento infantil de qualidade, cuidados e acesso à educação, pré-escolar até 2030” (BLACK et al., 2017; BRASIL, 2015).

A primeira infância é o período que compreende o nascimento e os primeiros seis anos de vida, sendo uma etapa muito importante para o pleno desenvolvimento da criança. As experiências dessa época são levadas para o resto da vida – mesmo aquelas que acontecem durante a gestação ou enquanto o bebê é pequeno, ainda não sabe falar e nem tem memória apurada, dos fatos que acontecem à sua volta. É, portanto, durante essa fase, que a criança passa por processos de desenvolvimento importantes, em grande medida, influenciados pela realidade em que está inserida. Entre esses processos, estão o crescimento físico, o amadurecimento do cérebro, a aquisição dos movimentos, o desenvolvimento da capacidade de aprendizado e a iniciação social e afetiva. Quanto melhores forem as condições para o desenvolvimento durante a primeira infância, maiores são as probabilidades de a criança alcançar o melhor de seu potencial, tornando-se um adulto mais equilibrado, produtivo e realizado (BRITTO et al., 2017).

O desenvolvimento da criança na primeira infância é fundamental para a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e também tem um efeito multiplicador em outros Objetivos Globais, incluindo aqueles relacionados à nutrição (ODS 2), saúde (ODS 3) e proteção (ODS 16). As adversidades (desnutrição, pobreza, privação psicológica grave, cuidados inadequados, abuso e violência) antes da concepção, durante o período pré-natal e nos primeiros anos, interrompem ou prejudicam o desenvolvimento do cérebro. Focalizar ações nesse período podem

aumentar as chances de a criança ter uma vida saudável e produtiva no futuro, fortalecer famílias e comunidades e contribuir para quebrar o ciclo intergeracional da pobreza (LU; BLACK; RICHTER, 2016).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O DIREITO DA CRIANÇA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Pode-se afirmar que o contexto mundial de progresso de evidências científicas em saúde tem sinalizado caminhos às políticas públicas de promoção do desenvolvimento infantil. Assim, o governo brasileiro promoveu inúmeras iniciativas e formulou diretrizes, leis, planos, projetos e políticas públicas que contemplam os “mil dias” (prioridade à criança, desde a concepção até os dois anos de vida), a “primeira infância” (período que compreende o nascimento até os 6 anos de vida) e o “cuidado integral” (*nurturing care – conforme o conceito em inglês*). Tais avanços contemplam a intersetorialidade, que é necessária para o seu sucesso e efetividade (WERTLIEB, 2019).

O Ministério da Saúde publicou, no dia 5 de agosto de 2015, a portaria nº 1.130, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças. Um de seus eixos estratégicos se refere à promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, que consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)" (BRASIL, 2015).

Em 8 de março de 2016, foi instituído o “Marco Legal da Primeira Infância” - Lei nº 13.257”. Um avanço importante para o fortalecimento da agenda dos direitos da criança no que concerne aos planos, projetos, programas e serviços que considerem as especificidades desta faixa etária, bem como, a garantia de seu desenvolvimento integral a ser assegurado pelos diferentes setores que operacionalizam políticas públicas, contemplando a necessária intersetorialidade para a garantia da primeira infância (BRASIL, 2016).

Neste contexto, a Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano (SNPDH) foi criada pelo Decreto nº 8.949, de 29 de dezembro de 2016, dentro da estrutura do atual Ministério da Cidadania, com o intuito de desenvolver políticas públicas que preenchessem lacunas ainda existentes, no sistema de proteção social brasileiro, notadamente no que diz respeito à área de desenvolvimento humano. A alta gestão do Ministério da Cidadania identificou a importância de se enfrentar, com planejamento e objetividade, os desafios da agenda intersetorial específica para o desenvolvimento humano para a primeira infância, adolescentes, jovens e idosos (TERRA; BELTRAME, 2017).

Nesta perspectiva, em harmonia com as políticas públicas em curso no País, em 6 de outubro de 2016, foi instituído um Programa Nacional de Visitação Domiciliar, com foco no Desenvolvimento Infantil, chamado Programa Criança Feliz (PCF). O Programa surge como uma importante estratégia de visitas domiciliares às famílias participantes do Programa Bolsa Família (PBF), com o acompanhamento e orientações importantes, para fortalecer os vínculos familiares e comunitários e estimular o desenvolvimento infantil (TERRA; BELTRAME, 2017).

Em 2018, foi lançado na Assembleia Mundial das Nações Unidas, o documento "*Nurturing Care Framework*", de fundamentação teórica e de sugestões de atividades que contribuem para o desenvolvimento o mais pleno possível de todas as crianças na primeira infância, reforçando a importância dos “primeiros mil dias”. “*Nurturing care*” pode ser traduzido como “cuidado integral” e se refere às condições necessárias para que as comunidades e os cuidadores garantam a boa saúde e nutrição das crianças, as protejam de ameaças e favoreçam oportunidades de aprendizagem por meio de interações que sejam responsivas e emocionalmente positivas. O cuidado integral da criança consiste em cinco componentes interrelacionados: saúde, nutrição, segurança

e proteção, aprendizagem precoce e cuidado responsivo. O documento fornece um roteiro para a ação. Baseia-se em evidências acerca do conhecimento atual sobre como realizar políticas públicas em prol do desenvolvimento infantil, valorizando que, por meio de interações adequadas, seja possível melhorar o desenvolvimento humano na primeira infância. E ainda descreve como os pais e cuidadores podem ser apoiados para proporcionar cuidados estimuladores para crianças pequenas. Evidencia também que tais intervenções podem mitigar riscos e otimizar o desenvolvimento. Descreve políticas e serviços e os papéis de vários setores, especialmente o setor de saúde, dado o seu alcance, e o papel particularmente importante que exerce no apoio aos cuidadores (WERTLIEB, 2019).

2.2 O PROGRAMA CRIANÇA FELIZ

O Programa Criança Feliz (PCF) tem como pressuposto básico a intersetorialidade, que é colocada em prática a partir da articulação de ações das políticas de Assistência Social, de Saúde, Educação, da Cultura, e dos Direitos Humanos de crianças e adolescentes, entre outras, com o objetivo de potencializar a promoção multidisciplinar do desenvolvimento pleno e integral, desde a primeira infância, em consonância com o método proposto pelo Documento "*Nurturing Care Framework*".

Conforme o Decreto nº 9.579 de 22 de novembro de 2018, que instituiu o Programa Criança Feliz, o PCF possui "caráter intersetorial, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida". O Decreto estabelece ainda que o PCF "contará com sistemática de monitoramento e avaliação", o que reforça a importância deste estudo para contribuir no monitoramento e avaliação da capacitação dos multiplicadores, supervisores e visitantes participantes do Programa (BRASIL, 2018).

Conforme o governo federal, o PCF surgiu voltado para um público de 640 mil gestantes, três milhões de crianças de até três anos beneficiárias do Programa Bolsa Família, 75 mil crianças de até seis anos beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e 8,6 mil crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar.

Os critérios de adesão ao Programa são regulamentados pela Portaria nº 1.217, de 1 de julho de 2019, que define os públicos-alvo como gestantes e crianças de até 36 meses inseridas no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2018).

O PCF apresenta como objetivos: promover o desenvolvimento humano, a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância; apoiar a gestante e a família, na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais; colaborar no exercício da parentalidade, de modo a fortalecer os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças, na faixa etária de até seis anos de idade; mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias às políticas e serviços públicos de que necessitem; e, integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas destinadas às gestantes, às crianças na primeira infância e às suas famílias (BRASIL, 2018). Para a operacionalização e o alcance de resultados, o PCF propõe a realização de visitas domiciliares periódicas, por profissional capacitado, e de ações complementares que apoiem gestantes e famílias e favoreçam o desenvolvimento da criança na primeira infância; a capacitação e a formação continuada de profissionais que atuem junto às gestantes e às crianças na primeira infância, com vistas à qualificação do atendimento e ao fortalecimento da intersetorialidade; o desenvolvimento de conteúdo e material de apoio para o atendimento intersetorial às gestantes, às crianças na primeira infância e às suas famílias; o apoio aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, com vistas à mobilização, à articulação intersetorial e à implementação do Programa; e a promoção de estudos e pesquisas acerca do desenvolvimento infantil integral (GUARDIAN E et al., 2018).

Por meio de visitas domiciliares, o Programa visa o fortalecimento de vínculo e aprimoramento das competências das famílias para estimular o desenvolvimento motor, socioafetivo e de linguagem, com vistas no aumento da capacidade de suas crianças e, assim, ajudar a quebrar a transmissão intergeracional da pobreza, reduzir a violência e o abandono escolar e melhorar a escolaridade infantil (TERRA; BELTRAME, 2017). As capacitações do Programa Criança Feliz seguem o sistema cascata: a União capacita os estados, os multiplicadores dos estados capacitam os

supervisores municipais e estes capacitam os visitantes domiciliares do município (BRASIL, 2020; E. LUCAS; ENGLE, 2019).

Os visitantes e supervisores são capacitados em diversas áreas de conhecimento, como saúde, educação, serviço social, direitos humanos, cultura, por meio da metodologia de intervenção escolhida: “Cuidados para o Desenvolvimento da Criança” (CDC), que foi concebida a partir da união de esforços entre a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), há quase 20 anos. Essa intervenção foi desenvolvida e adaptada para contextualizar e responder às diferentes necessidades globais e regionais. Em todo o mundo, há aproximadamente 49 países que a têm usado, sendo uma intervenção explicitamente recomendada pela revista *The Lancet* em sua mais recente série sobre DPI (LU; BLACK; RICHTER, 2016; TERRA; BELTRAME, 2017).

Outros países também já implementaram essa intervenção. Entre 1999 e 2001, houve pilotos no Brasil, na África do Sul e na Síria e a incorporação de alguns princípios do CDC foram incorporados na formação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Em 2003, 2007 e 2010, foram realizados estudos de impacto na Turquia, China, e outros três países da Ásia Central. Além disso, o CDC também já foi implementado em diversos países da América Latina e Caribe, como Brasil, Barbados, Belize, Panamá, Paraguai e Honduras (LUCAS; RICHTER; DAELMANS, 2018).

Um projeto realizado no Paquistão, com implementação do CDC, dá ênfase à nutrição e estimulação e demonstrou os seguintes resultados: melhoria nutricional e nas práticas alimentares; no crescimento; menos episódios de diarreia; de pneumonia; e desenvolvimento infantil com habilidades cognitivas melhoradas. Demonstrou ainda as melhoras da capacidade de linguagem; da redução do estresse; do bem-estar da mãe; da depressão materna e cuidado responsivo, além da da interação entre a mãe e a criança, no ambiente familiar, com a estimulação de brincadeiras, envolvendo também outros cuidadores (LUCAS; RICHTER; DAELMANS, 2018).

A intervenção CDC começa com a melhoria das habilidades do visitante com as famílias, à medida que ele fornece ferramentas de aconselhamento e demonstra os princípios do desenvolvimento infantil, para melhorar as práticas de cuidados de

rotina: aleitamento materno sob demanda; alimentação responsiva na proporção em que a criança cresce; prevenção de violência e abuso. Também favorece o reconhecimento e resposta à doença; a preparação para o aprendizado da linguagem ao longo da vida; e a melhoria das habilidades das pessoas que trabalham com as famílias. Essas atividades ajudam a criança a aprender. Mas o CDC é mais do que uma intervenção para estimular a aprendizagem da criança, a metodologia também incentiva a prestação de cuidados mais responsivos. Para ser responsivo, o cuidador deve ser sensível aos sinais da criança e responder de forma oportuna e adequada. A responsividade do cuidador leva a uma interação positiva e afetuosa em que as necessidades da criança são atendidas e a criança pode aprender. Serve como proteção contra adversidade ou estresse tóxico no ambiente da criança (LU; BLACK; RICHTER, 2016).

Para o início do processo de visitas domiciliares do PCF no Brasil, foi organizado um curso modular de capacitação, em 2016, que foi incluído no conteúdo preparado especificamente para o programa de visita domiciliar. Neste contexto, a OPAS/OMS no Brasil participou ativamente no momento do início das visitas domiciliares, em maio de 2017, quando se tinha o desafio de fazer a replicação em larga escala e com rapidez da metodologia de intervenção Cuidados para Desenvolvimento da Criança. O método para a capacitação de multiplicadores, supervisores e visitadores adotado já havia sido utilizado internacionalmente, e, naquele momento, o escritório da OPAS no Brasil proporcionou a vinda ao Brasil de uma das autoras da metodologia CDC e também de outros especialistas internacionais. Estes últimos, durante o processo de formação de multiplicadores, no Brasil, com o apoio da Consultora Nacional de Saúde da Criança da OPAS/OMS no Brasil, contribuíram para a construção de uma versão simplificada da intervenção. Desse modo, a intervenção brasileira foi validada por componentes da equipe técnica do Ministério do Desenvolvimento Social (atualmente Ministério da Cidadania) e do Escritório da UNICEF no Brasil, que subsidiou a formação dos multiplicadores de todo o Brasil (27 unidades da federação), dando condições para a pronta formação dos supervisores e visitadores nos estados e municípios. Vale a lembrança que o marco de início das visitas domiciliares no Brasil aconteceu no mês de junho de 2017.

A versão utilizada no Brasil foi revisada para a América Latina e Caribe e tem como diferencial a abordagem de direitos. Está sendo utilizada, para além do setor de saúde, em outros serviços e programas para crianças de zero a três anos e suas famílias e tem o foco mais amplo, com a inclusão do pai e outros cuidadores. Dá ênfase aos relacionamentos afetivos, protetores e amorosos, especialmente para crianças de maior risco e com deficiência; estimula a qualidade dessas interações, e não apenas na estimulação direta à criança. A versão brasileira incorpora o CDC como parte dos Cuidados e Apoio da Resposta ao Zika; destaca a importância de melhorar o ambiente como espaço de aprendizagem e inclusão, e promove a vinculação do CDC com as ações voltadas à prevenção de violência, à promoção do desenvolvimento da primeira infância, como também reforça a necessidade de fortalecimento da capacidade e ações para incorporar o CDC nas políticas e programas nacionais (LUCAS, ENGLE, 2019).

Até outubro de 2020, o PCF estava presente em 2.934 (52,67%) do total de 5.570 municípios brasileiros, com 1.064.995 pessoas atendidas por meio de visita domiciliar, desde 2016, com atendimento de 856.134 famílias, 870.821 crianças e 194.174 gestantes. O PCF conta com multiplicadores em todos os estados e supervisores, que acompanham o trabalho de visitantes, tendo como grande desafio a capacitação eficiente para atingir os resultados esperados em tempo oportuno (BRASIL, 2020).

A OMS e o UNICEF contribuíram na concepção da intervenção com um “pacote” de publicações relacionadas diretamente à intervenção “Cuidado para Desenvolvimento das Crianças”. Entre elas, destaca-se a ferramenta específica para o monitoramento dos trabalhos das equipes da intervenção Cuidados para o Desenvolvimento das Crianças em visitas domiciliares e serviços para atendimento das crianças e suas famílias. A ferramenta “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*” pressupõe uma análise situacional, antes da implementação da intervenção, identificando-se a necessidade de melhorar as práticas de desenvolvimento de crianças e famílias e a promoção da análise situacional, que determinam as condições para aplicar a intervenção de forma eficiente. Em síntese, essa ferramenta propõe uma estrutura de acompanhamento e avaliação de resultados, inclusive sobre o impacto da formação e supervisão no

aconselhamento feitos nas visitas domiciliares. Estas avaliações do impacto da intervenção sobre o trabalho desenvolvido pelos visitantes podem ser feitas com recursos relativamente mínimos, durante a realização das supervisões em serviço. Propôs-se o anexo B da ferramenta, para avaliar a aprendizagem durante o treinamento, bem como a retenção e uso de habilidades no campo.

Um processo de avaliação do Programa está sendo realizado e inclui a publicação de estudo qualitativo, com base em entrevistas em profundidade com 22 informantes-chave das equipes de coordenação nacionais e estaduais do PCF. No escopo da análise temática, estão o mapeamento de tecnologias, barreiras e facilitadores que influenciaram no aumento de escala do Programa. Destacam-se neste estudo o ambiente político nacional para o surgimento do PCF, por meio de uma abordagem de cima para baixo, que levou a desafios de governança e mudanças nos critérios de inscrição para famílias, ampliando o seu alcance. A metodologia baseada em evidências científicas em saúde favoreceu o planejamento das visitas domiciliares e a institucionalização legal como fundamental para garantir financiamento e manutenção permanentes. O estudo conclui que o PCF melhorou os serviços para a primeira infância no Brasil, mas fortes ciclos de *feedback* negativo precisam ser tratados para uma sustentabilidade efetiva (BUCCINI; VENANCIO; PÉREZ-ESCAMILLA, 2021).

Os processos de estudo e avaliação são de grande relevância. No caso do PCF, permanece a necessidade de aprimoramento contínuo do processo de capacitação e da garantia da essência do CDC. Assim, ressalta-se a importância do monitoramento e avaliação da capacitação e da aplicação da intervenção CDC, utilizando-se a ferramenta “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*”, para assegurar a qualidade da intervenção (E. LUCAS; ENGLE, 2019). Para a sua utilização no Brasil, foi considerada a adaptação transcultural desta ferramenta simples, que tem potencial para atingir grande escala, inclusive à distância, no menor tempo possível (FORTES; ARAÚJO, 2019).

2.3 A IMPORTÂNCIA DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A Adaptação Transcultural (ATC) se faz necessária pois a sua validade para o uso não depende somente de tradução, mas também da contextualização ao cenário cultural relativo ao país de destino, para que mantenha suas propriedades, já que a ferramenta foi desenvolvida na língua inglesa, isto é, em um contexto cultural próprio de outras nacionalidades. A atenção para este detalhe visa garantir maior confiança de que o impacto do que está sendo avaliado seja descrito de maneira semelhante em ensaios multinacionais. O termo "adaptação transcultural" é usado para um processo que analisa tanto a linguagem (tradução), quanto as questões de adaptação cultural, no processo de preparar uma ferramenta e/ou questionário para uso em outro ambiente (BEATON et al., [s.d.]). A adaptação transcultural é necessária no caso de sua aplicação ocorrer em diferente cultura, idioma e país (GUILLEMIN e cols, 2000).

A ATC presume uma combinação entre a tradução literal das palavras de um idioma para um outro e a adaptação em relação à linguagem, ao contexto cultural e ao estilo de vida da cultura-alvo. Ao se realizar a adaptação transcultural, necessariamente, a abordagem é a universalista, em que há entendimento de que a cultura tem um impacto significativo na mensuração entre diferentes culturas, necessitando, portanto, da ATC para garantir que o objetivo original do questionário seja igualmente alcançado, quando aplicado no idioma em que foi adaptado (BEATON et al., 2016).

Destaca-se o modelo de equivalência elaborado por Herdman *et al* (1998), a partir da perspectiva universalista. Equivalência é um conceito fundamental na ATC, e pode ser definida como medida entre dois instrumentos traduzidos, para detectar qualquer diferença. Um dos primeiros modelos racionais na ATC é construído a partir de seis aspectos diferentes de equivalência: a conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e a funcional (HERDMAN, et al 1998). A equivalência conceitual necessita de uma pesquisa cuidadosa para determinar como o tema estudado é conceituado em outras culturas, particularmente em termos da natureza e ênfase em domínios específicos (M. HERDMAN; J. FOX-RUSHBY AND; X. BADIA, 1998).

Segundo este modelo, o primeiro passo a ser dado no processo de adaptação transcultural é a obtenção da equivalência conceitual, sem a qual a validade de todo o processo é ameaçada. A avaliação da equivalência conceitual consiste na exploração do conceito de interesse e dos pesos dados aos seus diferentes domínios constituintes no país, região, cidade de origem, se seriam relevantes e pertinentes ao novo contexto ao qual está sendo adaptado (REICHENHEIM et al., 2007).

A equivalência de item significa avaliar diferentes domínios do instrumento original, na definição dos conceitos de interesse relevantes e pertinentes, ao novo contexto em que o instrumento será utilizado. A discussão se dá a partir de uma revisão bibliográfica que prioriza as publicações sobre os processos envolvidos na construção da ferramenta-fonte e do material bibliográfico disponível no contexto local. Membros importantes e indivíduos representativos da população-alvo devem ser envolvidos, seja por meio de atividades coletivas, como por grupos focais ou individuais (REICHENHEIM et al., 2007).

A equivalência semântica apresenta a transferência de significado entre as línguas e a obtenção de um efeito semelhante nos diferentes idiomas. Antes de qualquer tradução, é importante que as palavras-chave ou expressões do questionário sejam claramente compreendidas. Deve-se sempre buscar um equilíbrio entre exatidão e naturalidade, garantindo que a linguagem usada seja adequada às necessidades da população-alvo (M. HERDMAN; J. FOX-RUSHBY AND; X. BADIA, 1998). A equivalência operacional refere-se à possibilidade de usar um formato de ferramenta semelhante e da mesma forma as instruções, o modo de administração e os métodos de medição. Dando ênfase à comparação entre os aspectos de utilização da ferramenta na população alvo e fonte, de modo que a eficácia seja semelhante independentemente da forma de operacionalização (M. HERDMAN; J. FOX-RUSHBY AND; X. BADIA, 1998).

A equivalência de mensuração verifica as propriedades da ferramenta. E a equivalência funcional é a etapa que enfatiza a importância de todas as etapas seguidas, para se chegar à adaptação transcultural (SILVA; FELIPINI, 2018). Os procedimentos de adaptação transcultural levam em consideração a adequação dos estudos ao modelo metodológico FACIT (avaliação funcional de metodologia de tradução de doenças crônicas). Esse modelo tem sido usado há quase 10 anos e

ênfatiza uma abordagem universal de tradução que inclui a revisão multipaíses. A metodologia de tradução FACIT visa estabelecer equivalência de significado e medição entre diferentes versões do país através do uso do modelo de tradução (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). No Quadro 1, estão os modelos que seguem padrão operacional, com variações no número ou detalhamento das etapas (FORTES; ARAÚJO, 2019).

QUADRO 1 - Organizao das etapas de Adaptao Transcultural (ATC), a partir da revisão das autoras Fortes e Araújo (2019)			
Autores	Ano	Descrio das etapas	Etapas mais relevantes do estudo, considerando os consensos as e diferenças
<i>Guillemin et al</i>	1993	1. Traduo 2. Retrotraduo 3. Revisão por Comitê 4. Pré-teste 5. Balanço de Medidas	<i>Guillemin et al</i> (1993) é mencionado pelas revisoras Fortes e Araújo (2019), como a referênci mais antiga das revisadas pelas autoras, na qual propõe a operacionalizao da ATC em cinco estágios (FORTES; ARAÚJO, 2019).
<i>Herdman et al.</i>	1998	1. Equivalência Conceitual 2. Equivalência de Item 3. Equivalência Semântica 4. Equivalência Operacional 5. Equivalência de Mensurao 6. Equivalência Funcional	<i>Herdman et al</i> (1988), segundo as revisoras Fortes e Araújo (2019), é um dos trabalhos mais citados em ATC. Foi precursor para a construo de “um dos primeiros modelos racionais na ATC”, em seis aspectos de equivalência. Em resumo, para esse autor, a obteno da equivalência conceitual, é o primeiro passo da ATC “sem a qual a validade de todo o processo é ameaçada”. (FORTES; ARAÚJO, 2019, p 203, 204).
<i>Beaton et al.</i>	2000	1. Traduo 2. Síntese 3. Retrotraduo 4. Revisão por Comitê 5. Pré-teste 6. Submissão e Aprovao	<i>Beaton et al</i> (2000), de acordo com Fortes e Araújo (2019), publicaram os protocolos para ATC de instrumentos de autopreenchimento, definindo-os em seis estágios. “Esse modelo traz recomendaes práticas detalhadas de como operacionalizar a ATC, buscando intrinsecamente as equivalências propostas” por <i>Herdman et al</i> (1998) (FORTES; ARAÚJO, 2019, p 204).
<i>Wild et al.</i>	2005	1. Preparação 2. Traduo 3. Reconciliao 4. Retrotraduo 5. Revisão da retrotraduo 6. Harmonizao 7. Interrogatório Cognitivo (IC) 8. Revisão dos Resultados do IC e Finalizao 9. Pré-teste 10. Relatório Final	De acordo com Fortes e Araújo (2019), a partir do trabalho de <i>Beaton et al</i> (2000), os modelos revisados nesse trabalho seguem padrão operacional semelhante, com variações no número ou detalhamento das etapas. A exemplo de <i>Wild et al</i> (2005), que define oito etapas, com destaque para a preparao, embora não seja considerada uma etapa por alguns dos autores revisados, apesar de ser importante, buscar “certificar-se de que todo o trabalho a ser realizado possui bases válidas é fundamental para evitar-se desperdício”; e a “fase do pré-teste pode ser denominada interrogatório cognitivo” (FORTES; ARAÚJO, 2019).

<i>Eremenco et al.</i>	2005	1. Tradução 2. Reconciliação 3. Retrotradução 4. Revisão 5. Finalização 6. Versão Final	<i>Eremenco et al</i> (2005) segundo Fortes e Araújo (2019), considera que “a equivalência é um conceito fundamental na ATC, e pode ser definida como medida não enviesada entre dois instrumentos traduzidos” (FORTES; ARAÚJO, 2019, p. 204). Em consenso com a maioria das etapas proposta por <i>Herdman et al</i> (1998), <i>Guillemin et al</i> (1993), <i>Herdman et al</i> (1998), <i>Beaton et al</i> (2000) e <i>Wild et al</i> (2005), neste Quadro 1.
<i>Reichenheim et al.</i>	2007	1. Equivalência Conceitual 2. Equivalência de Item 3. Equivalência Semântica 4. Equivalência Operacional 5. Equivalência de Mensuração 6. Equivalência Funcional	<i>Reichenheim et al</i> (2007), de acordo com Fortes e Araújo (2019), foi o segundo trabalho mais citado de ATC. Ele sugere os mesmos seis estágios proposto por <i>Herdman et al</i> (1998). Esses autores foram os primeiros a publicarem trabalho no Brasil, na Revista de Saúde Pública, “sobre a metodologia a ser utilizada em adaptações transculturais de instrumentos de aferição, propondo uma operacionalização do processo” (FORTES; ARAÚJO, 2019, p. 203).
<i>Beaton et al.</i>	2007	1. Tradução 2. Síntese 3. Retrotradução 4. Revisão por Comitê 5. Pré-teste 6. Submissão e Aprovação	<i>Beaton et al</i> (2007), conforme destacado por Fortes e Araújo (2019), revisa e atualiza as mesmas etapas de ATC que foram publicadas no ano 2000, alinhadas ao pensamento de <i>Herdman et al</i> (1998), embora não utilize as nomenclaturas utilizadas por esse autor (FORTES; ARAÚJO, 2019).
Nota: a partir do trabalho de Beaton, publicado em 2000, as etapas dos modelos neste Quadro 1, revisados pelas autoras, seguem padrão operacional semelhante, sofrendo algumas variações no número ou detalhamento das etapas (FORTES; ARAÚJO, 2019 p. 204).			

Fonte: adaptado de FORTES; ARAÚJO, 2019 p.204.

As diretrizes para a tradução e adaptação transcultural de instrumentos propostas por Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), em “*Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*”, orientam que a adaptação transcultural seja composta por uma combinação de tradução de palavras e sentenças de um idioma para outro e uma adaptação com relação ao idioma, ao contexto cultural e ao estilo de vida do público-alvo. As diretrizes de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) são compostas por cinco etapas: (1) tradução; (2) retrotradução; (3) comitê de revisão; (4) pré-teste; e (5) possível adaptação dos pesos das pontuações para o contexto cultural (SILVA; FELIPINI, 2018).

As diretrizes propostas pelo *Scientific Advisory Committee (SAC) of Medical Outcomes Trust* (2002), em “*Assessing health status and quality of life instruments: attributes and review criteria*”, direcionam cinco etapas: (1)

tradução; (2) conciliação; (3) retrotradução; (4) harmonização; e (5) teste piloto. O SAC recomenda critérios de padronização para desenvolvimento de protocolos de avaliação de qualidade de vida e validações em outros idiomas que não os originais. Segundo essas diretrizes, para que esses instrumentos possam ser utilizados em outras realidades culturais, eles devem ser traduzidos e adaptados de acordo com as regras internacionais e, em seguida, devem ter suas propriedades de medida demonstradas em um contexto cultural específico. Ao final do processo, o protocolo traduzido e adaptado deve ser testado a fim de verificar sua adequação e validade para a população, o idioma e a cultura em questão, seguindo as regras internacionais de adaptação linguística e equivalência cultural, além de validade, reprodutibilidade, sensibilidade e confiabilidade (SILVA; FELIPINI, 2018).

Outras recomendações incluem a participação de profissionais qualificados, a repetição dos substantivos no lugar de pronomes e o uso de termos específicos em vez de termos mais gerais, além do uso de uma linguagem mais simples possível e a substituição da voz passiva pela voz ativa. A equivalência idiomática se refere às expressões idiomáticas e coloquialismos. Nestes casos, expressões equivalentes devem ser usadas ou alguns itens devem ser substituídos (BEATON *ET AL.*, 2000).

As diretrizes propostas por Reichenheim e Moraes (2007) em “Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia”, foram adaptadas para uso em estudos epidemiológicos a partir das diretrizes de Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) em “*A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach*”, sendo elaboradas para o desenvolvimento de instrumentos de aferição sobre qualidade de vida. Essas diretrizes propõem um roteiro básico para o processo de tradução e adaptação transcultural de instrumentos, assumindo a postura “universalista”, que abrange a apreciação de equivalência entre o instrumento original e aquele a ser adaptado (SILVA; FELIPINI, 2018).

A partir das diretrizes de Wild *et al.* (2005), percebeu-se a necessidade de desenvolver uma perspectiva abrangente que sintetizasse o espectro de métodos já publicados. Esse processo resultou no desenvolvimento do documento “*Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation*”. O documento é um relatório sobre os métodos atuais e as diretrizes

anteriormente publicadas, com avaliação de seus pontos fortes e fracos e uma proposta de novo método. A nova proposta foi dividida em onze etapas, de acordo com o resultado obtido no estudo, sendo: (1) preparação, (2) tradução, (3) reconciliação, (4) retrotradução, (5) revisão da retrotradução, (6) harmonização, (7) revisão e aprovação pela autora principal do questionário original, (8) desdobramento cognitivo, (9) análise dos resultados do desdobramento cognitivo (10) revisão e (11) relatório final (SILVA; FELIPINI, 2018).

Fortes (2019) propôs um “*Checklist* para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde”, com o objetivo de auxiliar a equipe de construção do questionário original, no julgamento da mesma, propondo ao pesquisador brasileiro um passo a passo do processo de ATC, à luz das recomendações internacionais e das experiências já bem-sucedidas de pesquisadores no nosso País (FORTES; ARAÚJO, 2019). Para este estudo, optou-se por utilizar a metodologia FACIT, pois normalmente os instrumentos que utilizam este método para a adaptação transcultural estão em conformidade com a maioria das recomendações para o desenvolvimento de instrumentos que serão facilmente traduzíveis, de forma a garantir a relevância do conteúdo em toda a cultura, bem como garantir a adequação do idioma da fonte para futuros esforços de tradução (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005).

3 JUSTIFICATIVA

Diante da evidência sobre a necessidade da tradução e da adaptação transcultural, com o objetivo de alcançar a equivalência entre a versão original concebida em país com outra cultura e linguagem, para o uso da ferramenta no Brasil, propõe-se a tradução e adaptação transcultural da publicação “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*”, que contribuirá efetivamente para o monitoramento e avaliação da intervenção de Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC), a partir da capacitação dos multiplicadores, supervisores e visitantes do Programa Criança Feliz.

4 OBJETIVO GERAL

Traduzir e adaptar transculturalmente, o Anexo B do documento oficial “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*”, para uso no Programa Criança Feliz.

5 MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A adaptação transcultural do Anexo B do documento oficial “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*” (Anexo 1), cumpriu cuidadosamente as etapas propostas por Eremenco et al (2005). 1) Tradução; 2) Reconciliação; 3) Retrotradução; 4) Revisão; 5) Finalização e 6) Versão Final (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). Teve-se como base a metodologia de tradução FACIT, que é uma versão mais rigorosa do método de retrotradução dupla, considerado superior para uma única tradução e tradução por comitê (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). O processo de organização e execução do trabalho é ilustrado pelo diagrama na página a seguir:

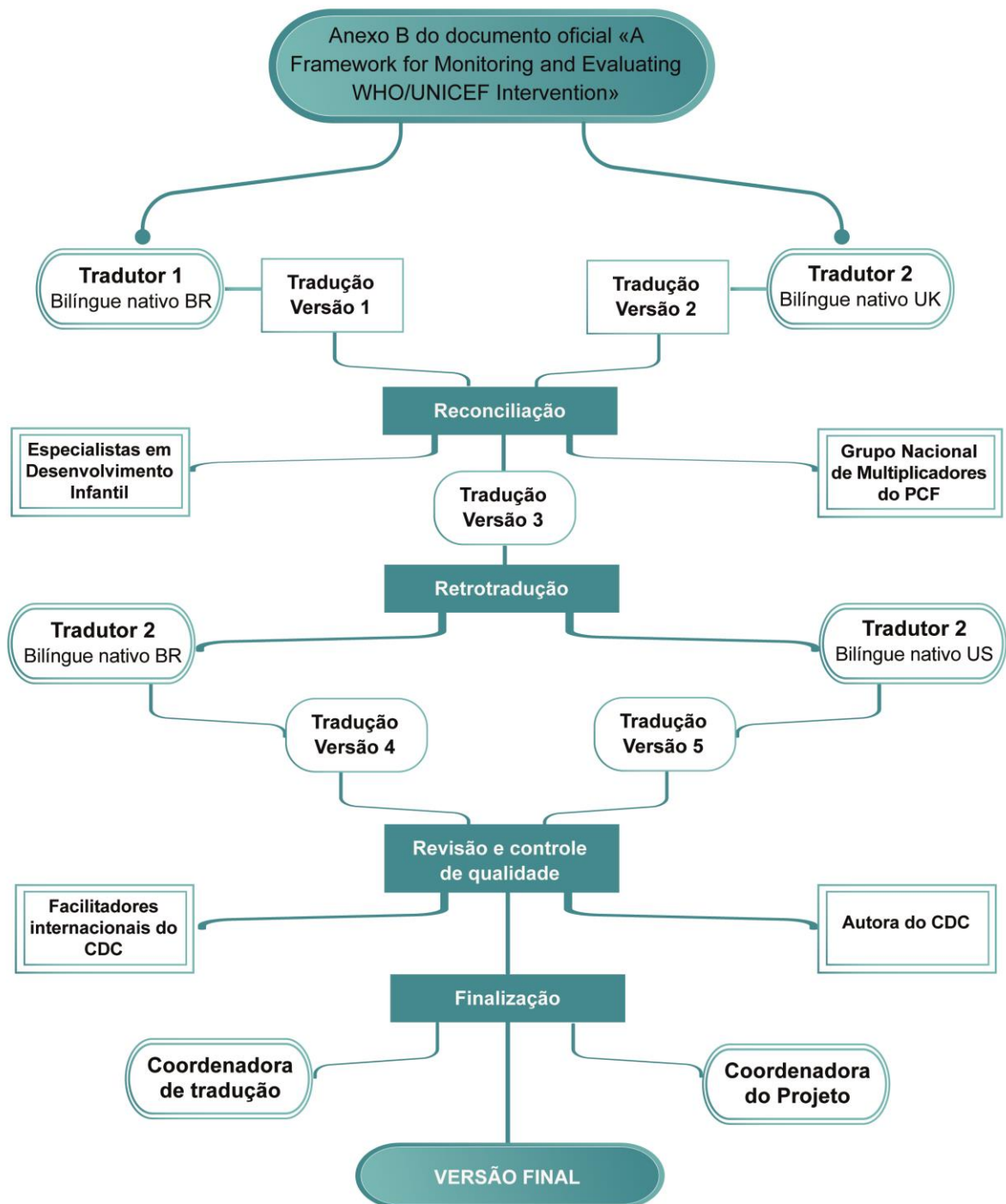


Figura 1 - O processo de organização e execução deste estudo de ATC, segundo as etapas de: tradução, reconciliação, retrotradução, revisão e controle de qualidade e finalização. **Fonte:** autoria própria - diagrama elaborado no software Adobe Illustrator.

5.1 1ª ETAPA: TRADUÇÃO

A etapa de tradução do texto base - Anexo B do documento oficial “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*” - foi entregue a dois tradutores, sendo um inglês nativo, fluente no idioma de destino e o outro brasileiro nativo e fluente na língua inglesa. Ambos foram instruídos a realizar a tradução da fonte original em inglês e a usar uma linguagem simples, fornecendo uma tradução do que o item realmente diz, capturando assim o significado literal do item.

5.2 2ª ETAPA: RECONCILIAÇÃO

As duas versões traduzidas foram avaliadas pelo comitê multidisciplinar, composto por duas especialistas nativas do idioma de destino, que não eram envolvidas com a tradução direta, e dois representantes do Grupo Nacional do Programa Criança Feliz, estes que elegeram os conteúdos a partir das duas versões, elaborando uma nova versão. A apresentação foi realizada, de forma presencial, programada para duas horas, porém foram necessárias três horas para a discussão a partir de exigências diretas relacionadas à equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. Avaliou-se, de forma participativa, cada detalhe da ferramenta, a partir da diversidade cultural no Brasil. A partir deste trabalho, surgiu a versão de reconciliação. Pelo fato de ser recomendado que o reconciliador esteja familiarizado com a diversidade da linguagem dos vários estados brasileiros, o grupo Nacional do Programa Criança Feliz foi o indicado.

5.3 3ª ETAPA: RETROTRADUÇÃO

Esta versão reconciliada foi então retrotraduzida cegamente por um inglês nativo tradutor fluente no idioma de destino e a mesma versão por outro tradutor nativo, da língua de origem. Ambos não foram envolvidos nas etapas anteriores do processo de tradução. Os retrotradutores foram instruídos a usar uma linguagem simples e fornecer uma tradução do que o item realmente diz, capturando assim o significado literal do item. Vale ressaltar que os retrotradutores foram cegos para a fonte original em inglês (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016).

5.4 4ª ETAPA: CONTROLE DE QUALIDADE

As duas versões retrotraduzidas para o inglês foram submetidas a um comitê de especialistas em Desenvolvimento Infantil e certificados na metodologia CCD para comparação da retrotradução com o documento fonte. Todos os membros do comitê possuem titulação e experiência significativa com o *Care for Child Development*, assim como conhecimento da língua inglesa. O comitê foi composto por três profissionais, que receberam as versões do instrumento em inglês e analisaram a fim de fazer considerações em relação a termos, expressões e propor alterações relevantes para a consolidação de uma versão final.

Para a realização da avaliação e envio das considerações e sugestões de alteração, os julgadores receberam por e-mail as orientações para a tarefa. Foram consideradas questões semânticas, de equivalência, de conteúdo, idiomáticas, experimentais e conceituais. As três especialistas consultadas chegaram a uma sugestão única, após análise e discussão em uma reunião virtual que durou aproximadamente duas horas. As sugestões foram analisadas pela pesquisadora e incorporadas, originando uma nova versão. Esta nova versão gerada foi comparada com o original em inglês e considerou as sugestões e apontamentos das juízas, dentre as quais uma das autoras do instrumento original.

5.5 5ª ETAPA: FINALIZAÇÃO

As recomendações foram revisadas ainda pelas equipes de coordenação, incluindo a coordenação de tradução e, então, feita a finalização do processo, tendo como resultado **a versão final**, a partir da sugestão da equipe de especialistas.

6 RESULTADOS

Para alcançar a equivalência entre a versão original e a de destino, foi utilizado o método proposto por Eremenco *et al* (2016), seguindo as seis etapas: tradução; reconciliação; retrotradução; revisão; finalização e versão final. Foi realizada a

tradução do Anexo B da metodologia CCD do idioma original, o inglês, para o idioma português brasileiro por dois tradutores, sendo um deles nativo da Inglaterra. Ambos tradutores são profissionais bilíngues e residentes no Brasil. A tradução foi realizada de forma independente por cada tradutor e registrada por escrito. A tradução ocorreu cegamente para a fonte original em inglês. Os tradutores utilizaram linguagem simples, capturando o significado literal do item.

Segue, na próxima página, a **Versão 1** da tradução realizada:

Versão 1 - FERRAMENTA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO CDD

OBSERVAÇÃO DAS HABILIDADES DE ACONSELHAMENTO DO PROVEDOR (Lista de Verificação). Ferramenta para avaliar os indicadores fundamentais propostos sobre o impacto da formação e supervisão no aconselhamento por prestadores de serviços.

Observador: Assinale a caixa (☒) SIM ou NÃO. para indicar se o comportamento foi observado

Nome do provedor:	SIM	NÃO
1. Cumprimenta a mãe ou o outro cuidador cordialmente no início da visita.		
2. Olha para o cuidador durante a visita.		
3. Incentiva como o cuidador a falar, fazendo perguntas		
4. Usa comunicação não verbal positiva e linguagem corporal durante toda a visita.		
5. Usa objetos ou desenhos para auxiliar explicações pelo menos uma vez.		
6. Incentiva o cuidador a fazer perguntas pelo menos uma vez durante toda a visita.		
Comunicação geral apropriada (se 4 de acima de 6 são SIM)		
1. Pergunta como o cuidador brinca com a criança.		
2. Pergunta como o cuidador fala com a criança.		
3. Pergunta como o cuidador consegue a criança sorrir.		
4. Pergunta ao cuidador se o cuidador tem alguma preocupação sobre como a criança está aprendendo (idade de 6 meses ou mais).		
5. Usa objetos ou desenhos para auxiliar explicações pelo menos uma vez.		
6. Incentiva o cuidador a fazer perguntas pelo menos uma vez durante toda a visita.		
Questionado sobre as interações entre cuidador e filho (se 2 de acima de 4 são SIM)		
1. Sugere atividade de jogo adequada a partir de cartão de aconselhamento.		
2. Sugere a atividade de comunicação apropriada do cartão de aconselhamento.		
3. Elogia o cuidador por brincar ou se comunicar com a criança pelo menos uma vez.		
4. Pede ao cuidador para demonstrar atividades de brincar ou a comunicação com a criança, e verifica a sua compreensão.		
5. Usa objetos ou brinquedos apropriados para a demonstração do cuidador.		
Aconselha sobre atividades de jogo e comunicação (se 3 de acima de 5 são SIM)		
1. Pergunta ao cuidador quais atividades do jogo planejam fazer em casa e quando.		
2. Pergunta sobre problemas que o cuidador pode enfrentar na realização de atividades de jogo e comunicação.		
3. Elogia o cuidador por brincar ou se comunicar com a criança pelo menos uma vez.		
4. Elogia cuidador por planejar.		
Problema resolvido em atividades domésticas (se 3 de acima de 4 são SIM)		

De outro tradutor nativo do Brasil, segue abaixo a **Versão 2** da tradução:

Cuidado para Desenvolvimento Infantil - Um conjunto de diretrizes/orientações para monitorar e avaliar a intervenção da OMS/Unicef

Observação das habilidades de aconselhamento para dar orientações do prestador de serviço. Ferramenta para avaliar os INDICADORES ESSENCIAIS propostos sobre o impacto do treinamento e supervisão no aconselhamento dado pelos prestadores de serviço.

Observador: Ticar/ Checar/ Marcar (V) ou não para indicar se o comportamento foi observado.

Nome do prestador de serviço:	SIM	NÃO
1. Cumprimenta a mãe ou outro cuidador cordialmente no começo da visita.		
2. Olha para o cuidador durante a visita.		
3. Encoraja/ Incentiva o cuidador a conversar ao fazer perguntas a ele ou ela		
4. Usa comunicação não-verbal positiva e linguagem corporal ao longo da visita.		
5. Usa objetos ou desenhos para ajudar nas explicações pelo menos uma vez.		
6. Encoraja o cuidador a fazer perguntas pelo menos uma vez ao longo da visita.		
Comunicação geral adequada (4 dos 6 indicadores acima são Sim)		
1. Pergunta como o cuidador brinca com a criança.		
2. Pergunta como o cuidador conversa com a criança.		
3. Pergunta como cuidador faz a criança sorrir.		
4. Pergunta ao cuidador se ele ou ela tem alguma preocupação sobre como a criança está aprendendo (criança com 6 meses de idade ou mais velha)		
Perguntou sobre interações entre cuidador e criança (2 dos 4 indicadores acima são Sim)		
1. Sugere/Recomenda brincadeiras adequadas do cartão de aconselhamento/orientação.		
2. Sugere/Recomenda atividades comunicativas adequadas do cartão de aconselhamento/orientação.		
3. Elogia o cuidador por brincar ou comunicar-se com a criança pelo menos uma vez.		
4. Pede ao cuidador para demonstrar uma brincadeira ou atividade comunicativa com a criança e confere se há compreensão por parte do cuidador)		
5. Usa objetos ou brinquedos adequados à demonstração do cuidador.		
Aconselhou/ Orientou sobre as brincadeiras ou atividades comunicativas (3 dos 5 indicadores acima são Sim)		
1. Pergunta ao cuidador sobre qual brincadeira ele ou ela planeja fazer em casa e quando planeja fazê-la.		
2. Pergunta sobre os problemas que o cuidador pode encontrar ao fazer as brincadeiras e atividades comunicativas.		
3. Discute como o cuidador vai resolver os problemas ao seguir essas recomendações/sugestão.		
4. Elogia o cuidador pelo planejamento.		
Problemas resolvidos nas atividades de casa (3 dos 4 indicadores acima são Sim)		

Conforme o método escolhido, o conteúdo passou pelo processo de reconciliação por meio de um comitê multidisciplinar, do qual fez parte especialista com experiência em tradução e capacitação relacionada às ferramentas orientadas para a intervenção, com linguagem familiar aos supervisores e visitadores do Programa Criança Feliz (público-alvo da capacitação). Foi realizada por este comitê a avaliação da equivalência conceitual e da equivalência de itens por meio de revisão de conceitos e valores da população local e da análise realizada pelos respectivos especialistas. Sobre a equivalência de item, vários atributos foram observados no processo de avaliação das propriedades psicométricas da ferramenta, como a validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade, responsividade e interpretabilidade.

A partir da reunião de reconciliação, obteve-se **a Versão 3** da tradução, conforme a página a seguir:

.

Observador: Assinale a caixa (X) Sim ou Não para indicar se o comportamento foi observado.

Nome do visitador:			
Quando foi capacitado?			
Foi capacitado por quem?			
Nome do Supervisor:			
Quando foi capacitado?			
Foi capacitado por quem?			
Município/Bairro:			
Data:			
Comunicação geral adequada (4 dos 6 indicadores abaixo são Sim)		SIM	NÃO
1.1. Cumprimenta a mãe ou outro cuidador cordialmente no começo da visita.			
1.2. Olha para o cuidador durante a visita.			
1.3. Incentiva o cuidador a conversar fazendo perguntas			
1.4. Usa comunicação não-verbal positiva e linguagem corporal ao longo da visita.			
1.5. Usa objetos ou demonstrações para ajudar nas explicações pelo menos uma vez.			
1.6. O cuidador faz perguntas pelo menos uma vez ao longo da visita.			
Interações entre cuidador e criança (2 dos 4 indicadores acima são Sim)		SIM	NÃO
2.1. O visitador pergunta como o cuidador brinca com a criança.			
2.2. O visitador pergunta como o cuidador conversa com a criança.			
2.3. O visitador pergunta como cuidador faz a criança sorrir.			
2.4. Pergunta ao cuidador se ele ou ela tem alguma preocupação sobre como a criança está aprendendo (criança com 6 meses de idade ou mais velha).			
Brincadeiras ou atividades comunicativas (3 dos 5 indicadores abaixo são Sim)		SIM	NÃO
3.1. Sugere brincadeiras adequadas da ficha de orientação.			
3.2. Sugere atividades comunicativas adequadas da ficha de orientação.			
3.3. Elogia o cuidador, pelo menos uma vez, por brincar ou comunicar-se com a criança.			
3.4. Pede ao cuidador para demonstrar uma brincadeira ou atividade comunicativa com a criança e confere se			
3.5. Utiliza objetos ou brinquedos adequados para que o cuidador demonstre a atividade.			
Problemas resolvidos nas atividades de casa (3 dos 4 indicadores abaixo são Sim)		SIM	NÃO
4.1. Pergunta ao cuidador sobre qual brincadeira ele ou ela planeja fazer em casa e quando planeja fazê-la.			
4.2. Pergunta sobre os problemas que o cuidador pode encontrar para realizar as brincadeiras e ativida-			
4.3. Conversa com o cuidador sobre como resolver os problemas para realizar a atividade.			
4.4. Elogia o cuidador pelo planejamento da atividade.			

Foram obtidas ainda duas versões do instrumento a partir da retrotradução da versão em português, realizada por dois tradutores bilíngues e independentes, desta vez, sendo um nativo americano. Segue na próxima página a **Versão 4**:

Versão 4 - Guidelines for monitoring and evaluating of the WHO/UNICEF's Childhood Development Care(CDC) procedures

Notes on the visitor's skills during the visit.

MAIN INDICATORS provided for evaluating the impact of CDC training in the work of visitors.

Observer: Mark the box with an X for Yes or No to show whether the behavior was observed

Name of the visitor:			
When was the visitor trained?			
Who trained the visitor?			
Name of the Supervisor:			
When was the supervisor trained?			
Who trained the supervisor?			
City/Neighborhood:			
Date:			
Appropriate overall communication (4 out of 6 indicators below are Yes)		YES	NO
1.1. Cordially greets mother or other caretaker at the beginning of the visit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Looks at the caretaker during the visit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3. Encourages the caretaker to talk by asking questions		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4. Uses positive non-verbal communication and body Language throughout the visit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5. Uses objects and demonstrations to help with explanations at least once.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6. The caretaker asks questions at least once during the visit.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interactions between the caretaker and the child (2 out of 4 indicators above are Yes)		YES	NO
2.1. The visitor asks how the caretaker plays with the child.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. The visitor asks how the caretaker talks with the child.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. The visitor asks how the caretaker makes the child smile.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4. Asks the caretaker whether he or she has any concerns about how the child is Learning (6-month-old child or older).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Games or communicative activities (3 out of 5 indicators below are Yes)		YES	NO
3.1. Suggests appropriate games from the guidance sheet.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Suggests appropriate communicative activities from the guidance sheet.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Praises the caretaker at least once for playing or communicating with the child.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Asks the caretaker to demonstrate a game or communicative activity with the child and checks whether		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Uses appropriate objects or toys so that the caretaker can demonstrate the activity.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem-solving during home activities (3 out of 4 indicators below are Yes)		YES	NO
4.1. Asks the caretaker about what game they plan to do at home and when they plan to do it.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Asks about the problems that the caretaker might encounter in carrying out the games and communi-		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3. Talks with the caretaker about problem-solving to carry out the activity.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4. Praises the caretaker for planning the activity.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Após a retrotradução feita pelo tradutor brasileiro, segue abaixo a **Versão 5**:

Versão 5 - GUIDELINES FOR MONITORING AND EVALUATING THE WHO / UNICEF CARE FOR CHILD DEVELOPMENT (CDC) INTERVENTION

Observation of the visitor's skills during the visit.

Observer: Mark the box with an X for Yes or No to show whether the behavior was observed

Visitor's Name:		
When was he/she trained?		
Whom was he/she trained by?		
Supervisor's Name:		
When was he/she trained?		
Whom was he/she trained by?		
City/Neighborhood:		
Date:		
Adequate general communication (4 of the 6 indicators below are marked Yes)		
	YES	NO
1.1. Does he/she greet the mother or the other caregiver cordially at the beginning of the visit?		
1.2. Does he/she look at the caregiver during the visit?		
1.3. Does he/she encourage the caregiver to talk by asking questions?		
1.4. Does he/she use positive non-verbal communication and body language throughout the visit?		
1.5. Does he/she use objects or demonstrations to help with explanations at least once?		
1.6. Does the caregiver ask questions at least once throughout the visit?		
Interactions between caregiver and child (2 of the 4 indicators below are marked Yes)		
	YES	NO
2.1. Does the visitor ask how the caregiver plays with the child?		
2.2. Does the visitor ask how the caregiver talks to the child?		
2.3. Does the visitor ask how the caregiver makes the child smile?		
2.4. Does he/she ask the caregiver if he/she has any concerns about how the child is learning (6-month-old child or older)?		
Games or communicative activities (3 out of 5 indicators below are Yes)		
	YES	NO
3.1. Does he/she suggest appropriate games on the guidelines sheet?		
3.2. Does he/she suggest appropriate communicative activities on the guidelines sheet?		
3.3. Does he/she praise the caregiver, at least once, for playing or communicating with the child?		
3.4. Does he/she ask the caregiver to demonstrate a game or communicative activity with the child and check if the caregiver understands the game or activity?		
3.5. Does he/she use suitable objects or toys for the caregiver to demonstrate the activity?		
Problems solved in the activities at home (3 of the 4 indicators below are marked Yes)		
	YES	NO
4.1. Does he/she ask the caregiver what game he/she plans to play at home and when they plan on playing?		
4.2. Does he/she ask about the problems that the caregiver may encounter when playing games and doing?		
4.3. Does he/she talk to the caregiver about how to solve the problems to perform the activity?		
4.4. Does he/she praise the caregiver for planning the activity?		

O processo de controle de qualidade teve participação de um autor do documento original, dando concretude para a avaliação da equivalência da tradução de origem e destino, examinando-se do que se espera avaliar, de modo que cada domínio na ferramenta original seja compreendido. Desta forma, esta etapa facilitou a harmonização entre os dois idiomas, sendo traduzidos pela comparação de retrotraduções e se garantindo a consistência entre eles.

No trabalho feito pelo comitê, usou-se frases curtas com palavras-chave em cada item, voz ativa em vez da passiva; repetiu-se nomes em vez de usar pronomes, usou-se termos específicos em vez de termos genéricos; evitou-se o uso de metáforas, o modo subjetivo, o uso de advérbios ou preposições, significando “onde” ou “quando”; as formas possessivas; e se evitou palavras vagas ou dúbias e frases com dois verbos diferentes, indicando diferentes ações.

Houve cuidado com termos técnicos de conotações específicas no campo da Saúde e da Assistência Social e que poderiam soar de forma equivocada no contexto em que o instrumento será utilizado. Por exemplo, “*early learning*” poderia ser traduzido como “aprendizagem precoce”, mas, em português, a palavra “precoce” pode significar “premature” e no contexto do CDC, “*early learning*” não tem a ver com “aprendizagem prematura”, mas sim com a aprendizagem inicial, que precisa ser apoiada pelos cuidadores de crianças em situação de vulnerabilidade. Outro exemplo para ilustrar tais decisões semânticas é o termo “*stimulation*”, que foi traduzido como “suporte/apoio” para se aproximar do escopo e das bases conceituais do CDC. No contexto dessa metodologia, “*responsive stimulation*” tem aproximação com o que em português poderia ser traduzido como “suporte responsivo” ou “apoio responsivo”.

Após o processo do Controle de Qualidade, segue a **Versão 6**, na página seguinte:

Versão 6 - Guidelines for monitoring and evaluating of the WHO/UNICEF's Childhood Development Care (CDC) procedures

Observation of the visitor's skills during the visit to access the impact of CDC visitor trainings.

MAIN INDICATORS provided for evaluating the impact of CDC training in the work of visitors.

Name of the visitor:
When was the visitor trained?
Who trained the visitor?
Name of the Supervisor:
When was the supervisor trained?
Who trained the supervisor?
City/neighborhood:
Date:

Observer: Mark the box with an X for Yes or No to show whether the behavior was observed

Appropriate general communication (4 out of 6 items below are Yes)	YES	NO
1.1. Cordially greets mother or other caretaker at the beginning of the visit.		
1.2. Looks at the caretaker during the visit.		
1.3. Encourages the caretaker to talk by asking questions		
1.4. Uses positive non-verbal communication and body Language throughout the visit.		
1.5. Uses objects to help with explanations at least once.		
1.6. Encourages The caregiver asks questions at least once during the visit.		
Ask about caregiver-child interactions (2 out of 4 indicators above are Yes)	YES	NO
2.1. Asks how the caregiver plays with the child.		
2.2. Asks how the caregiver talks with the child.		
2.3. Asks how the caretaker gets the child smile.		
2.4. Asks the caregiver whether he or she has any concerns about how the child is learning (6-month-old child or older).		
Introduced play Games or communication activities (3 out of 5 indicators below are Yes)	YES	NO
3.1. Suggests appropriate play activities from the guidance sheet.		
3.2. Suggests appropriate communication activities from the guidance sheet.		
3.3. Praises/encourages the caregiver at least once for playing or communicating with the child.		
3.4 Asks caregiver to demonstrate play or communication or activity with the child and checks whether the caregiver understands how it works.		
3.5. Uses appropriate objects or toys so that the caregiver can demonstrate the activity.		
Problem-solving on home activities (3 out of 4 indicators below are Yes)	YES	NO
4.1. Asks the caregiver about what activity he or she plans to do at home and when.		
4.2. Asks about problems that the caregiver might encounter in carrying out the play and communication activities.		
4.3. Talks with the caregiver about problem-solving to carry out the recommendations activities		
4.4. Praises caregiver for planning the activity.		

Esta nova versão gerada foi comparada com o original em inglês e considerou as sugestões e apontamentos das juízas, entre as quais uma das autoras do instrumento original. As recomendações foram acatadas pela equipe de coordenação, incluindo a coordenação de tradução e, então, feita a finalização do processo, tendo como resultado **a versão final**, a partir da sugestão da equipe de especialistas. Eis a seguir a **Versão 7**, traduzida e adaptada:

Versão 7: FERRAMENTA PARA AVALIAR O IMPACTO DA INTERVENÇÃO

Nome do visitador:
Quando foi capacitado?
Foi capacitado por quem?
Nome do Supervisor:
Quando foi capacitado?
Foi capacitado por quem?
Município/Bairro:
Data:

Observador: Assinale (X) Sim ou Não para indicar se o comportamento foi observado.

Comunicação geral adequada (4 dos 6 indicadores abaixo são Sim)	SIM	NÃO
1.1. Cumprimenta a mãe ou outro cuidador cordialmente no começo da visita.		
1.2. Olha para o cuidador durante a visita.		
1.3. Encoraja o cuidador a conversar fazendo perguntas		
1.4. Usa comunicação não-verbal e linguagem corporal positivas ao longo da visita.		
1.5. Usa objetos para ajudar nas explicações pelo menos uma vez.		
1.6. Encoraja o cuidador a fazer perguntas pelo menos uma vez ao longo da visita.		
Interações entre cuidador e criança (2 dos 4 indicadores acima são Sim)	SIM	NÃO
2.1. Pergunta como o cuidador brinca com a criança.		
2.2. Pergunta como o cuidador conversa com a criança.		
2.3. Pergunta como cuidador faz a criança sorrir.		
2.4. Pergunta ao cuidador se ele ou ela tem alguma preocupação sobre como a criança está aprendendo (criança com 6 meses de idade ou mais velha).		
Brincadeiras ou atividades comunicativas (3 dos 5 indicadores abaixo são Sim)	SIM	NÃO
3.1. Sugere brincadeiras adequadas da ficha de orientação.		
3.2. Sugere atividades comunicativas adequadas da ficha de orientação.		
3.3. Elogia/encoraja o cuidador pelo menos uma vez por brincar ou comunicar-se com a criança.		
3.4. Pede ao cuidador para demonstrar uma brincadeira ou atividade comunicativa com a criança e confere se há compreensão por parte do cuidador.		
3.5. Utiliza objetos ou brinquedos adequados para que o cuidador possa demonstrar a atividade.		
Resolvendo problemas nas atividades de casa (3 dos 4 indicadores abaixo são Sim)	SIM	NÃO
4.1. Pergunta ao cuidador sobre qual brincadeira ele ou ela planeja fazer em casa e quando planeja fazê-la.		
4.2. Pergunta sobre os problemas que o cuidador pode encontrar para realizar as brincadeiras e atividades comunicativas.		
4.3. Conversa com o cuidador sobre como resolver os problemas para realizar as atividades recomendadas.		
4.4. Elogia o cuidador pelo planejamento da atividade.		

O “*Checklist* para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde”, proposto por Fortes e Araújo (2019), resulta de revisão sistemática do processo de ATC, enriquecendo este estudo como instrumento de aferição (Quadro 1):

Quadro 1 - Checklist para a Adaptação Transcultural (ATC) de questionários em saúde (cont.)

<i>Checklist</i> para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde		
ETAPA 1: PREPARO	SIM	NÃO
1. Há na literatura local instrumento validado disponível para aferir os mesmos desfechos?		X
2. Há na literatura local ATC do instrumento de interesse já validado?		X
3. Há equivalência conceitual entre o instrumento a ser adaptado e os valores culturais da população-alvo?	X	
4. Há ciência e permissão da equipe que construiu o instrumento original para a ATC na cultura-alvo?	X	
5. Os pesquisadores da cultura-alvo têm ciência das etapas subsequentes da ATC e possuem recursos para finalizá-la?	X	
ETAPA 2: TRADUÇÃO	SIM	NÃO
1. Há pelo menos dois tradutores envolvidos no processo de ATC?	X	
2. Esses tradutores possuem o perfil desejável para o processo de ATC?	X	
2.1. São nativos da cultura-alvo?		X
2.2. Pelo menos um deles reside no país da cultura-alvo?	X	
2.3. Um dos tradutores possui conhecimento técnico sobre o assunto e o outro é leigo?	X	
3. Todo o processo de tradução foi registrado por escrito?	X	
4. Os tradutores trabalharam independentemente entre si?	X	
5. Os tradutores trabalharam com foco na obtenção de equivalência semântica?		X
ETAPA 3: CONCILIAÇÃO DAS TRADUÇÕES	SIM	NÃO
1. As duas versões traduzidas (T1 e T2) foram conciliadas em uma única versão (T12)?	X	
2. Possíveis discrepâncias entre as duas versões (T1 e T2) foram resolvidas?	X	
ETAPA 4: RETROTRADUÇÃO	SIM	NÃO
1. O(s) retrotradutor(es) é(são) nativo(s) na língua original do documento e fluente(s) na língua alvo?	X	
2. O(s) retrotradutor(es) é(são) leigo(s) em relação ao conhecimento técnico envolvendo o questionário?	X	
3. O(s) retrotradutor(es) está(ão) cego(s), i.e., sem acesso ao questionário original?	X	
4. Pelo menos uma retrotradução foi produzida a partir da versão conciliada?	X	
ETAPA 5: REVISÃO	SIM	NÃO
1. Foi constituído comitê multidisciplinar ou eleito um representante da equipe que construiu o documento original para comparar as versões original e adaptada?	X	
2. Se há comitê multidisciplinar, há metodologista, profissional de saúde, linguista, todos os tradutores e retrotradutores e os registros do processo de tradução?		X
3. Possíveis discrepâncias foram resolvidas através de técnicas estruturadas?	X	
4. Após a revisão, foram reavaliadas as equivalências semântica, idiomática, de experiência e conceitual e entre as versões original e adaptada?	X	
5. A técnica de descentralização foi usada?	X	

Quadro 1 - Checklist para a Adaptação Transcultural (ATC) de questionários em saúde (continuação)

Checklist para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde - continuação		
ETAPA 6: PRÉ-TESTE	SIM	NÃO
1. O projeto de ATC foi submetido a CEP?		
2. A versão revisada do questionário foi testada em amostra de 30 a 40 pessoas?		
3. As dificuldades, dúvidas dos respondentes em relação ao questionário foram observadas e registradas?		
4. Em caso de necessidade de mudanças na versão testada, houve retestagem?		
5. Possíveis erros de gramática, ortografia, digitação e formatação foram observados e corrigidos?		
ETAPA 7: SUBMISSÃO E APROVAÇÃO	SIM	NÃO
1. Testes psicométricos foram utilizados para validação do questionário adaptado?		
2. Todo processo foi descrito e registrado por escrito?		
3. Este documento foi submetido à equipe de construção do questionário original?		
4. Este documento foi submetido à publicação para divulgação científica?		

Fonte: adaptação (FORTES; ARAUJO, 2019, p 205).

Das sete etapas contidas no formulário, cinco foram avaliadas (fazem parte do método escolhido), sendo satisfatórias 23 respostas do total de 24 aspectos, o que resulta na legitimidade do processo de tradução e adaptação transcultural da ferramenta original, à luz das recomendações internacionais e das experiências já bem-sucedidas de pesquisas no nosso país. Todo o processo facilitou a produção da versão final, que foi feita pelas coordenações de trabalho e de tradução, a partir das observações feitas durante o processo de controle de qualidade.

7 DISCUSSÃO

Com a tradução e a adaptação transcultural, foi alcançada a equivalência entre as versões original e a de destino, utilizando-se o método apresentado por Eremenco *et al.* (2005), seguindo as etapas de tradução; reconciliação; retrotradução; revisão; finalização e versão final. A tradução e a retrotradução foram feitas às cegas por tradutores distintos. A versão de reconciliação e a de controle de qualidade foram realizadas por comitê multidisciplinar experiente na tradução de instrumentos e de linguagem familiar, orientados ao mesmo público (FORTES; ARAÚJO, 2019). Os

especialistas que fizeram o controle de qualidade têm fluência em língua inglesa, tendo participado desta equipe uma autora do documento base. Destaca-se a importância de haver membros relevantes e representativos da população-alvo envolvidos no comitê, com a devida permissão da equipe responsável pelo instrumento original para a adaptação transcultural (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Ambas as versões – original e adaptada – foram submetidas a este grupo de respondentes, no qual o coordenador é bilíngue. Foram pesquisadas entre elas possíveis discrepâncias de equivalência, o que foi realizado na etapa de controle de qualidade, enquanto que modificações foram feitas em acordo com o coordenador do projeto, na etapa de finalização. Nos próximos parágrafos detalha-se cada etapa percorrida (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Sendo a adaptação transcultural uma combinação entre a tradução literal das palavras de um idioma para o outro e a sua adaptação em relação ao idioma e ao contexto cultural, torna-se necessária a ATC, para garantir o alcance do objetivo original da ferramenta, tanto no país de origem, quanto em outro no país onde foi adaptado. Apesar de o preparo ser considerado etapa essencial por parte de alguns dos autores revisados, “nem todos o consideram como uma etapa”, pois a ausência da equivalência conceitual é fundamental, sob pena de inviabilizar as demais etapas do processo. Portanto, é aconselhável certificar-se de que o trabalho “possui bases válidas”, evitando assim, desperdício de tempo, de energia e acima de tudo recursos escassos (FORTES; ARAÚJO, 2019, p206).

No processo de tradução do texto base - Anexo B do documento oficial “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*”, obteve-se algumas lições importantes para o processo de tradução. Entre elas, pode-se destacar a importância do trabalho de tradutores da língua original e de destino, onde está a população alvo, ambos fluentes na língua-alvo e sem conhecimento técnico sobre o assunto, cegos para o documento original, com tradução em linguagem simples, no sentido de manter a semântica. (FORTES; ARAÚJO, 2019). Os dois tradutores são profissionais, porém não tinham experiência prévia com questionários sobre desfechos em saúde, nem conhecimento técnico sobre o assunto. Observa-se ao comparar as duas traduções que o tradutor nativo do Brasil, seguiu de forma rigorosa

as regras da língua portuguesa, capturando assim o significado literal do item. Com a etapa de tradução concluída, a equipe de ATC recebeu, em mãos, duas traduções diferentes, que foram encaminhadas para a conciliação das traduções (FORTES; ARAÚJO, 2019). Desta forma, somente no comitê de reconciliação, se obteve a equivalência semântica objetivada.

A reconciliação foi realizada por comitê multidisciplinar, do qual fez parte especialistas em todo o processo, com experiência em tradução e capacitação relacionada às ferramentas orientadas para a intervenção, com linguagem familiar aos supervisores e visitadores do Programa Criança Feliz, que é o público-alvo. Portanto, está de acordo com a metodologia FACIT, que recomenda que um dos reconciliadores seja um profissional com experiência na tradução de instrumentos e linguagem familiar, orientados ao mesmo público a fim de garantir compatibilidade (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). Reflete-se que o envolvimento de componentes do Grupo Nacional de Multiplicadores do Programa Criança contribui para a aplicabilidade da ferramenta pelo programa. A reconciliação aconteceu sobre as duas traduções, com um observador externo, que compilou por escrito a versão final conciliada. Neste estudo, foi realizado o formato de reconciliação por meio de comitê, envolvendo um coordenador de tradução do país-alvo, todos os outros componentes do comitê e o coordenador de projeto, residente do país-alvo (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Além do mais, também foi seguida a recomendação de tradutores, incluindo a retrotradução, com a eleição da versão feita por uma especialista com experiência nacional em revisão de tradução no tema de primeira infância, que fez parte do grupo de especialistas, responsável pela finalização. A versão reconciliada foi então retrotraduzida cegamente por um profissional inglês nativo, tradutor fluente no idioma de destino, e a mesma versão, por outro tradutor nativo, da língua de origem, e que não foram envolvidos nas etapas anteriores do processo de tradução. O retrotradutor foi instruído a usar uma linguagem simples e fornecer uma tradução do que o item realmente diz, capturando assim o significado literal do item. Seguindo o método FACIT, que é uma versão mais rigorosa do método de retrotradução dupla, considerado superior a uma única tradução ou tradução por comitê (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). A retrotradução é uma etapa de controle de qualidade da

tradução, em que se espera ser possível reverter o questionário para o original a partir da tradução conciliada, sem que haja perda de significado no processo (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Sabe-se que pelo menos três revisores independentes devem selecionar a retrotradução mais apropriada para cada item ou fornecer traduções alternativas (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). Neste estudo, as versões da retrotradução foram apresentadas para o comitê de especialistas e feita, então, a eleição da versão para a qual foi feito o controle de qualidade em comparação com o texto original, sem deixar de levar em conta a adaptação feita pelo Grupo Nacional na segunda etapa. Foi fornecida, inclusive, tradução alternativa de algumas expressões. A revisão da retrotradução conferiu qualidade à ATC, buscando primariamente a equivalência conceitual. Essa tarefa foi realizada por comitê multidisciplinar e com a eleição de um representante da equipe, que construiu o documento original para comparar as versões original e adaptada, após a avaliação de equivalência semântica, idiomática, de experiência e conceitual (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Esses especialistas que fizeram o controle de qualidade têm fluência em língua inglesa, incluindo um representante da equipe que teve autoria do documento base. A retrotradução foi analisada quanto às discrepâncias da versão inicial e para avaliar a equivalência, semântica e conteúdo com o texto base (FORTES; ARAÚJO, 2019).

O mesmo comitê analisou cada item retrotraduzido para identificar quaisquer itens que não puderam ser traduzidos de forma adequada, durante a tradução direta e o processo de reconciliação. Este processo atinge dois objetivos: (a) avaliar a equivalência da tradução de origem e destino por meios de retrotradução e (b) permitir a harmonização entre os diferentes idiomas, sendo traduzidos por comparação de retrotraduções e garantindo a consistência entre eles.

A harmonização, nesta fase do processo, foi considerada tão efetiva que se tornou desnecessária a realização da fase de teste com o público-alvo, podendo, portanto, substituí-la. Essas recomendações foram revisadas também pela equipe de coordenação e então produzida a versão final, a partir da sugestão da equipe de

especialistas (EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2016). Vale ressaltar que a equivalência conceitual foi encontrada, sendo o primeiro passo dado no processo de controle de qualidade. Por isso, foi dada continuidade ao processo de adaptação, sem a necessidade de considerar a possibilidade de construir um instrumento original na cultura-alvo (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Levando-se em conta o método apresentado por Beaton *et al.* (2000), que recomenda as etapas de tradução; síntese; retrotradução; revisão por comitê; pré-teste; submissão e aprovação, a etapa de pré-teste é recomendada com o objetivo de testar a versão revisada do documento na população-alvo para procurar possíveis dificuldades de compreensão. Assim, confirma-se a equivalência semântica e se observa a equivalência operacional, que pode ser denominada como “interrogatório cognitivo”.

Poderia assim ser considerada a ampliação do estudo com a testagem, pois a ferramenta encontra-se pronta para o uso no PCF, em uma amostra próxima ao ideal, entre 30 e 40 pessoas, a partir da técnica de sondagem, que objetiva evitar erros sistemáticos de compreensão. A cada pergunta ou grupo de perguntas, o entrevistador ofereceria a oportunidade ao respondente de dizer abertamente o que ele entendeu. Porém, a adaptação de um questionário para uso em um novo ambiente, incluindo a testagem, é mais demorada e dispendiosa. No entanto, acredita-se que seja a melhor maneira de obter uma métrica equivalente. (BEATON *et al.*, [s.d.]). Neste sentido, Eremenco *et al.* (2005) defende que “é preferível realizar a harmonização na fase de controle de qualidade, em vez de depois necessitar o teste com pacientes”.

Com o intuito de avaliar e qualificar o processo de ATC, na ausência da testagem, foi utilizado um passo a passo do processo de ATC à luz das recomendações internacionais e das experiências já bem-sucedidas de pesquisadores brasileiros: o “*Checklist* para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde”, proposto por Fortes e Araújo (2019) (Quadro 1) como novo instrumento de aferição de qualidade de ferramentas e ou instrumentos. Neste estudo, a utilização do *checklist* permitiu avaliação de cinco das sete etapas contidas no

formulário, sendo satisfatórias 23 respostas do total de 24 aspectos, o que dá concretude para o resultado e para o processo de tradução e adaptação transcultural da ferramenta original (FORTES; ARAÚJO, 2019).

Outro aspecto importante a ser considerado para uma possível ampliação do estudo seria a adaptação transcultural para o português de Portugal, para o uso da mesma ferramenta em países de língua portuguesa que incluem o CDC em seus programas de promoção do Desenvolvimento Infantil. Portugal e Brasil são países cuja língua nativa é o português. No entanto, levando em conta as peculiaridades culturais dos dois países, e que por vezes, são utilizadas palavras iguais para expressar objetos diferentes ou palavras que não são utilizadas no outro país, e ainda que as diferentes culturas utilizem o suporte social de forma diferente, deve-se promover a adaptação transcultural. (MARÔCO et al., 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Adaptação Transcultural (ATC) do Anexo B do documento oficial “*A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention*” (Apêndice 1) veio ao encontro das necessidades de aperfeiçoar o processo de monitoramento e avaliação das capacitações realizadas para a aplicação da intervenção CDC em curso no Brasil, sob a liderança, do Ministério da Cidadania, dos estados e dos municípios. A Adaptação Transcultural (ATC) neste caso mostra-se essencial, pois adequa a ferramenta proposta para o uso no Brasil, considerando-se que não existe na literatura científica instrumento validado para aferir os conteúdos aplicados da metodologia “Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC)”.

Apesar de identificar diferentes concepções de adaptação transcultural, conforme relatado neste trabalho, há que se destacar que a metodologia FACIT referenciada por Eremenco *at al.* (2005) alcançou os objetivos do estudo. Este estudo busca qualificar o processo de tradução e mostra a potência da adaptação transcultural, além de apoiar o desenvolvimento de outros estudos e pesquisas, incluindo a aplicação da testagem, visando o seu aperfeiçoamento futuro.

Após as etapas percorridas no estudo, a ferramenta deve ser utilizada no Brasil, pois já se encontra traduzida de acordo com as regras internacionais, culturalmente adaptada, fugindo da simples tradução literal que exclui os contextos culturais e sociais. Consagrada nas mais importantes normativas, nacional e internacional, a adaptação transcultural da metodologia de intervenção deve ser reconhecida e valorizada também como uma ferramenta de monitoramento e avaliação das capacitações para a aplicação da intervenção CDC nos Estados, Distrito Federal e Municípios, a fim de contribuir para o desenvolvimento da primeira infância, com qualidade de vida e saúde, considerando a “prioridade absoluta” que deve ser destinada aos públicos-alvo do Programa Criança Feliz nas políticas de saúde, educação, assistencial social, educação, cultura, direitos humanos, entre outras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEATON, D. E. et al. **Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures** SPINE. [s.l: s.n.].

BLACK, M. M. et al. **Early childhood development coming of age: science through the life course** *The Lancet*, 2017.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). **Ministério das Relações Exteriores**, p. 18–39, 2015.

BRASIL. Lei Nº 13.257, de 8 de Março de 2016. **Presidência da República**, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 1.130 de 05 de agosto de 2015, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)** http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS, **Promovendo**

o desenvolvimento na primeira infância. 1. ed. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia, 2016.

BRITTO, P. R. et al. **Nurturing care: promoting early childhood development**The **Lancet**, 2017.

Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018 — Português (Brasil). Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acao-a-informacao/legislacao/decreto-no-9-579-de-22-de-novembro-de-2018>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

DIRETORIA DE COMUNICAÇÃO – MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **Programa Criança Feliz passa por nova fase de avaliação — Português (Brasil).** Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/programa-crianca-feliz-passa-por-nova-fase-de-avaliacao>>. Acesso em: 2 jun. 2021.

E. LUCAS, J.; ENGLE, P. **Cuidado para el Desarrollo Infantil. Adaptado para la región de América Latina y el Caribe.** Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51620>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation and the Health Professions**, v. 28, n. 2, p. 212–232, jun. 2005.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation and the Health Professions**, v. 28, n. 2, p. 212–232, 17 maio 2016.

FORTES, C. P. D. D.; ARAÚJO, A. P. DE Q. C. Checklist para tradução e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 202–209, jun. 2019.

GUARDIAN E et al. **D9579**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm>. Acesso em: 8 maio. 2021.

LU, C.; BLACK, M. M.; RICHTER, L. M. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. **The Lancet Global Health**, 2016.

LUCAS, J. E.; RICHTER, L. M.; DAELMANS, B. Care for Child Development: an intervention in support of responsive caregiving and early child development. **Child: Care, Health and Development**, v. 44, n. 1, p. 41–49, 1 jan. 2018.

M. HERDMAN, *; J. FOX-RUSHBY AND; X. BADIA. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Quality of Life Research**, 7, pp. 323-335, p. 323–336, 1998.

MARÔCO, J. P. et al. Adaptação Transcultural Brasil-Portugal da Escala de Satisfação com o Suporte Social para Estudantes do Ensino Superior. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 2, p. 247–256, 2014.

REICHENHEIM, M. E. et al. **Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments** *Rev Saúde Pública*. [s.l: s.n.].

SILVA, N. R. DA; FELIPINI, L. M. G. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos de avaliação em Fonoaudiologia para o português brasileiro: uma análise das diretrizes. **Tradterm**, v. 32, p. 32–51, 17 dez. 2018.

TERRA, O.; BELTRAME, A. Criança Feliz - Guia para Visita Domiciliar. 2017.

WERTLIEB, D. **Nurturing care framework for inclusive early childhood development: opportunities and challenges** *Developmental Medicine and Child Neurology* Blackwell Publishing Ltd, , 1 nov. 2019.

ZAMBON, M. et al. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. 15 mar. 2013.

ANEXO 1 – FERRAMENTA PARA AVALIAR O IMPACTO DA INTERVENÇÃO CDC (ANEXO, B VERSÃO ORIGINAL)

Care for Child Development

A Framework for Monitoring and Evaluating
the WHO/Unicef Intervention

Annex B. Tools to evaluate the impact of the intervention

OBSERVATION OF PROVIDER'S COUNSELLING SKILLS (Checklist)

Tool to evaluate the proposed CORE INDICATORS on the impact of training and supervision on the counselling by service providers. Observer: Tick [✓] YES or NO to indicate whether the behaviour was observed.

Provider's name:	YES	NO
1. Greets the mother or other caregiver cordially at beginning of the visit.		
2. Looks at the caregiver during the visit.		
3. Encourages the caregiver to talk by asking her or him questions.		
4. Uses positive non-verbal communication and body language throughout the visit.		
5. Uses objects or drawings to assist explanations at least once.		
6. Encourages the caregiver to ask questions at least once throughout the visit.		
Appropriate general communication (4 of above 6 are YES)		
1. Asks how the caregiver plays with the child.		
2. Asks how the caregiver talks to the child.		
3. Asks how the caregiver gets child to smile.		
4. Asks the caregiver if caregiver has any concerns about how the child is learning (child age 6 months and older).		
Asked about caregiver-child interactions (2 of above 4 are YES)		
1. Suggests appropriate play activity from counselling card.		
2. Suggests appropriate communication activity from counselling card.		
3. Praises caregiver for play or communication with child at least once.		
4. Asks caregiver to demonstrate play or communication activity with child, and checks for understanding.		
5. Uses appropriate objects or toys for caregiver's demonstration.		
Advised about play and communication activities (3 of above 5 are YES)		
1. Asks the caregiver what play activities he or she plans to do at home and when.		
2. Asks about problems caregiver may face in carrying out play and communication activities.		
3. Discusses how caregiver will solve the problems in carrying out these recommendations.		
4. Praises caregiver for plan.		
Problem solved on home activities (3 of above 4 are YES)		

Fonte: Care for Child Development. A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/Unicef Intervention, 2012,p.13. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/91196/file/7-Framework-for-ME.pdf>

APÊNDICE 1. CARACTERIZAÇÃO DOS GRUPOS DE RECONCILIAÇÃO E CONTROLE DE QUALIDADE

Participantes dos Grupos	Nome	Formação	Função
Reconciliação	Tatiana Coimbra (Português, espanhol e inglês intermediários)	Pediatra, Especialista em Saúde Pública e em Desenvolvimento Infantil.	Consultora Nacional da OPAS e facilitadora internacional, da intervenção “Care for Child Development”.
	Ana Helena Munró (Português e inglês avançado)	Psicopedagoga, experiência com tradução e coordenação do Grupo Nacional de Multiplicadores do Programa Criança Feliz.	Facilitadora internacional, da intervenção “Care for Child Development”.
	Tuanny Karen Souza Ramos (Português)	Sanitarista, Bacharel em Saúde Coletiva (UFMT), especialista em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva (UFRGS)	Faz parte do Grupo Nacional de Multiplicadores do Programa Criança Feliz
	Arthur Gefsson dos Santos (Português)	Administrador	Faz parte do Grupo Nacional de Multiplicadores do Programa Criança Feliz
Controle de Qualidade	Denise Silva Rocha Mazzuchelli (Português e Inglês avançado)	Psicóloga, doutoranda em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília Coordenou Programas para a Primeira Infância.	Facilitadora internacional, da intervenção “Care for Child Development”.
	Jane E. Lucas (Inglês)	Psicóloga, Mestre pela Universidade Columbia. Ela recebeu um PhD pela Universidade de Nova York em Psicologia Social. É uma das autoras do Material “Care for Child Development”	Ocupou cargos na Organização Mundial da Saúde, e atualmente é consultora da OMS, UNICEF e USAID.
	Nathália Largaespada (Inglês e Espanhol)	Médica	Trabalha no Ministério da Saúde de Belize. Facilitadora internacional, da intervenção “Care for Child Development”.