

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORÍÁ

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE*: APLICAÇÃO EM GESTANTES

**Fortaleza
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORÍÁ

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE* : APLICAÇÃO EM GESTANTES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

**Fortaleza
2008**

FICHA CATALOGRÁFICA

O78t Oriá, Mônica Oliveira Batista.

Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes / Mônica Oliveira Batista Oriá. - Fortaleza, 2008
188f. – il.

Orientadora: Profa. Dra. Lorena Barbosa Ximenes
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará.
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza –
Ce, 2008

1. Aleitamento materno 2. Auto-eficácia. 3. Estudos de validação. I. Ximenes, Lorena Barbosa (orient)
- II. Título

CDD 649.33

MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORÍ

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE*: APLICAÇÃO EM GESTANTES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 10 de janeiro de 2008.

Banca Examinadora

Lorena Barbosa Ximenes
Presidente

Janaína Fonseca Victor
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Márcia Maria Tavares Machado
Universidade Federal do Ceará – UFC

Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Namie Okino Sawada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

Mirna Albuquerque Frota
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

AGRADECIMENTOS

A Deus, por guiar meus passos, atenuar meus receios, e me fazer perseverar. A Ti Senhor toda Honra e toda Glória!

Aos meus pais, Geraldo e Clezely, e irmãos Anderson e Verônica por seu amor e carinho.

Ao meu esposo, Reinaldo, que estando sempre ao meu lado, tem partilhado comigo cada uma das minhas incertezas, angústias e conquistas.

À amiga enfermeira Prof^a Dr^a Dalva Alves, fiel amiga de todas as horas, agradeço por estar sempre presente, incentivando minhas realizações profissionais e pessoais.

À orientadora Prof^a Dr^a Lorena Barbosa Ximenes, gostaria de expressar meu reconhecimento pela sua decisiva contribuição para minha formação humana e profissional, por sua orientação segura e compreensão nos momentos difíceis.

Ao Departamento de Enfermagem, por me conceder a oportunidade de contribuir e crescer junto com a sua Pós-Graduação *stricto sensu*.

Ao corpo de docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem, especialmente da Pós-Graduação, pela colaboração na minha trajetória.

À minha turma, pelo convívio harmônico, perseverança e troca de experiências, especialmente às colegas Leila Memória e Aline Rodrigues por estarem sempre presentes me apoiando nas dificuldades.

À Regina Dodt por compartilhar comigo essa trajetória, contribuindo com seu otimismo e perseverança.

À CAPES, pela concessão da bolsa que possibilitou a realização deste trabalho.

À Diretoria do Centro de Saúde da Família Dr Anastácio Magalhães, na pessoa da Dra. Maria Vaudelice Mota, por permitir a realização deste estudo.

Aos servidores do Centro de Saúde da Família Dr Anastácio Magalhães, em especial aos enfermeiros Rosana Franco, Mônica Viana, Nancy Costa e Eugênio Franco, às auxiliares de enfermagem Mazé, Expedita e Ofélia, e ao obstetra Marcus Vinicius que auxiliaram no momento da seleção das gestantes e durante toda a coleta de dados.

A Prof Dra Cindy Dennis por permitir a utilização da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*.

Aqueles que colaboraram com este estudo na qualidade de tradutores, juízes e consultores: Aneluci, Manuel Bomfim, Michael, Meghan Thompson, Prof Dra Ana Karina Pinheiro, Prof Dra Neiva Vieira, Prof Dr Reinaldo Oriá, Prof Dra Márcia Machado, Prof Dra Janaína Victor, Prof Ms Joana Anália e Enf^ª Rita Rodrigues.

Às gestantes que me concederam a oportunidade de partilhar de sua trajetória, contribuindo para o crescimento da enfermagem, meu muito obrigada.

Às alunas do curso de Enfermagem, Ana Izabel, Camila Américo, Priscila Bomfim e Sabrina Silva, peças fundamentais deste estudo. Sem vocês eu não teria conseguido levar esse estudo até o fim!!!

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente comigo neste caminho e ao longo de todo o meu processo de crescimento humano e profissional, o meu muito obrigada!

In memoriam

A trajetória desta investigação não foi repleta apenas de conquistas, as perdas também estiveram presentes, e elas ocorrem para que possamos aprender e crescer. Fica então o registro da saudade de:

Antônio Alves Batista, tio Tony, meu padrinho,

Maria Filomena de Oliveira, minha linda vó Lica,

Marília Batista Oriá, a filha amada que não pude amamentar.



*“With realization of one's own potential and self-confidence in one's ability,
one can build a better world”.*

Dalai Lama

RESUMO

O exercício da amamentação é extremamente relevante por proporcionar um contato íntimo da díade mãe-bebê e por fornecer ao recém-nato uma fonte hídrica, energética e protéica no início da vida. Este estudo teve como objetivos: traduzir e adaptar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), aplicar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Versão Brasileira* (BSES-VB), em gestantes, verificar a confiabilidade e a validade da BSES-VB para a detecção da auto-eficácia das mulheres e verificar a associação entre os escores da BSES-VB e as variáveis sociodemográficas e obstétricas. Obteve-se autorização para utilização da BSES a qual foi submetida ao processo de adaptação transcultural proposto por Beaton (1998), tendo sido submetida às análises psicométricas (confiabilidade e validade). Desenvolveu-se um estudo metodológico com abordagem quantitativa realizado em um centro de saúde de Fortaleza. A amostra foi composta por 117 gestantes que foram entrevistadas antes ou depois da sua consulta pré-natal. A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2007, tendo sido utilizada além da BSES, um formulário com informações sociodemográficas e obstétricas. Após a adaptação, obteve-se uma escala com 33 itens, cujas dificuldades no seu entendimento resultaram na inserção de exemplos em 12 itens. Um comitê de especialistas avaliou o conteúdo da BSES-VB e a escala obteve um Índice de Validação de Conteúdo de 0,86. O alfa de Cronbach foi 0,88, indicando alta consistência interna, a qual foi ratificada pelo coeficiente de correlação intraclasse que variou de 0,83 a 0,90. A estabilidade da escala foi avaliada pelo coeficiente de Spearman-Brown que se mostrou elevado (0,80 e 0,91), indicando alta estabilidade da BSES-VB. A validade de construto realizada pela análise fatorial utilizando a análise dos componentes principais com rotação varimax sugeriu a retirada de alguns itens, contudo optou-se por mantê-los para posterior aplicação do instrumento em uma amostra mais representativa dessa população e outras que possuam características ainda não avaliadas. A validade de construto por meio da comparação dos grupos contrastados sugere que somente a experiência pode não ser relevante para que a mulher tenha maior auto-eficácia na amamentação, mas que essa experiência precisa ser satisfatória, gratificante para que a mulher tenha maior auto-eficácia na adoção desse comportamento. Concluiu-se, portanto que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a percepção da mulher em relação à sua auto-eficácia para a prática da amamentação e recomenda-se que a BSES-VB seja aplicada tanto para pesquisa como na prática obstétrica, pois ela permite identificar os fatores relacionados à amamentação que requerem uma atenção direcionada e efetiva por parte do profissional que lida com a amamentação.

Palavras-chave: aleitamento materno, auto-eficácia, estudos de validação

ABSTRACT

The breastfeeding practice is remarkably important to provide a close contact of the mother-baby dyad and to offer to the newborn a water, energy and protein nutritional source in the early post-natal life. This study had as objectives: translate and adapt the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), apply the *Breastfeeding Self-Efficacy Scale- Brazilian version* (BSES-BV) to pregnant women, verify the BSES-BV reliability and validity in order to detect women self-efficacy and to verify the association between the BSES-BV scores and the sociodemographic and obstetric variables. In this regard, a copy-right authorization was obtained to use the BSES, which underwent a transcultural adaptation process as indicated by Beaton (1998), and submitted to psychometric analyses (reliability and validity). In order to do this, a methodological study was developed using a quantitative approach held at a Health Center in Fortaleza. The sampling includes 117 pregnant women whom were interviewed before or after the prenatal appointment. The data collection was done during July to October, 2007, using not only the BSES-BV but also a field form to gather sociodemographic and obstetric information. Following the adaptation, a 33 item-scale was achieved, in which, misunderstanding issues resulted in the insertion of examples within 12 itens. A committee of experts evaluated the BSES-BV content and found a Content Validation Index of 0.86 to the scale and a Cronbach alpha of 0.88, pointing out to high internal consistency, corroborated by the intra-class correlation coefficient ranging from 0.83 to 0.90. The scale stability was evaluated by the Spearman-Brown coefficient, which was shown to be high (0.80 and 0.91) indicating high stability of the BSES-BV. The construct validity evaluated by the factorial analysis, undergoing major component analysis with varimax rotation, suggested the withdrawal of some items; however, we decided to keep them to future instrument use in a more representative sampling of this population and others that exhibit characteristics yet not addressed. The construct validity by means of contrasted group comparisons suggests that only the experience might not be relevant to reach women's breastfeeding self-efficacy, hence breastfeeding experience must be previously satisfactory and gratifying in order to reach a greater self-efficacy during the later breastfeeding behavior. In conclusion, we have obtained a reliable and valid instrument, enabling the evaluation of the women's self-efficacy perception regarding the breastfeeding practice and herein we recommend that the BSES-BV should be applied to either research or to the obstetric practice, since it allows the identification of factors related to breastfeeding that deserves appropriate and effective attention from the breastfeeding professionals.

Keywords: breast feeding, self-efficacy, validation studies

RESUMEN

El ejercicio de la lactancia materna es muy importante para la interacción madre-hijo y para el niño es una fuente de agua, de energía y proteína al comienzo de la vida. El estudio tuvo como objetivos: traducir y adaptar Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) para el portugués; aplicar BSES: versión brasileña (BSES-VB) en embarazadas; verificar la fiabilidad y la validez de BSES-VB para la detección de auto-eficacia de la mujer y verificar la existencia de asociación entre los resultados de BSES-VB y las variables obstétricas y sociodemográficas de la población del estudio. Hubo permiso para utilizar BSES en lo cual fue sometido al proceso de adaptación transcultural de Beaton (1998) y fue sometido a las pruebas psicométricas (fiabilidad y validez). Es un estudio metodológico con enfoque cuantitativo realizado en un centro de salud en Fortaleza con una muestra de 117 mujeres embarazadas en que fueron entrevistadas antes o después de su consulta prenatal. Los datos se han recogidos en el período de julio a octubre de 2007, con aplicación de BSES, así como de un formulario con las informaciones sociodemográficas y obstétricas. Después de la adaptación, quedó una escala con 33 ítems, cuyas dificultades en su comprensión resultó en la inclusión de ejemplos en 12 ítems. Un comité de expertos evaluó el contenido de BSES-VB y logrado una escala de índice de validez de contenido de 0,86. El alfa de Cronbach fue 0,88, lo que indica una alta consistencia interna, que fue ratificado por el coeficiente de correlación intraclase, que osciló de 0,83 a 0,90. La estabilidad de la escala se midió por el coeficiente de Spearman-Brown, que fue alta (0,80 y 0,91), lo que indica una elevada estabilidad de BSES-VB. La validez de construcción realizado por medio del análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax ha sugerido la exclusión de algunos de los ítems, pero si optaron por mantenerlos para la posterior aplicación del instrumento en una muestra más representativa de la población y otras con características aún no evaluadas. La validez de construcción a la comparación de los grupos que han sido contrastados sugiere que sólo la experiencia parece no sé lo mas importante para que haya en la mujer una mayor auto-eficacia en la lactancia materna, pero que en la experiencia haya satisfacción y que la mujer adquiera autonomía cuanto a la eficacia por adoptar el comportamiento de amamantar. Se llegó a la conclusión que BSES-VB es fiable, válido y capaz de evaluar la percepción de la mujer en relación a la auto-eficacia para la práctica de la lactancia materna y se recomienda que BSES-VB sea aplicado a la investigación y a la práctica obstétrica, pues permite identificar los factores relacionados con la lactancia materna que requieren una atención específica y eficiente por el profesional en el área de la lactancia materna.

Palabras-clave: lactancia materna, autoeficacia, estudios de validación

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 –** Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e expectativas de resultados. Adaptado de Bandura A. Self-Efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company: 1997. 31
- Figura 2 –** Efeitos de diferentes padrões de expectativas de eficácia e expectativas de resultados no comportamento e estado emocional do indivíduo. Adaptado de Bandura A. Self-Efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company: 1997. 35
- Figura 3 –** Relacionando o objeto de estudo com o referencial de auto-eficácia. Adaptado de Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. J Hum.Lact., 15, 195-201. 37
- Figura 4 –** Representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural (BEATON; BOMBARDIER; GUILLEMIN et al, 1998). 51
- Figura 5 –** Síntese dos procedimentos de validação e confiabilidade da BSES-VB. 60
- Figura 6 –** Representação gráfica das amostras envolvidas nas diversas fases do estudo. 63
- Figura 7 –** Esquema para definição de aleitamento materno. Adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). 65
- Figura 8 –** Sistema gerencial do banco de dados. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 69
- Figura 9 –** Mapa de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais destacando os bairros onde residem as participantes do estudo. 78

- Figura 10** – Correlação dos escores totais da BSES-VB em relação à idade das gestantes. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 85
- Figura 11** – Definição do número de fatores. A seta indica o número de componentes que devem ser retidos para serem rotados. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 94
- Figura 12** – Relação entre os escores totais da BSES-VB e a satisfação da experiência anterior com a amamentação. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 99
- Figura 13** – Regressão linear dos escores do teste-reteste. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 106
- Quadro 1** – Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês (O), versão traduzida para o Português (T), a versão re-traduzida para o inglês (BT) e a versão final em português (F). Fortaleza, Jul/Out, 2007. 72

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	– Características sociodemográficas das gestantes do estudo. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	79
Tabela 2	– Antecedentes obstétricos e gravidez atual. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	81
Tabela 3	– Matriz de Correlação. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	90
Tabela 4	– Variância explicada (autovalores, <i>eigenvalues</i>) e os percentuais de variação de cada item da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	92
Tabela 5	– Matriz dos Componentes. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	93
Tabela 6	– Matriz de correlações entre os itens e os domínios da BSES-VB segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	96
Tabela 7	– Associação entre os escores da BSES-VB e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	100
Tabela 8	– Associação entre os escores da BSES-VB e as variáveis obstétricas. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	101
Tabela 9	– Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	103
Tabela 10	– Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach do Domínio Técnico da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	104
Tabela 11	– Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach do Domínio Pensamentos Intrapessoais da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.	104

- Tabela 12** – Distribuição do número de mulheres segundo as categorias principais do domínio técnico da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 107
- Tabela 13** – Distribuição do número de mulheres segundo as categorias principais do domínio pensamentos intrapessoais da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 108
- Tabela 14** – Distribuição do número de mulheres segundo os domínios e escores totais associando com as variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos. Fortaleza, Jul/Out, 2007. 109

Lista de abreviaturas

AA	Ácido Araquidônico
ACP	Análise dos Componentes Principais
BLH	Banco de Leite Humano
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale
BSES-PF	Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Pré-Final
BSES-VB	Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira
BT1	Back-Translation 1
BT2	Back-Translation 2
DHA	Ácido Docosaexaenóico
CCIC	Coeficiente de Correlação Intraclasse
GSES	General Self-Efficacy Scale
I-CVI	Validade de Conteúdo dos Itens Individuais
IVC	Índice de Validação de Conteúdo
K-ABC	Kaufman Assessment Battery For Children
OMS	Organización Mundial de La Salud / Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PUFAS	Ácidos Graxos Poliinsaturados
QMIDAT	Questionnaire Measure of Individual Differences in Achieving Tendency
RMV	Razão de Maximoverossimilhança
S-CVI/Ave	Média dos Índices de Validação de Conteúdo para Todos os Itens da Escala
S-CVI/UA	Proporção de Itens de uma Escala que Atinge Escores 3 – Relevante e 4 – Muito Relevante, por todos os Especialistas
SPSS	Statistical Package For The Social Sciences
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Síntese das Traduções 1 e 2

Sumário

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Aleitamento materno	19
1.2 Comportamento da mulher diante do aleitamento materno	23
1.3 Teoria da Auto-Eficácia	29
1.3.1 Expectativa de auto-eficácia	32
1.3.2 Expectativa de resultados	34
1.4 Auto-eficácia da mulher durante a amamentação	36
1.5 <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>	40
1.6 Justificativa e Finalidade do Estudo	44
2 OBJETIVOS	46
3 MÉTODO	48
3.1 Tradução e adaptação da escala	50
3.2 Validação da escala	55
3.3 Confiabilidade dos instrumentos de mensuração	59
3.4 Local	61
3.5 População e amostra	61
3.6 Operacionalização da coleta de dados	64
3.7 Organização dos Dados e Análise	67
3.8 Considerações éticas	69
4 RESULTADOS	71
4.1 Adaptação Transcultural da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>	72
4.2 Caracterização da amostra	78
4.3 Aplicação da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i> : versão brasileira	84
4.4 Validação	86
4.4.1 Validação de conteúdo	86
4.4.2 Validação relacionada ao construto	88
4.4.2.1 Análise Fatorial	88
4.4.2.2 Comparação de grupos contrastados	98
4.5 Análise da Confiabilidade	102

4.5.1 Coeficiente de Correlação Intraclasse	102
4.5.2 Consistência Interna	102
4.5.3 Confiabilidade Teste-Reteste	105
4.6 Percepção das gestantes em relação à amamentação – aplicação da BSES-VB	106
5 DISCUSSÃO	111
5.1 Características Sociodemográficas	112
5.2 Características Obstétricas	114
5.3 Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da BSES	116
5.4 Percepção das gestantes em relação à amamentação – Aplicação da BSES-VB	121
6 CONCLUSÕES	124
7 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	127
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICES	143
ANEXOS	186



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aleitamento Materno

O exercício da amamentação é extremamente relevante por proporcionar um contato íntimo da díade mãe-bebê que favorece a construção do vínculo mãe e filho. O leite materno, fonte hídrica, energética e protéica no início da vida, é imprescindível tanto para o crescimento, como para o desenvolvimento físico e psicológico do ser humano.

A ingestão do leite humano, seja oriundo diretamente do seio ou extraído, é considerada a melhor nutrição a ser oferecida ao recém-nato. É por isso que diversos investigadores têm discutido a relação entre o aleitamento materno e a saúde da mulher e da criança. Tais estudos revelam que o exercício do aleitamento materno pode ser benéfico à saúde das mães, devido à redução do risco de câncer ovariano (CHIAFFARINO et al, 2005; SILVA et al, 2005; TUNG et al, 2005) e desmineralização óssea, em comparação com as mães que não amamentaram seus bebês (BALL; BENNETT,2001; GWINN et al, 1990; KALKWARF; SPECKER,1995; MATSUSHITA et al, 2002).

Ademais, elas têm menor probabilidade de desenvolver osteoporose e câncer de mama (BREAST CANCER, 2002; ENGER et al, 1997; LABBOCK,1999; LEE et al, 2003; MICHELS et al, 1996; SILVA et al, 2005), assim como podem também ter menos estresse e melhores interações sociais (UVÑAS-MOBERG,1998), e retornar ao peso pré-gravídico mais rapidamente (OLSON et al, 2003; SICHIERI et al, 2003), além de deter em suas mãos um método contraceptivo natural, eficaz e de baixo custo que é a lactação com amenorréia (CECATTI et al, 2004).

Além dos benefícios para a mulher, os bebês amamentados vivenciam menos otite média aguda e crônica (ANIANSSON et al, 1994; DUNCAN et al, 1993; VERNACCHIO et al, 2004), bronquiolite (BACHRACH; SCHWARZ; BACHRACH, 2003; WRIGHT et al, 1989), diarréia (HOWIE et al, 1990; LIMA et al, 2000), meningite (ARNOLD, 1993; SILFVERDAL, 1999, SILFVERDAL et al, 2002), enterocolite necrotizante (LUCAS; COLE, 1990; McGUIRE; ANTHONY, 2001), asma (KULL et al, 2004), obesidade (HARDER et al, 2005), dermatite atópica

(GDALEVICH et al, 2001), síndrome da morte súbita (McVEA; TURNER; PEPPLER, 2000), leucemia (GUISE; AUSTIN; MORRIS, 2005; KWAN et al, 2004), sofrem menos infecções respiratórias recorrentes, e desenvolvem diabetes insulino-dependente (Tipo I) com menos frequência (MAYER et al, 1988; VISALLI et al, 2003; WRIGHT et al, 1995) do que aquelas que foram alimentadas com fórmulas lácteas no primeiro ano de vida.

O leite humano contém hormônios, oligossacarídeos e outros fatores tróficos que podem influenciar no crescimento e maturação do cérebro infantil (CAREY, 1982; DONOVAN; ODLE, 1994; READ, 1988). Por exemplo, o leite materno contém ácido docosaexaenóico (DHA), uma longa cadeia de ácido graxo poliinsaturado, o qual é importante para o desenvolvimento estrutural do sistema nervoso (CAREY, 1982), e está presente em larga escala no cérebro e na retina.

Diversos autores defendem que o DHA e o Ácido Araquidônico (AA) são os componentes do leite humano que apoiam o desenvolvimento do cérebro do recém-nato, como demonstrado em estudos relacionados ao crescimento da criança nos primeiros anos de vida (BIRCH et al, 1992a, CRAWFORD, 1993, MAKRIDES et al, 1995).

No estudo de Helland e colaboradores, 590 mulheres com mais de 18 semanas de gestação foram convidadas a ingerir 10 ml de óleo de milho ou óleo de fígado até 3 meses pós-parto. Das quais 341 mulheres participaram do estudo até o nascimento e apenas 76 crianças (41 do grupo de óleo de fígado e 35 do grupo de óleo de milho), concluíram o estudo ao avaliar a inteligência usando o *Kaufman Assessment Battery for Children* (K-ABC). Todas tinham sido amamentadas até 3 meses de vida. Crianças nascidas das mulheres que ingeriram o óleo de fígado tiveram maiores escores no teste K-ABC aos 4 anos de idade quando comparadas com os filhos das mães que ingeriram óleo de milho (106,4 [7,4] vs 102,3 [11,3]). O escore correlacionou significativamente com a circunferência cefálica ao nascimento ($r = 0,23$, $p = 0,04$), mas não houve relação com o peso ao nascimento e nem com a duração da gestação. Os escores correlacionaram significativamente com a ingestão materna de DHA e ácido eicosapentaenóico durante a gravidez. Em um modelo de regressão múltipla, a ingestão materna de DHA durante a gravidez foi a única variável de significância estatística dos escores cognitivos das crianças aos 4 anos

de idade. Logo, a ingestão materna de cadeias longas n-3 PUFAs durante a gravidez e lactação pode ser favorável para o desenvolvimento mental da criança (HELLAND, 2003).

Alguns estudos têm mostrado que as crianças amamentadas têm maiores escores em testes visuais, e que este desempenho tem relação com a concentração de DHA nos eritrócitos (BIRCH et al, 1992a; BIRCH et al, 1992b; MAKRIDES et al, 1993). As membranas fotoreceptoras da retina têm a maior concentração de DHA corporal, sugerindo que a disponibilidade dietética do DHA pode correlacionar com a função visual (REYNOLDS, 2001). Vários estudos em seres humanos têm procurado determinar os efeitos do leite humano ou de ácidos graxos da dieta na função visual (BIRCH et al, 1992b; CARLSON et al, 1993), contudo os resultados não têm sido consistentes (GIBSON; MAKRIDES, 1999). O papel do ácido graxo poliinsaturado, em relação à fisiologia do cérebro e da retina, representa uma área de intensa pesquisa científica, pois os benefícios para a plasticidade neural ainda são controversos em decorrência das variáveis que dificultam a interpretação dos achados (REYNOLDS, 2001).

O fornecimento de DHA às crianças prematuras por meio do leite humano pode aumentar a maturação precoce da função visual e o processamento da informação (CARLSON et al, 1993; O'CONNOR et al, 2001; UAUY, 1990; UAUY et al, 1990).

Em termos de crescimento infantil, um estudo com 419 crianças, com faixa etária de 3-12 meses realizado em Niterói, RJ, identificou uma associação significativa entre o aleitamento materno exclusivo e melhor crescimento físico. Nesse estudo, a fração de risco mostrou uma redução de cerca de 40% no número de crianças com HAZ (Z score para altura-por-idade) menor que em famílias de baixa renda e baixa escolaridade, após adoção abrangente do aleitamento materno (ALMEIDA; VALLE, 1999).

Outro ponto que pode interferir no crescimento da criança e que merece consideração é a técnica da amamentação. A criança que não abocanha corretamente a mama (cerca de dois centímetros do tecido mamário, além do mamilo) pode apresentar déficit no ganho de peso, mesmo que permaneça por

tempo prolongado ao peito. O que acontece na maioria dos casos é que o bebê com pega incorreta é capaz de obter o chamado leite anterior, mas tem dificuldade em obter o leite posterior, mais nutritivo e rico em gorduras, o que pode repercutir no seu ganho de peso, contribuindo para a construção do mito do “leite fraco”. Nesse caso, a correção da pega, e não a introdução de alimentos complementares, garante à criança o crescimento adequado (SMITH; EREBERG; NOWAK, 1988; WEBER; WOOLRIDGE; BAUM, 1986).

Dessa forma, se reconhece que o aleitamento materno exclusivo é importante para a sobrevivência (redução da morbi-mortalidade infantil), crescimento (ganho de peso e tamanho) e desenvolvimento infantil (melhores escores cognitivos e visuais), especialmente das crianças inseridas em famílias de baixa renda. Na verdade, entre os países em desenvolvimento, o aleitamento materno exclusivo tem se revelado como uma estratégia eficiente para melhorar a saúde infantil e, portanto, diminuir sua morbi-mortalidade (ASHRAF et al, 1993).

Baseado nessa literatura abrangente, é que o aleitamento exclusivo tem sido consistentemente recomendado pelas autoridades de saúde, tais como a Organização Mundial de Saúde - OMS durante os primeiros seis meses de vida da criança, e deve ser continuado com alimentação mista até 24 meses (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos** do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) adota as mesmas categorias definidoras de aleitamento materno sugeridas pela OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1991), quais sejam:

- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e / ou medicamentos;
- Aleitamento materno predominante: quando o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás.

- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer alimento ou líquido, incluindo leite não-humano.

Mesmo reconhecendo as inúmeras vantagens do leite materno para o binômio mãe-filho, ainda são altas as taxas de interrupção precoce da amamentação, com conseqüente baixa na prevalência do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo em relação aos padrões recomendados (KUMMER; GIUGLIANI; SUSIN et al, 2000). Existem fatores que interferem no processo de decisão da mulher em iniciar, manter ou interromper a amamentação de seu bebê. Dentre estes, podemos citar: os culturais, econômicos e psicológicos (LARES et al, 1996). Alguns desses motivos são considerados difíceis ou impossíveis de serem contornados pelos profissionais de saúde, tendo em vista que ultrapassam os limites de sua atuação, tais como: moradia, ocupação, renda familiar, dentre outros.

Além de todos estes aspectos, o exercício do aleitamento materno sofre influências de aspectos intrínsecos à mulher que estejam relacionados ao seu comportamento e estado afetivo, emocional e psíquico. Todos estes elementos irão influenciar na decisão da mulher em iniciar, manter e interromper a amamentação.

1.2 Comportamento da mulher diante do aleitamento materno

O exercício do aleitamento materno remonta a tempos longínquos e sempre foi considerado pelas famílias como um suporte para a sobrevivência das crianças. Pode-se dizer que essa atividade materna é pré-histórica, pois se encontra retratada inclusive em pinturas rupestres. Contudo, nem sempre a mãe da criança foi a responsável direta pela sua amamentação. Uma alternativa construída ao longo de um processo histórico-social foi a ama de leite, e mais recentemente, com a modernização, surgiram (em meados do século XX) as fórmulas lácteas industrializadas.

Considerando o contexto brasileiro, é sabido que as mães indígenas (tupinambás) que viviam na era pré-colonial amamentavam a sua prole sem maiores problemas. Somente em caso de crianças que nasciam com deficiências físicas,

filhos de inimigos com mulheres das tribos ou filhos de índias que mantinham vários parceiros, as quais eram rejeitadas por suas tribos, as mães as abandonavam e as deixavam morrer (ALMEIDA, 1999).

O ato de amamentar as crianças provocou estranheza aos europeus que chegaram em território brasileiro, pois a prática do aleitamento não era tida como uma atitude nobre. Para as européias da época, pertencentes às classes sociais dominantes, “o amor materno não tinha valor social e moral, fato que as levava a considerar a amamentação uma tarefa indigna para uma dama” (ALMEIDA, 1999, p.30).

Durante o processo de colonização, o colonizador impôs sua cultura aos habitantes interferindo na prática do aleitamento materno, o que fez com que esta fosse deixada em segundo plano, especialmente entre as mulheres mais abastadas. Tal fato fez com que se instituísse a “nobreza” do desmame, não amamentar o filho era uma questão de *status* social. Assim, inicialmente as índias e depois as negras africanas passaram a amamentar os filhos de seus senhores. Logo, a mulher negra recém-parida se tornou moeda de troca, mercantilizando não só a mulher, mas o leite materno; sendo, portanto “secular a tendência de auferir lucros com práticas que gravitam em torno da amamentação, estimulando propositadamente a instituição do desmame” (ALMEIDA, 1999, p.31).

O “incremento” do desmame continuou com a modernização da sociedade, progresso tecnológico, profundas transformações sociais, urbanização, industrialização e propagandas de leites industrializados (PINHEIRO, 2003), o que aumentou ainda mais a incidência do desmame cada vez mais precoce.

Com o desenvolvimento tecnológico e científico alcançado no início do século XX, a introdução do leite de vaca pasteurizado na alimentação da criança foi favorecida. As indústrias de alimentos infantis passaram a oferecer fórmulas lácteas para crianças em diferentes idades. Assim, a prática da mamadeira passou a ser difundida e acessível às diferentes classes sociais. No Brasil, a amamentação foi levada ao desprestígio devido a vários fatores: o processo de urbanização, a influência da propaganda comercial do leite em pó e a influência da cultura e da própria família (PINHEIRO, 2003, p.13-14).

Outro fator relevante para a promoção do uso de fórmulas lácteas foi o início da II Guerra Mundial, que impulsionou a industrialização da alimentação infantil, fortalecendo a prática do desmame precoce e o aumento do aleitamento artificial dos bebês. Especialmente na década de 70, quando se iniciou o processo de comercialização de leites para lactentes a nível nacional, o desmame precoce foi instaurado, o que reduziu drasticamente a prática do aleitamento materno no Brasil (INAN - INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1991).

As profundas transformações sociais, tais como a migração da população rural para as grandes áreas urbanas, a revolução feminista que buscava, além de outros direitos, a inserção da mulher no mercado de trabalho, com a conseqüente transferência do cuidado da criança à responsabilidade de terceiros, influenciaram as mulheres no sentido de adotarem o leite industrializado na alimentação do lactente, fazendo com que a amamentação natural se tornasse obsoleta.

Porém, vale ressaltar que não só no Brasil, mas em outros países em desenvolvimento, o desmame trouxe vários problemas à saúde do bebê em decorrência da qualidade da água e seu manuseio no momento do preparo do leite, a falta de higiene das mamadeiras e bicos, aumentando os índices de doenças gastrintestinais (diarréias agudas e crônicas) e desnutrição que favoreceram o aumento da mortalidade infantil.

Dados do Ministério da Saúde (Datasus), revelam que a região Nordeste detém o maior índice de mortalidade por diarréia do Brasil em menores de cinco anos (6,86%). Esse problema se deve especialmente à dificuldade de acesso ao abastecimento de água para 28,63% da população, ausência de coleta de lixo em 32,63% e de rede de esgoto em 56,45% da população do Nordeste (BRASIL, 2007).

Estudos sugerem que a diarréia nos primeiros dois anos de vida causa impedimento cognitivo em relação a fluência semântica de crianças entre 6 e 12 anos de idade, mesmo após controle para outros fatores como educação materna e renda familiar (PATRICK et al, 2005).

Logo, o leite materno é um importante fator protetor para a diarréia aguda. A OMS afirma que o risco de óbito por doenças infecciosas é 5,8 vezes maior entre

lactentes que foram desmamados nos primeiros seis meses de vida do que entre aqueles que foram amamentados. O aleitamento materno predominante ou a ausência de aleitamento esteve associada ao risco de 3,94 vezes maior de morrer por infecções respiratórias e diarreia (sendo o índice de mortalidade por diarreia oito vezes maior que o índice de mortalidade por infecção respiratória) (VIEIRA; SILVA; VIEIRA, 2003).

Em decorrência do desmame precoce, a incidência das doenças da primeira infância, particularmente diarreia aguda e crônica, além das doenças respiratórias e desnutrição aumentaram as taxas de morbi-mortalidade infantil em diversas áreas do mundo (HOWIE et al, 1990; LUCAS; COLE, 1990; WRIGHT et al, 1995). Ademais, a diarreia é uma das principais causas de óbito após o período neonatal que pode ser evitada em 80% por meio da amamentação (ESCUDER; VENANCIO; PEREIRA, 2003).

Assim, verificou-se a necessidade de se implantar um grande movimento pró-amamentação, o qual teve início na década de 70, na 27^a Assembléia da Organização Mundial de Saúde, quando foram apontadas as conseqüências do declínio do aleitamento materno nas diversas regiões do mundo. Contudo, somente em 1980, na 33^a Assembléia Mundial de Saúde, foram destacadas as necessidades de estímulo, fomento e apoio às práticas da amamentação (PINHEIRO, 2003, p.16).

As descobertas científicas também foram importantes para o retorno à prática do aleitamento materno, pois a realização de estudos, cada vez mais rigorosos e refinados, sobre os componentes do leite materno e seus benefícios a curto, médio e longo-prazo fez com que as instituições nacionais e internacionais de saúde promovessem uma divulgação em massa da importância do leite materno para a saúde da criança, o que repercutiu na prática clínica dos profissionais de saúde, que passaram a incentivar o aleitamento materno.

Tal fato fez com que ocorresse, em diversos países, um aumento na taxa de “iniciação do aleitamento”. Contudo, a “manutenção do aleitamento” continua a ser uma questão chave, pois o desmame precoce permanece como um problema sem solução, especialmente em países com altas taxas de mortalidade infantil.

Nos últimos 20 anos, as políticas de saúde do Brasil têm estimulado o programa de aleitamento materno em um esforço nacional para prevenir as doenças da infância e reduzir a mortalidade infantil (ORIÁ; GLICK; ALVES, 2005), como se pode evidenciar pela legislação citada a seguir:

- O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) junto com grupos de mulheres, organismos não-governamentais e parlamentares conseguiram inserir na Constituição Federal e na CLT os seguintes direitos: licença maternidade de 120 dias, creche nas empresas com mais de 30 mulheres em idade fértil, dois descansos de 30 minutos por dia para amamentar o filho até o 6º mês de vida e licença-paternidade de 8 dias. Todos esses direitos surgiram para proteger a mulher trabalhadora (INAN - INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, 1991).
- Em 1983 foi publicada a Portaria Ministerial nº 18 para que fossem estabelecidas mudanças nas rotinas hospitalares que prejudicavam a prática do aleitamento materno. A partir de então, foi normatizada a obrigatoriedade do alojamento conjunto em todas as maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, essa portaria foi revisada e atualizada, quando constatado que alguns dos critérios relativos a recursos físicos e humanos dificilmente poderiam ser adotados por todos os hospitais brasileiros, sobretudo aqueles das áreas mais carentes (BRASIL, 1993).

Vale ressaltar que em termos de licença gestante o projeto de lei nº. 281/05 (BRASIL, 2007) da Senadora Patrícia Saboya (PDT-CE) que, fundamentada nas recomendações da Organização Mundial da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria para o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida, propôs a extensão da licença para 6 meses, foi aprovada em diversos estados da federação, incluindo o Ceará, tornando-se portanto uma lei com ampla repercussão na saúde materno-infantil.

No entanto, sabe-se que nem todas as mulheres se beneficiarão dessa nova legislação, primeiro porque nem todas as mulheres estão vinculadas ao mercado de trabalho formal e, portanto, não se beneficiam da legislação que favorece os

trabalhadores de modo geral, e depois porque para a trabalhadora se beneficiar a empresa privada em que ela trabalha precisa aderir ao Programa Empresa Cidadã (programa governamental que concederá dedução integral no cálculo do imposto de renda da empresa, do valor correspondente à remuneração integral da funcionária nos sessenta dias de prorrogação de sua licença-maternidade).

Outras políticas nacionais e internacionais procuram incentivar a prática do aleitamento materno como a instituição das Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos e Produtos para Lactentes, Organizações Não-Governamentais (ONGs) pró-amamentação, movimentos da sociedade civil, apoio aos Bancos de Leite Humano em todo o país e a criação dos 10 passos para a amamentação adaptados para as unidades de saúde da família em 2003 (DUBEUX et al, 2007). No âmbito internacional, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, criada pela OMS e UNICEF foi adotada no Brasil desde 1992, incentivando maternidades em todo o país a alcançar as exigências para receber o título de Hospital Amigo da Criança.

Ao longo dos anos tem-se procurado diversas formas para estimular o aleitamento materno, e nesse particular, a enfermagem brasileira tem tido um importante papel no Programa de Aleitamento Materno, encorajando as mulheres ao ato de amamentar, vislumbrando o aumento das taxas de aleitamento exclusivo e, por conseguinte, a diminuição do desmame precoce e doenças da infância (ORIÁ; GLICK; ALVES, 2005).

Na prática da amamentação se faz necessário ter o cuidado para não instituir à mulher toda a culpa por não conseguir amamentar, já que algumas vezes a mulher deseja amamentar, mas não encontra o apoio necessário, além de se deparar com dificuldades que para ela podem ser intransponíveis, de modo que ao invés da escolha materna, a principal razão para a interrupção prematura da amamentação é a dificuldade em lidar com o aleitamento materno (HILL, 1991).

Os profissionais de saúde, destacando aqui os enfermeiros, devem considerar o desmame precoce como elemento que repercute não apenas na saúde da criança, mas que interrompe de forma abrupta o vínculo mãe e filho (aspecto psicológico), retarda o retorno da mulher às suas condições físicas anteriores à

gravidez (aspecto físico e biológico) e afeta o orçamento familiar devido o custo das fórmulas lácteas (aspecto econômico).

A partir desse contexto, pesquisadores e profissionais de saúde envolvidos na área materno-infantil têm se preocupado em reverter as baixas taxas de duração do aleitamento materno. Mas para isso é necessário identificar as mulheres de alto risco para o desmame precoce e desenvolver estratégias de promoção ao aleitamento materno baseados em elementos que sejam mutáveis. Ou seja, deve-se procurar em cada mulher os elementos que são passíveis de mudança a partir das intervenções clínicas e educativas que promovam o aleitamento materno.

Dentre esses elementos, os pesquisadores são unânimes em considerar a confiança da mulher na amamentação e na sua habilidade de amamentar como um elemento passível de mudança, mediante intervenções bem construídas com o propósito de aumentá-la.

1.3 Teoria da Auto-Eficácia

A confiança ou auto-eficácia foi estudada por Albert Bandura (BANDURA, 1986; BANDURA, 1977a; BANDURA; ADAMS; BEYER, 1977) de modo a constituir uma teoria. De acordo com a teoria comportamental, a manutenção e extinção de dado comportamento estão diretamente relacionadas aos seus efeitos (conseqüências). Logo, se os efeitos de um comportamento forem positivos, resultando em satisfação, o indivíduo tende a mantê-lo. Por outro lado, se os efeitos forem negativos, promovendo insatisfação, o indivíduo tende a interromper o comportamento.

Contudo, esse mecanismo comportamental simplificado não satisfazia às inquietações de alguns pesquisadores, dentre os quais se destaca Albert Bandura.

Na perspectiva de Bandura, a ciência psicológica precisava avançar. E nesse sentido, Bandura contribui com o entendimento de que os processos cognitivos intermedeiam a relação entre comportamento e conseqüência, e, portanto são importantes para a adoção e manutenção de um dado comportamento.

Com o desenvolvimento de seus estudos, Bandura (BANDURA, 1986; BANDURA, 1977a; BANDURA; ADAMS; BEYER, 1977) se destaca da Teoria da Aprendizagem Social e passa a definir sua própria teoria de Sócio-Cognitiva ou Teoria Social Cognitiva. É nesse momento que Bandura utiliza de sua teoria como base conceitual para a análise do construto auto-eficácia (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001), daí o motivo pelo qual a teoria sócio-cognitiva ser também conhecida como teoria da auto-eficácia.

Para explicar a auto-eficácia. Bandura defende que um dos processos que pode interferir no comportamento é a motivação. A motivação está relacionada com a atuação e persistência do comportamento, além de estar parcialmente enraizada em atividades cognitivas. Logo, a primeira fonte de motivação é a capacidade para representar futuras conseqüências (resultados da ação), ou seja, é a antecipação de que assumir um determinado comportamento acarretará em uma determinada conseqüência. A segunda fonte de motivação é o tipo de objetivo que se deseja alcançar e a reação de auto-avaliar seus desempenhos diante do objetivo traçado (BANDURA,1977a).

A discrepância entre os objetivos do sujeito em relação ao seu comportamento e os resultados alcançados, pode motivar dois tipos de comportamento, a saber: mudança de comportamento para alcançar os resultados desejados ou fuga e evitação, tendo em vista que as pessoas evitam se expor às situações que excedem a sua capacidade de lidar com ela (SALVETTI; PIMENTA; LAGE et al, 2007).

Assim, a auto-eficácia é um componente da motivação (uma avaliação de desempenho) e tem papel importante na aquisição e mudança de comportamento. Destarte, a auto-eficácia se refere a uma análise que a pessoa faz de sua habilidade para realizar uma tarefa dentro de certo domínio (BANDURA, 1977a; BANDURA, 1977b; BANDURA, 1986; BANDURA, 1997).

Logo, de forma simplificada, pode-se dizer que a auto-eficácia é a habilidade para julgar-se capaz de realizar com êxito uma ação concreta. Assim, a escolha, execução e manutenção de uma ação ou comportamento devem ser inseridas no conceito de auto-eficácia, pois é ela que atua nas pessoas incentivando-as e

desenvolvendo capacidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano.

O principal pressuposto da teoria da auto-eficácia é que os procedimentos fisiológicos servem como meios de criação e fortalecimento das expectativas pessoais de auto-eficácia. Portanto, as expectativas de auto-eficácia são distintas das expectativas de resultados como se pode evidenciar pela **Figura 1**.

A expectativa de auto-eficácia é a convicção de alguém de que é capaz de executar com sucesso um comportamento necessário para produzir um dado resultado. A expectativa de resultados é a crença de uma pessoa de que dado comportamento a levará a certos resultados. As expectativas de resultado e de eficácia são diferenciadas porque o indivíduo pode crer que uma ação particular produzirá certos resultados, mas se eles consideram sérias dúvidas de que são capazes de realizar as atividades necessárias, tais informações não influenciarão seu comportamento (BANDURA, 1977a, p. 193).

Dessa forma, entende-se que uma pessoa pode crer que um comportamento produz certo resultado (expectativa de resultados) e julgar-se capaz de realizá-lo (expectativa de auto-eficácia). Outras possibilidades podem surgir quando uma pessoa crer que um comportamento produz certo resultado, mas não se considera capaz de realizá-lo, ou ainda alguém pode julgar-se capaz de realizar um comportamento, mas não acredita que tal ação possa produzir um resultado.

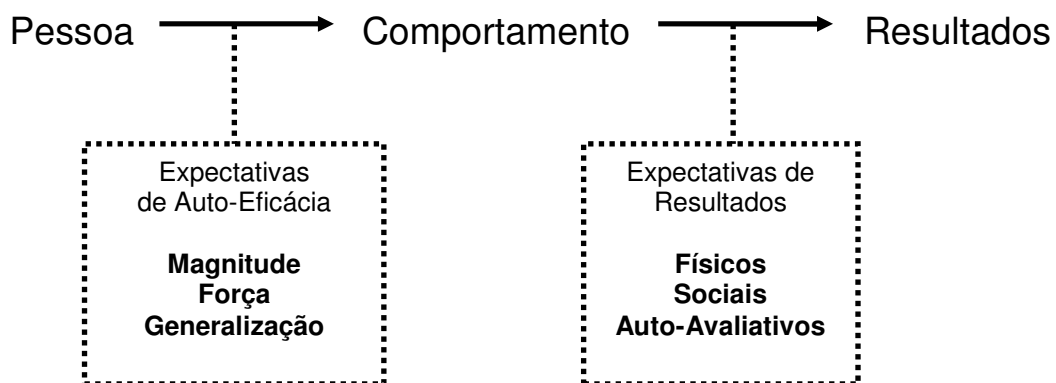


Figura 1 – Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e expectativas de resultados. Adaptado de Bandura A. *Self-Efficacy: the exercise of control*. New York: WH Freeman and Company: 1997.

1.3.1. Expectativa de Auto-Eficácia

A expectativa de auto-eficácia é constituída de três dimensões (magnitude, generalização e força, Figura 1) e está fundamentada em quatro fontes de informação (experiência pessoal, experiência vicária ou observacional, persuasão verbal, e estado emocional e fisiológico) descritas a seguir.

A **magnitude** está diretamente relacionada ao grau de dificuldade para desempenhar uma ação necessária para alcançar um objetivo. A dificuldade pode ser classificada como pequena, moderada ou grande. **Generalização** refere-se às próprias experiências do indivíduo que podem gerar expectativas circunscritas ou mais amplas, generalizadas. A expectativa também varia em termos de **força**, ou seja, pode-se ter uma expectativa fraca ou fortemente arraigada. Expectativas fracas levam a comportamentos facilmente extinguíveis, quando as experiências do indivíduo lhes são desconfortantes, enquanto indivíduos com expectativas fortes tenderão a apresentar comportamentos mais persistentes mesmo diante das dificuldades.

As quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de auto-eficácia estão descritas a seguir:

- **Experiência Pessoal** - pode ser considerada como a fonte de informação mais poderosa e imediata já que uma experiência positiva aumenta a auto-eficácia, enquanto uma experiência negativa a diminui, especialmente quando isso acontece no início do processo de aprendizagem. Uma vez que uma pessoa tenha desenvolvido uma forte auto-eficácia, uma falha posterior na execução da ação não terá tanta repercussão. Os efeitos da experiência negativa dependem do momento em que ocorre a aprendizagem e dos padrões totais das experiências. Experiências com comportamento e atribuições do sucesso ou falha são fontes importantes para o desenvolvimento da expectativa de auto-eficácia. Pessoas que estão certas de suas capacidades tendem a atribuírem falhas a fatores situacionais. Por outro lado, pessoas com baixa auto-eficácia logo atribuirão a falha à sua própria capacidade (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).
- **Experiência Vicária ou Observacional** - compartilhar da experiência de pessoas próximas ao indivíduo é outra fonte importante, especialmente na ausência

de experiência pessoal prévia. As outras pessoas podem servir como modelos e suprir o observador de informações sobre o grau de dificuldade de um comportamento específico, mas para isso o modelo precisa ter as mesmas características do observador que sejam relevantes para executar um dado comportamento. A observação de modelos é uma fonte de auto-eficácia mais fraca do que a experiência pessoal, mas pode contribuir para o julgamento da pessoa em relação à sua própria capacidade (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

- **Persuasão Verbal** - de pessoas experientes, profissionais, consultores podem convencer a pessoa de seu potencial e habilidade para assumir um comportamento. A persuasão verbal é a fonte de auto-eficácia mais utilizada por profissionais de saúde quando orientam seus clientes, pois estão tentando convencê-los de que eles podem executar a ação. De forma geral, para que o sujeito possa ser persuadido, as características de credibilidade, prestígio e especialidade de quem exerce a persuasão são fundamentais. A persuasão pode ser uma boa suplementação das outras fontes de auto-eficácia. Se as pessoas estão convencidas de suas habilidades elas serão mais inclinadas a perseverar e não desistirão facilmente (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

- **Estado Emocional e Fisiológico** - Um estado afetivo e fisiológico positivo refletido na satisfação e excitação pode aumentar a auto-eficácia, por outro lado, experiências como ansiedade, fadiga ou estresse diminuirão o senso de auto-eficácia. As informações do corpo humano também influenciam a expectativa da pessoa de sua capacidade para executar um comportamento específico. No julgamento de suas próprias capacidades as pessoas usam as informações sobre seu estado emocional e fisiológico. Tensão, ansiedade e depressão são vistos como sinais de deficiência pessoal. Em atividades que exigem força e perseverança as pessoas interpretam fadiga, dor, hipoglicemia como indicadores de baixa eficácia física. As pessoas esperam ter mais sucesso quando elas não estão estressadas, logo o estresse pode ter uma influência negativa sobre a auto-eficácia (VAN DER BIJL; SHORTRIDGE-BAGGETT, 2001).

1.3.2. Expectativa de Resultados

Bandura (1997) defende que a forma como alguém se comporta determina o resultado de suas experiências. Da mesma forma, a antecipação que alguém faz dos resultados de sua ação depende de seus julgamentos de quão apto está para realizar determinados comportamentos. Assim, alguém não julga que vai afogar-se para inferir que não sabe nadar. Do contrário, a pessoa julga que não sabe nadar e, portanto se afogaria caso mergulhasse em águas profundas. Essa relação causal está representada também na **Figura 1**, apresentada anteriormente.

Destarte, se a auto-eficácia é o julgamento de alguém de que é capaz de organizar e realizar um dado comportamento, a expectativa de resultado é o julgamento das possíveis conseqüências que tais comportamentos irão produzir.

As expectativas de resultados podem assumir três formas (efeitos físicos, sociais e de auto-avaliação) e cada uma delas pode apresentar-se de forma positiva (servindo como estímulos) e negativa (desestimulando).

Os **efeitos físicos** que acompanham um comportamento podem ser positivos (sensação de prazer, alegria) ou negativos (desconforto, dor, fadiga) e essas respostas físicas interferem no comportamento. Além dos efeitos físicos, o comportamento humano é parcialmente regulado pelas reações sociais do grupo em que está inserido. Assim, os **efeitos sociais** positivos (aprovação, reconhecimento) e negativos (censura, rejeição social) contribuem para a adoção e manutenção de um comportamento e constituem a segunda forma de expectativas de resultados. Por fim, as pessoas desenvolvem seus padrões pessoais, suas personalidades e agem de acordo com suas próprias sanções (**auto-avaliação**). Assim, o indivíduo se comporta de acordo com o que lhe confere satisfação, orgulho e evita comportamentos que lhes provoque censura e desvalorização.

Logo, é importante ressaltar que diferentes padrões de expectativas de eficácia combinados com diferentes expectativas de resultados terão diversos efeitos psicossociais e emocionais sob o indivíduo, que podem variar desde os efeitos mais negativos combinando resignação com apatia, até efeitos mais positivos

que promovem nos indivíduos maior engajamento produtivo, satisfação pessoal e aspiração para novas conquistas, como podem ser vistos na **Figura 2**.

Destarte, fica claro que é a força das convicções do indivíduo na expectativa de auto-eficácia e na expectativa de resultados que influenciarão na decisão de iniciar um dado comportamento, no esforço e persistência de alguém para enfrentar aspectos do cotidiano para manter determinados comportamentos.

		Expectativa de Resultados	
		-	+
Expectativas de eficácia	+	Protesto Descontentamento Ativismo Social Mudança Social	Engajamento Produtivo Aspiração Satisfação Pessoal
	-	Resignação Apatia	Auto-Desvalorização Desânimo

Figura 2 – Efeitos de diferentes padrões de expectativas de eficácia e expectativas de resultados no comportamento e estado emocional do indivíduo. Adaptado de Bandura A. Self-Efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company: 1997.

1.4 Auto-eficácia da mulher durante a amamentação

Bandura (1997) notou que a auto-eficácia medeia os comportamentos de saúde porque as pessoas precisam acreditar que elas podem aderir a comportamentos saudáveis para que assim possam empreender os esforços necessários para alcançá-lo. Logo, a crença da mulher de que ela é capaz de amamentar (auto-eficácia) deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida.

Pesquisas apontam que 27% das mulheres com baixa auto-eficácia na amamentação durante o período pré-natal interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana pós-parto (BUXTON et al, 1991). Esses achados foram ratificados por outros pesquisadores ao estudarem fatores demográficos, médicos e psicossociais identificados no pré-natal que pudessem estar associados com a duração do aleitamento materno e que pudessem subsidiar as estratégias de educação e promoção do aleitamento materno. Dentre os fatores psicossociais, o que se mostrou mais importante foi a auto-eficácia materna. Mulheres com baixo nível de confiança no aleitamento materno tiveram 3,1 vezes mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que tinham total confiança (O'CAMPO et al, 1992).

A confiança no aleitamento materno se revela na crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (CHEZEM; FRIESEN; BOETTCHER, 2003). Fundamentadas na teoria de Bandura (1977), Dennis e Faux (1999) afirmam que tal confiança se constrói a partir de fontes de informação tais como: experiências positivas anteriores (experiência pessoal), observação de outras mães amamentando, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação (experiência vicária), apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher (persuasão verbal) e reações psicológicas diante do ato de amamentar (estado emocional e fisiológico). Destarte, estes elementos vão influenciar diretamente na escolha, realização e manutenção do comportamento de amamentar.

Conforme a **Figura 3**, a auto-eficácia da mulher no aleitamento materno, construída a partir das fontes de informação (antecedentes), promoverá respostas

individuais (conseqüências) que incluem a escolha do comportamento, esforço e persistência, padrões de pensamento e reações emocionais. Por fim, estabelece-se um comportamento que será iniciado, realizado e mantido de acordo com a interpretação do indivíduo em relação a todas as fases anteriores.

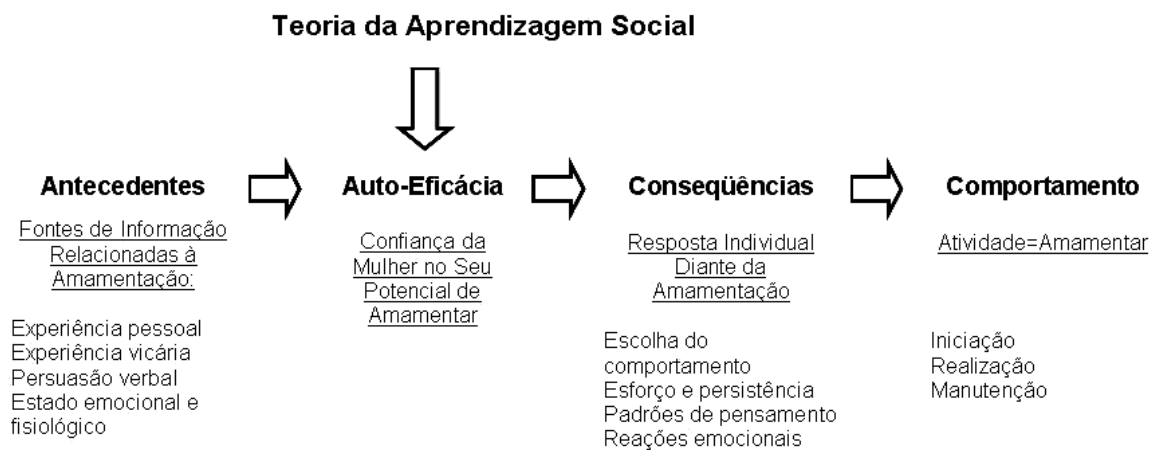


Figura 3 – Relacionando o objeto de estudo com o referencial de auto-eficácia. Adaptado de Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum.Lact.*, 15, 195-201.

Logo, todo esse processo comportamental está fundamentado nas fontes de informação (antecedentes) que já foram descritas anteriormente, mas que aqui recebem o foco do objeto de estudo (a amamentação):

- **Experiência Pessoal** – Como principal fonte de informação uma experiência positiva de amamentação aumenta a auto-eficácia, enquanto uma experiência negativa a diminui, especialmente quando isso acontece no início do processo de aprendizagem.
- **Experiência Vicária ou Observacional** - Compartilhar das experiências de amamentar de pessoas próximas à mulher ou assistir a vídeos educativos são outras fontes importantes, especialmente na ausência de experiência pessoal prévia (primigestas). As outras mães servem como modelos para a ação, mas para isso é importante que o modelo tenha características semelhantes às do observador. Assim, uma mãe adolescente tem maior probabilidade de amamentar quando vê

outras adolescentes amamentando, entendendo como elas superaram suas dificuldades.

- **Persuasão Verbal** – A orientação de pessoas experientes, sejam de familiares ou dos profissionais que estão realizando o pré-natal podem convencer a mulher de sua habilidade para assumir a amamentação. Quando enfermeiros e médicos orientam as gestantes durante a consulta pré-natal ou grupos de discussão sobre a importância da amamentação, por exemplo, eles estão tentando convencer as mulheres de que elas podem executar a ação.
- **Estado Emocional e Fisiológico** – Irão influenciar na construção da auto-eficácia da mulher na sua capacidade de amamentar. Especialmente nas primeiras semanas da amamentação, momento em que a mulher está se adaptando à sua nova condição (de mãe), as dificuldades que lhes são impostas podem ter uma repercussão negativa. Em geral as mães referem dor, dificuldade na pega correta, “peito empedrado” (turgência mamária) ou “rachado” (fissura), quantidade insuficiente de leite, que podem gerar ansiedade, fadiga ou estresse que diminuirão o senso de auto-eficácia. Assim, o que as mulheres acreditam sobre a amamentação e como elas interpretam suas peculiaridades influenciarão na sua auto-eficácia para lidar com a amamentação.

Todas essas diferentes fontes de informação precisam ser processadas cognitivamente para que a auto-eficácia de um dado comportamento possa ser construída.

A partir dos pressupostos teóricos de Bandura foram construídas diversas escalas que avaliam a auto-eficácia do indivíduo em diversos comportamentos, tais como a *Cultural Self-Efficacy Scale* (BERNAL; FROMAN, 1987), *Chronic Pain Self-Efficacy Scale* (ANDERSON et al, 1995), *Arthritis Self-efficacy Scale–ASES* (LORIG et al, 1989), *Pain Self-Efficacy Questionnaire–PSEQ* (ASGHARI; NICHOLAS, 2001) e a *Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale* (GASTAL; PINHEIRO; VAZQUEZ, 2007).

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* foi criada por Dennis e Faux (1999) quando perceberam que nenhum estudo havia investigado o desenvolvimento da confiança materna em sua habilidade de amamentar, logo a confiança no aleitamento materno não havia sido discutida a partir de uma perspectiva teórica,

apesar de outras escalas terem sido usadas para avaliar a confiança materna em diversas situações, tais como a confiança dos pais relacionada à sua habilidade em cuidar dos filhos (FROMAN; OWEN, 1989), confiança das mães em relação ao enfrentamento do parto (LOWE, 1993) e confiança das mães no gerenciamento das tarefas dos pais durante a fase *toddler* (GROSS; ROCISSANO; RONCOLI, 1989).

Baseado nisso, Dennis (1999) fundamentou-se na teoria da auto-eficácia de Bandura (1977, 1986) para estudar a confiança da mulher no aleitamento materno. Bandura (1997) afirma que as pessoas precisam de uma firme confiança em sua eficácia para que possam organizar e manter um comportamento. Ainda ressalta que confiar, crer em sua eficácia é a principal base de ação; a auto-eficácia percebida se refere à crença ou confiança na capacidade de alguém para organizar e executar o curso da ação exigida para produzir um dado comportamento.

Assim, Dennis (1999) definiu que:

A auto-eficácia é um processo cognitivo da confiança do indivíduo em sua habilidade percebida para regular sua motivação, processo de pensamento, estado emocional e ambiente social em realizar um comportamento específico. A auto-eficácia é um fator imperativo na realização de um comportamento específico, pois ela reflete a percepção do indivíduo em relação à sua habilidade e não necessariamente suas verdadeiras habilidades. Estas percepções de auto-eficácia estão relacionadas às crenças nas habilidades de realizar um comportamento específico em uma situação particular e não se refere a uma característica da personalidade que opera independentemente a fatores contextuais. Assim, as expectativas de auto-eficácia de um indivíduo são diversas e específicas para cada situação (p.196).

Destarte, os estudos de Dennis culminaram com a construção da BSES (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale*).

1.5 *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*

Reconhecendo que o comportamento da mulher diante do aleitamento materno ainda não havia sido estudado dentro da perspectiva da auto-eficácia, foi desenvolvido um instrumento (escala) que pudesse avaliar a confiança materna na amamentação (DENNIS; FAUX, 1999).

Escala é um instrumento constituído por uma série de itens relacionados que são pontuados. As pontuações das respostas a esses itens são somadas para gerar um escore composto. Este escore composto permite uma discriminação quantitativa entre os sujeitos em termos do atributo que está sendo medido (NORWOOD, 2000).

O tipo de escala mais conhecido é a escala de tipo Likert, desenvolvida por Rensis Likert em 1932. Em uma escala Likert a cada item de resposta é atribuído um valor que reflete a atitude do respondente em relação a cada assertiva. Os itens de resposta de uma escala Likert deve conter no mínimo três opções, isto é, o indivíduo deve dizer se concorda, está em dúvida ou discorda com o que a frase diz sobre o construto avaliado. Sua principal característica é possibilitar aos seus respondentes não só que concordem ou discordem das assertivas, mas que indiquem seu grau de concordância/ discordância. A pontuação total é dada pela somatória das pontuações obtidas em cada assertiva (PASQUALI, 1999).

Outra característica importante da escala de tipo Likert é que ela pode ser auto-aplicável quando o sujeito tem habilidade para ler e responder às indagações ou ser verbalmente administrada por outrem quando o sujeito não tem habilidade para leitura (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001).

Logo, para o desenvolvimento da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale - BSES* (Escala de Auto-Eficácia na Amamentação), Dennis e Faux (1999) utilizaram o referencial da Teoria de Auto-Eficácia (BANDURA,1986; BANDURA,1977a) seguindo a metodologia da escala de tipo Likert.

Antes do desenvolvimento da escala, foram realizadas revisões da literatura e uma análise criteriosa do conceito de auto-eficácia. Após se decidir pela teoria, o conteúdo que constituiria as assertivas da escala emergiu dos problemas relacionados à prática e duração da amamentação presentes na literatura, tendo a

escala sido dividida em três categorias: 1. Técnica – ações físicas que uma mãe deveria realizar para uma amamentação bem sucedida; 2. Pensamentos intrapessoais – percepção da mulher em relação à amamentação incluindo atitudes e crenças relacionadas à amamentação de sucesso; 3. Apoio – percepção da mãe da assistência informativa, avaliativa, emocional e instrumental que está disponível para ajudá-la a amamentar com êxito. A escala totalizava 43 itens. Para cada item a respondente tinha quatro opções de resposta.

A escala passou por dois processos de validação (conteúdo e construto). A validação de conteúdo foi feita a partir de um julgamento de três especialistas em mensurações e quatro especialistas em conteúdo. Cada revisor recebera um pacote incluindo a escala com os itens desordenados em suas categorias, uma descrição do propósito da escala, uma revisão de literatura e instruções de como proceder a validação.

Foi solicitado que cada revisor categorizasse cada item dentro dos três domínios previamente estabelecidos (Técnica, Pensamentos intrapessoais e Apoio), realizasse uma previsão da maior variabilidade das respostas de cada item, comentários e sugestões em relação a clareza e confiabilidade de cada item. O índice de validade de conteúdo (IVC) foi de 86% indicando um alto nível de concordância entre os especialistas, e 94% dos itens foram categorizados corretamente pelos especialistas. Os itens categorizados de forma incorreta foram revisados. Os itens de respostas foram aperfeiçoados e passaram a ser constituídos por cinco opções (*not at all confident, not very confident, sometimes confident, confident e very confident*) (DENNIS; FAUX, 1999).

Com uma versão previamente elaborada, foi realizado um teste piloto com 23 puérperas para determinar clareza, especificidade das instruções, confiabilidade inicial e necessidade de mais revisões. O alfa de Cronbach obtido foi de 0,95 indicando excelente consistência interna.

A partir do teste piloto foram tomadas as seguintes decisões:

- Três itens que obtiveram alfa de Cronbach de 0,30 foram mantidos para mais avaliações;
- Aperfeiçoamento dos itens de resposta, os quais passaram de 4 para 5 itens;
- Mudanças de palavras das alternativas de resposta de acordo com as sugestões das mães;
- Mudanças de palavras nos itens investigados para se tornarem mais claros e concisos.

Com a escala previamente testada e revisada foi conduzido o estudo com 130 mulheres, que além de responderem aos itens da escala, responderam a um questionário demográfico. Outros dois instrumentos, QMIDAT – *Questionnaire measure of individual differences in achieving tendency* – e GSES – *General self-efficacy scale*, foram usados para se proceder a validade do construto após a coleta de dados. A análise do construto foi realizada por meio de análise fatorial, comparação de grupos contrastados e correlações com medidas teoricamente relacionadas ao construto.

A partir da análise fatorial e da consistência interna, foram deletados 10 itens (incluindo todo o domínio Apoio), o que resultou na versão final da escala com 33 itens organizados em duas categorias de domínio (Técnica e Pensamentos Intrapessoais). Na primeira categoria, a escala focaliza os aspectos técnicos do aleitamento materno mais citados pelas mulheres como: posição correta do bebê durante a amamentação, conforto durante o ato de amamentar, reconhecimento de sinais de uma boa lactação, sucção do mamilo areolar dentre outros fatores. Já na segunda, é levado em consideração o desejo de amamentar, a motivação interna para a amamentação, satisfação com a experiência de amamentar dentre outros fatores. Apesar da BSES ser dividida em duas categorias, os itens da escala não estão organizados por categoria.

Na versão original foram considerados itens de domínio Técnico: 1, 2, 4, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 22, 24, 26, 27, 28, 30, 31, 32 e 33. Por conseguinte, o domínio Pensamento Intrapessoal foi constituído pelos itens: 3, 7, 8, 9, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25 e 29. Vale ressaltar que de acordo com cada cultura em que a escala foi validada houve variações nessa classificação. Foi o que ocorreu com a validação da

BSES nos idiomas chinês e espanhol nos quais cinco e sete itens, respectivamente, constantes no domínio Técnico foram alocados no domínio Pensamento Intrapessoal (DAI; DENNIS, 2003; MOLINA et al, 2003).

Em cada item avaliado, a mulher recebe uma pontuação (variável de 1 a 5 pontos) de acordo com o grau de concordância concedido pela mesma. Assim, os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos, sendo aquelas mulheres com maior pontuação, as que têm maior confiança no leite materno e na sua habilidade de manter a amamentação, ou seja, são mais auto-eficazes, constituindo assim na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo.

Em nenhum momento as autoras tratam de uma média pontual para discriminar as mulheres, o que revela a necessidade de mais estudos que contribuam para o aperfeiçoamento da BSES. Entretanto, a escala permite perceber pontos específicos em que cada mulher teria mais dificuldade e, portanto, precisaria de maior assistência para ser mais eficaz em relação à amamentação. A confiabilidade da BSES foi analisada por meio do alfa de Cronbach que foi de 0,96.

A validade de construto realizada pela comparação de grupos contrastados ao dividir o grupo de puérperas em primíparas e múltíparas confirmou a hipótese de que as múltíparas com prévia experiência de sucesso relacionada à amamentação teriam maiores escores na BSES. Por fim, a validação por meio das correlações com medidas teoricamente relacionadas ao construto foi parcialmente atingida, pois houve relação positiva somente com o QMIDAT.

A validade preditiva é determinada pela relação entre uma escala e a ocorrência do evento a ser verificado antes, durante e após a aplicação do instrumento. Logo, foi realizada a correlação entre os escores da BSES com a dieta do bebê após seis semanas de vida. A dieta do bebê foi dividida em amamentação exclusiva, amamentação mista e aleitamento artificial. Foi calculada a média para cada padrão alimentar além da análise não paramétrica (ANOVA). Assim, foi verificado que quanto maior o escore da BSES maior foi a probabilidade de a mulher manter a amamentação exclusiva na 6ª semana pós-parto. Diante dessas

evidências acredita-se que a validação e a difusão do uso da BSES sejam relevantes para as mais diversas culturas que envolvem a amamentação.

1.6 Justificativa e Finalidade do estudo

A BSES vem sendo utilizada para medir a auto-eficácia das mães na sua habilidade de amamentar. Apesar de ter sido criada e validada no Canadá, a BSES já tem sido validada em outros países de língua inglesa (CREEDY et al, 2003), hispânica (MOLINA et al, 2003), chinesa (DAI; DENNIS, 2003) e polonesa (WUTKE; DENNIS, 2007), o que estimula a traduzi-la e aplicá-la no idioma português. Para as versões da BSES validadas na Austrália, Porto Rico, China e Polônia, os alfas de Cronbach foram respectivamente 0,97, 0,96, 0,93 e 0,89. Vale ressaltar que a versão australiana obteve alfa de Cronbach de 0,97 quando aplicada no pré-natal, e 0,96 quando aplicada uma semana e 4 meses após o parto; e a polonesa se trata de uma versão abreviada com apenas 14 itens que vem sendo testada para ser utilizada no ambiente hospitalar.

O uso da escala permite ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor auto-eficácia (ao verificar a pontuação de cada assertiva), possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno personalizado antes dela decidir por não amamentar ou desmamar precocemente. Tal fato pode levar em médio e longo-prazo à redução das taxas de desmame precoce e conseqüentemente à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-filho.

Diante do exposto, a realização dessa pesquisa visa traduzir, aplicar e validar a BSES dentro do contexto do Brasil, considerando de forma particular a realidade de Fortaleza. Acredita-se que a validação de um instrumento dessa natureza, na realidade do Nordeste brasileiro, será de grande relevância para a promoção da saúde materno-infantil com projeção para o circuito nacional.

Diante das evidências dos benefícios do aleitamento materno para a saúde do binômio mãe-bebê e da fundamentação teórica do construto da auto-eficácia, registradas na literatura e aqui apresentadas, é perceptível que estudos, que aproximem o aleitamento materno e a auto-eficácia, são relevantes.

Investigar a repercussão da auto-eficácia na prática da amamentação possibilita vislumbrar um novo conhecimento, que fundamentará intervenções inovadoras que possam estimular o início e a manutenção da amamentação por um período maior, o que favoreceria mãe e filho.

Destarte, a adaptação transcultural para o português e a validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* poderá fornecer subsídios para a construção de intervenções personalizadas de acordo com a realidade de cada nutriz.

Logo, com a realização desta investigação, deseja-se: obter um instrumento confiável, válido, que seja capaz de avaliar a percepção de auto-eficácia para a prática da amamentação. Além disso, busca-se colaborar com a publicação de um instrumento que possa ser utilizado por enfermeiros e outros profissionais de todo o Brasil para que se possibilite construir novas evidências em relação às atitudes das mulheres frente à amamentação nas diferentes regiões do país, abrindo assim um painel de discussão na comunidade científica e clínica que culmine com o desenvolvimento de novas estratégias para a promoção do aleitamento materno.



OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Este estudo tem os seguintes objetivos:

- Traduzir e adaptar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para a língua Portuguesa no contexto brasileiro.
- Aplicar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Versão Brasileira* em gestantes inseridas no contexto de Fortaleza.
- Verificar a Confiabilidade e a Validade da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Versão Brasileira* para a detecção da auto-eficácia das mulheres na sua habilidade de exercer a amamentação.
- Verificar a associação entre os escores da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Versão Brasileira* e as variáveis sociodemográficas e obstétricas.



MÉTODOS

3 MÉTODOS

Neste estudo foi utilizada a abordagem quantitativa. Uma pesquisa de abordagem quantitativa segue um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático para gerar informações sobre o mundo, e deve ser conduzida para descrever novas situações, eventos ou conceitos, examinar relações entre conceitos e idéias e determinar a eficiência de tratamentos (BURNS; GROVE, 2003).

O estudo foi iniciado com o processo de tradução e adaptação da BSES ao contexto do Brasil. A autorização para tradução, adaptação, aplicação e validação da escala foi obtida por meio de contato eletrônico com a autora da BSES, Enfermeira Dra. Cindy Dennis que não só apoiou e incentivou a realização do estudo (Anexo A), mas também colaborou com o mesmo.

Logo, esta investigação se trata de uma pesquisa metodológica que visa verificar as propriedades psicométricas da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão Brasileira* (BSES-VB). Conforme LoBiondo-Wood e Haber (2001), a psicometria está relacionada com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de medição durante o processo de pesquisa. Logo, a psicometria procura mensurar um conceito por meio de instrumentos válidos e confiáveis.

Ainda segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001) o estudo metodológico visa definir o construto ou comportamento a ser medido, formular os itens da ferramenta, desenvolver as instruções para usuários e respondentes, e testar a confiabilidade e a validade da ferramenta.

Todas essas etapas foram desenvolvidas durante a construção da versão original da BSES pela Dra. Dennis. Porém, neste estudo a BSES passou por um rigoroso processo de tradução e adaptação transcultural e foram verificadas as suas propriedades psicométricas (confiabilidade e validade).

3.1 Tradução e Adaptação da Escala

A BSES vem sendo utilizada por estudiosos da área de aleitamento materno em diversos países, tais como: Austrália, China, Porto Rico e Polônia (CREEDY et al, 2003; DAI; DENNIS, 2003, MOLINA et al, 2003; WUTKE; DENNIS, 2007). Contudo, por ter sido desenvolvida no contexto cultural e lingüístico do Canadá (em inglês), é imprescindível que se faça além da tradução, a adaptação transcultural para a realidade brasileira para que este instrumento possa ser utilizado na promoção do aleitamento materno no Brasil. Logo, a tradução de um instrumento deve seguir alguns passos importantes para garantir a equivalência do conteúdo e da semântica entre os dois idiomas em questão (inglês e português).

Existem pelo menos três diferentes técnicas que podem ser utilizadas no processo de tradução de um instrumento (CAPITULO; CORNELIO; LENZ, 2001):

- Tradução e Tradução de volta (*back-translation*): é definida como a tradução do idioma-original (inglês) para o idioma-alvo (português), usando um tradutor profissional, seguido da tradução de volta (do idioma-alvo para o idioma-original) por outro tradutor profissional. Deve ser feito por tradutores nativos no idioma-alvo para se obter um bom nível na tradução.
- Tradução por um comitê: tradução de um instrumento do idioma-original para o idioma-alvo por um grupo de indivíduos bilingües.
- Tradução por um especialista: tradução realizada por uma pessoa que seja especialista nos dois idiomas (original e alvo) e familiar com o conteúdo do instrumento, resultando em uma tradução de maior qualidade.

Além destes, Beaton et al (1998) desenvolveram um método considerado mais completo e que atende a todas as exigências anteriormente citadas, sendo este adotado para a trajetória metodológica da adaptação transcultural do instrumento deste estudo.

Este protocolo envolve a adaptação dos itens que constituem a escala, além das instruções e opções de respostas e compreende cinco etapas: 1. tradução

inicial, 2. síntese da tradução, 3. tradução de volta ao idioma original (*back-translation*), 4. comitê de juízes e 5. pré-teste da versão final (**Figura 4**) as quais estão descritas a seguir.

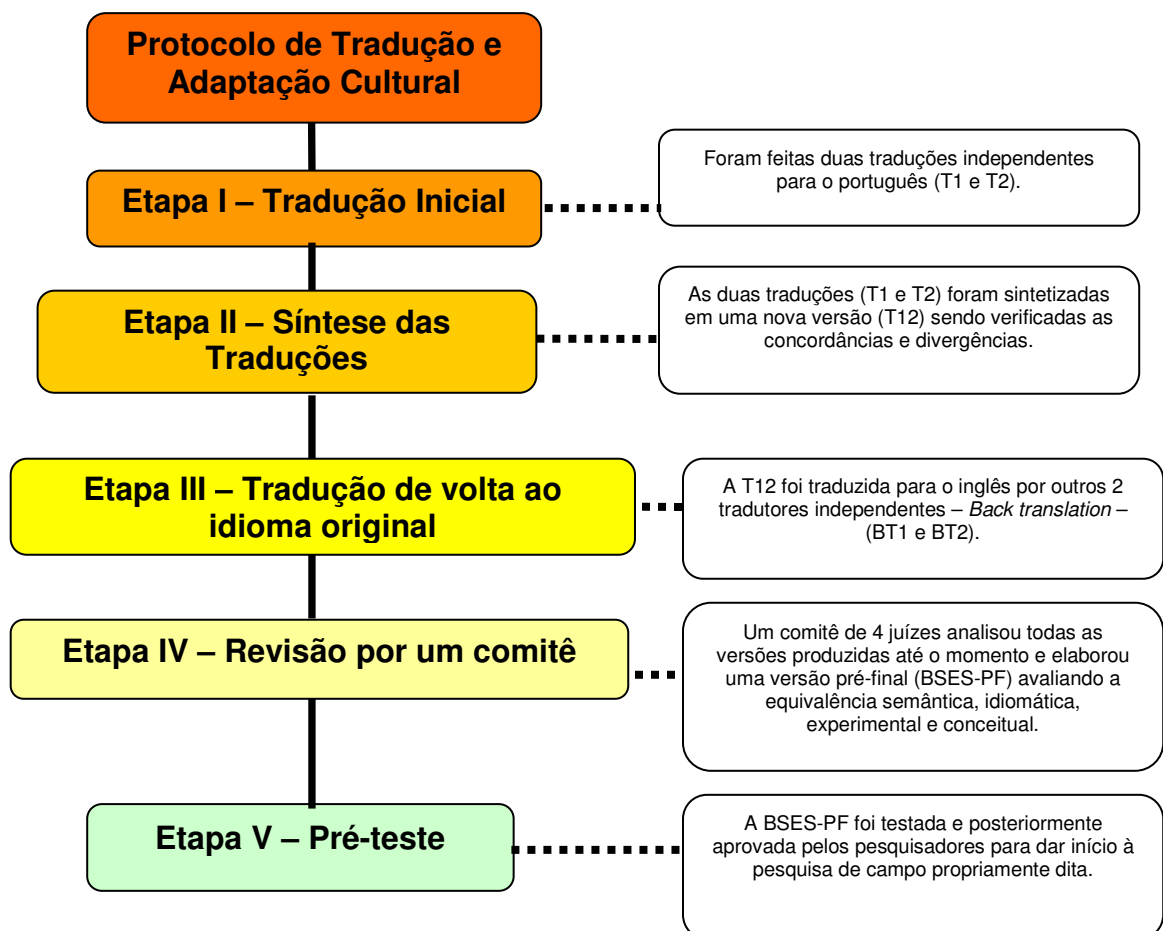


Figura 4 – Representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural (BEATON; BOMBARDIER; GUILLEMIN et al, 1998).

1. Tradução Inicial

O protocolo se inicia com a realização de duas traduções independentes para o idioma português, realizadas por dois brasileiros com domínio do idioma inglês. A tradutora 1 (T1) não era da área da saúde e residia nos Estados Unidos da América há mais de 20 anos e foi informada do objetivo da tradução. O segundo tradutor (T2) foi um estudante de medicina, com fluência do inglês e não foi informado do objetivo da tradução.

2. Síntese da Tradução

Com as duas versões em Português, foi realizada uma cuidadosa análise dos textos produzidos, considerando também a versão original, de forma a minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras e expressões que mudassem o sentido dos itens. Logo, foi possível produzir uma única versão (T12) que seria encaminhada para a *back-translation*.

3. Tradução de volta ao idioma original (*back-translation*)

A *back-translation* deve ser realizada por nativos do idioma inglês. Assim, foi obtida a colaboração de dois estudantes de medicina de uma universidade americana (*University of Virginia*) que moraram no Brasil, e que tinham fluência com o português para produzir as *back-translations* 1 e 2 (BT1 e BT2). Com a conclusão das *back-translations* passou-se para a fase seguinte.

4. Comitê de Juízes e Adaptação Transcultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*

Nesta fase, cada um dos juízes recebeu um kit (Apêndice A) contendo os seguintes documentos: 1. Diagrama com a síntese do protocolo de tradução, 2. Versão original da BSES, 3. Versões produzidas durante as fases anteriores (traduções e *back-translation*), 4. Instrumento contendo as orientações para que procedessem a avaliação da escala em relação à equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual e 5. Termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a análise das equivalências, os juízes deveriam considerar a avaliação gramatical e de vocabulário (equivalência semântica), elaboração de expressões

equivalentes em português para expressões idiomáticas de difícil tradução (equivalência idiomática), uso de termos coerentes com a realidade cultural da população do estudo (equivalência cultural) e os conceitos traduzidos deveriam ser explorados e experimentados pela população brasileira (equivalência conceitual).

O comitê foi composto por três professores universitários com doutorado em suas áreas de atuação, sendo dois professores do curso de enfermagem, com experiência em educação em saúde e aleitamento materno. Dentre os três professores, dois tiveram uma experiência de residir em países de língua inglesa (Inglaterra e Estados Unidos da América) e um é professor de inglês.

Após a avaliação pelos membros do comitê, foi realizada uma revisão de todas as anotações para se produzir a versão final e conduzir a fase do pré-teste.

5. Pré-teste da versão final

A fase do pré-teste (BSES-PF) é um momento muito importante do processo de adaptação transcultural para avaliar a receptividade do instrumento pela população alvo. Logo, durante o pré-teste foi registrado quanto tempo as mulheres dispensaram para responder a escala e depois lhes foi perguntado sobre a compreensão de cada afirmativa e dos itens de resposta, além de sugestões para que a escala se tornasse mais compreensiva e fácil de aplicar. Todas as impressões da amostra durante o pré-teste foram criteriosamente consideradas para a confecção da versão final da BSES-VB.

Para o pré-teste foram entrevistadas 30 mulheres, sendo 15 gestantes (4 primigestas e 11 multigestas) e 15 puérperas (6 primíparas e 9 multíparas), com idades variando entre 16 e 43 anos ($M=26,33$ e $DP=7,17$)., As mulheres eram casadas ou viviam em união consensual (24), não exerciam atividades remuneradas, tendo como principal ocupação ser dona de casa (16); quanto a escolaridade, 13 tinham completado o ensino médio, o que equivale a 12 anos de estudo. As mulheres envolvidas no pré-teste estavam sendo assistidas no pré-natal ou puerpério em serviços do setor público de saúde, logo se esperava uma baixa renda familiar, no entanto a renda variou de R\$ 50,00 a R\$ 1.900,00/mensais com uma média de R\$ 672,14. Entre as puérperas e multigestas (considerando os partos

anteriores) prevaleceu o parto normal (14) em relação ao cesariano (11). Treze mulheres informaram ter tido experiência anterior com amamentação, sendo que 5 amamentaram exclusivamente seus filhos anteriores por mais de quatro meses.

Em relação à aplicação da escala, 14 mulheres responderam a escala sozinhas (sob a supervisão do pesquisador) e 16 preferiram ser entrevistadas. Vale ressaltar que dentre as 15 puérperas, apenas duas mulheres optaram por preencher as escalas por si mesmas, o que pode ser um reflexo do desgaste físico do pós-parto (mesmo a escala sendo aplicada 6 horas após o parto) ou da atenção que a mãe está concedendo ao seu bebê.

O tempo utilizado pelas mulheres para se completar a escala variou de 4 a 15 minutos ($M=9$; $DP=2,75$). As participantes foram unânimes em considerar a escala fácil de compreender, no entanto 15 mulheres tiveram dúvidas em pelo menos um item, sendo que duas mulheres referiram dúvidas em cinco itens. Os itens que mais apresentaram dúvidas foram o 29 (8 mulheres), o 23 (6 mulheres) e o 32 (5 mulheres). Para minimizar este problema, facilitar a compreensão da escala, e evitar qualquer duplicidade de sentido que pudesse levar a mulher a um erro de interpretação, a versão pré-testada retornou para o comitê de juízes e foram construídos exemplos ou expressões adicionais que foram colocadas entre parênteses logo após os itens 3, 7, 10, 17, 18, 19, 20, 23, 27, 29, 31 e 32. A inserção de itens exemplos ou expressões adicionais tem sido utilizada por outros pesquisadores (VICTOR, 2007). Após a inserção das expressões a escala foi novamente aplicada às mesmas mulheres e elas concordaram que os itens ficaram mais compreensíveis.

Um ponto de difícil avaliação foi os itens de respostas a serem utilizados na escala. Na tradução para a versão em português as respostas foram 1=não confio de jeito nenhum, 2=não confio muito, 3=às vezes eu confio, 4=eu confio e 5=eu confio muito. Porém, por não ser culturalmente muito utilizado a terminologia de confiança, criou-se um novo padrão de resposta (1=discordo totalmente, 2=discordo, 3=às vezes concordo, 4=concordo e 5=concordo totalmente), para avaliar qual das opções de respostas seria mais compreensiva para as mulheres. Destarte, 17 participantes optaram pelo padrão de concordância, sendo, portanto este padrão de respostas escolhido para constituir a versão final da escala adaptada para o

português. Além de ter considerado a perspectiva das mulheres, essa mudança no padrão de resposta foi discutida com a autora da escala, que concordou com a alteração, já sendo realizada em outras adaptações da BSES (DAI; DENNIS, 2003).

O escore total da escala variou de 93 a 162 pontos ($M= 127,03$; $DP= 19,62$). Quando considerado apenas as múltiparas, a pontuação da escala variou de 106 a 156 ($M= 131,66$, $DP= 15,91$). O alfa de Cronbach foi 0,90 indicando uma ótima consistência interna, no estudo original o alfa de Cronbach na fase pré-teste foi 0,95 (envolvendo apenas 23 mulheres). A correlação item-total revelou cinco itens (17, 23, 27, 28 e 31) abaixo de 0,30, contudo foi decidido deixá-los na escala para mais análises. Tal conduta também foi assumida no estudo original (DENNIS; FAUX, 1999).

Além disso, a retirada de qualquer um dos itens separadamente não influenciaria no resultado final do alfa de Cronbach. Somente com a exclusão dos cinco itens em conjunto o alfa aumentaria para 0,92 (uma variação de apenas 0,02 pontos) o que não é considerado relevante. Pallant (2005) recomenda a retirada de itens com valores de correlação item-total menores que 0,30 apenas quando o Alfa de Cronbach é muito baixo (menor que 0,70). O coeficiente de correlação intraclasse, também utilizado para verificar a confiabilidade, foi 0,892, o que confirma a confiabilidade da BSES-VB.

Assim, obteve-se uma escala com 33 itens, dos quais 12 precisaram de expressões adicionais para serem melhor compreendidos.

3.2 Validação da Escala

Na adaptação de um instrumento para outras culturas é necessário que se faça a verificação das propriedades psicométricas, para se certificar de que o instrumento adaptado tenha as mesmas propriedades do instrumento original. Essa verificação psicométrica se dá por meio de um processo de validação e confiabilidade.

A validade refere-se à habilidade de um instrumento em medir o que se propõe. Quando se fala em validade, o que está em foco não é somente um instrumento, se valida a interpretação dos dados originados de um procedimento específico, não o instrumento de medida em si, mas o instrumento em relação à proposta para a qual ele está sendo usado.

Há várias maneiras de se verificar a validade de um instrumento que variam de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador: a validade de conteúdo, a validade do construto e a validade relacionada com critério.

Neste estudo foram utilizadas as **validades de conteúdo** e de **construto**. Para tanto, após a obtenção da versão final da BSES-VB, antes de sua aplicação no campo de pesquisa, foi adotada a validade de conteúdo, a qual se refere à cobertura da área do conteúdo que está sendo medido com base em julgamento subjetivo. A **validade de conteúdo** permite ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a constitui são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Como a BSES já teve seus domínios (Técnica e Pensamentos intrapessoais) e afirmativas validadas em seu conteúdo original (inglês), foi realizada uma revalidação do conteúdo em português. Isso é relevante para que se possa avaliar se cada afirmativa que constitui a BSES tem relação com a realidade cultural do Brasil e, portanto, sua presença na versão em português (BSES-VB) faz sentido. Por ser um processo muito subjetivo, a validade de conteúdo tem sido alvo de diversas críticas no meio científico e algumas estratégias têm sido desenvolvidas para torná-la mais objetiva. Uma delas é a construção do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) preconizado por (WALTZ; BAUSELL, 1981) e utilizado por outros pesquisadores (LYNN, 1986; DENNIS; FAUX, 1999; SOEKEN, 2005).

Cada especialista recebeu um instrumento contendo os itens da escala e cinco questões a serem respondidas em relação a cada item (Apêndice B). Assim, foi possível avaliar a 1. a clareza e a compreensão, 2. associação com a confiança materna no ato de amamentar, 3. classificar os itens em domínios, 4. a relevância e 5. o grau de relevância dos itens da escala. Os resultados da análise dos

especialistas foram organizados em um banco de dados para que fosse calculado o IVC.

Especificamente em relação à relevância dos itens que constituem a escala, foi solicitado a cada revisor que indicasse o nível de relevância de cada item que compõe a BSES usando uma escala que varia de 1 a 4 pontos (1. Irrelevante, 2. Pouco relevante, 3. Realmente relevante, 4. Muito relevante). Essa escala de relevância tem sido utilizada por outros pesquisadores que utilizam o IVC (DENNIS; FAUX, 1999).

O IVC é usado para quantificar a extensão da concordância entre os especialistas (SOEKEN, 2005). Este índice é considerado importante especialmente quando se usa apenas dois especialistas para proceder a validade de conteúdo. Neste estudo foi possível contar com a colaboração de três especialistas com experiência na promoção do aleitamento materno.

Polit e Beck (2006) tecem diversas críticas em relação à forma como se dá a validade de conteúdo, afirmando que em muitas publicações científicas os autores não esclarecem como chegaram ao IVC publicado e propõem 3 equações matemáticas para se calcular o IVC: o SVI-Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala), SCVI/UA (proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 – relevante e 4 – muito relevante, por todos os especialistas) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais).

O IVC igual a 1 indica concordância plena. No entanto, isso não quer dizer que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas significa dizer que há uma relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos escores dos demais.

Com o avançar do estudo se procedeu a **validade de construto**. Assim, a escala passou por um segundo processo de validação após a aplicação da escala na população alvo. A validade de construto foi realizada a partir da testagem de hipóteses por comparação dos grupos contrastados e análise fatorial (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para se utilizar da validação por testagem de hipótese, o pesquisador usa o conceito que subsidia a escala (auto-eficácia) para desenvolver hipóteses relativas ao comportamento (amamentar) dos sujeitos com diferentes escores da escala. Logo, as hipóteses desenvolvidas para este estudo foram:

- As primigestas obterão **menores escores** de auto-eficácia.
- Os melhores escores de auto-eficácia estarão associados às multigestas com **experiência anterior satisfatória** de amamentar.

Para tanto, foi realizada uma análise comparativa entre os dois grupos de mães – primíparas e múltiparas (comparação de grupos contrastados) e as variáveis relevantes (os domínios e a escala total).

A análise fatorial organiza um grande número de variáveis (33 itens da BSES-VB) e as agrupa em um número menor de categorias conhecidas como fatores, que representam as dimensões latentes ou os domínios (técnico e pensamento intrapessoal) de uma escala. Essa redução no conjunto de dados facilita a análise e interpretação dos dados (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Então, a análise fatorial é um procedimento estatístico que fornece informações sobre quanto um conjunto de itens mede as diferentes dimensões de um construto. No caso da BSES-VB o interesse pela análise fatorial repousa no seu potencial de identificar e agrupar os itens relacionados às dimensões latentes (domínios) da auto-eficácia da amamentação, que são os domínios técnico e pensamento intrapessoal.

A análise fatorial produz para cada item, a carga fatorial (saturação) deste no fator e esta carga fatorial indica a covariância entre o item e o fator, de sorte que quanto mais próximo de 100% de covariância item-fator, melhor será o item, pois ele assim se constitui num excelente representante comportamental do fator (PASQUALI, 1999, p.61).

As cargas fatoriais variam de -1 a +1. Os psicometristas recomendam uma carga fatorial mínima de 0,30 para que um item seja mantido no instrumento que está sendo avaliado.

3.3 Confiabilidade dos instrumentos de mensuração

Existem diferentes formas de medir a confiabilidade de um instrumento, tais como a porcentagem de concordância, o quiquadrado e o coeficiente de correlação de Pearson (que não levam em consideração as situações do acaso) e o Kappa, Kappa ponderado e o coeficiente de correlação intraclasse (que controlam o efeito do acaso e, portanto são consideradas mais adequadas).

A seleção dentre um destes coeficientes depende da natureza do instrumento a ser avaliado. O Kappa deve ser utilizado quando o instrumento avaliado produz medidas categóricas como um diagnóstico, por sua vez o Kappa ponderado deve ser aplicado quando o instrumento produz categorias ordenadas como ótimo, bom, regular, ruim e péssimo. Por fim, o **coeficiente de correlação intraclasse** (CCIC) é um teste de confiabilidade que deve ser aplicado quando o instrumento produz valores numéricos discretos ou contínuos como escores totais (MENEZES; NASCIMENTO, 2000), sendo este o caso da BSES.

A confiabilidade foi ainda verificada por meio da consistência interna medida pelo **Alfa de Cronbach**, que assume valores de zero a um, em uma escala progressiva de ajustes, para que pudesse se determinar a homogeneidade ou consistência interna do instrumento, isto é, se as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas às outras.

O Alfa de Cronbach é o indicador mais freqüentemente utilizado na análise da consistência interna, pois é capaz de refletir o grau de covariância dos itens do instrumento entre si. Quanto maior o valor de alfa, maior a variância do conjunto de itens e menor a variância específica de cada ítem, o que indica a congruência entre os itens de um instrumento. O Alfa de Cronbach assume valores de zero a um, em uma escala progressiva de ajustes.

A estabilidade de uma escala está relacionada à sua capacidade de medir o construto de forma consistente com o passar do tempo. Para verificar a estabilidade a escala deve ser submetida ao **teste-reteste**, ou seja, o pesquisador aplica o mesmo instrumento a uma amostra de pessoas, em dois momentos diferentes, e depois compara os escores obtidos. Neste estudo o intervalo entre as duas

aplicações da escala variou de 4 a 6 semanas e utilizou-se o coeficiente de Serman-Brown (GARSON, 1998) e o coeficiente de correlação de Pearson (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001) para comparar as duas medidas.

Para todos os testes foi fixado o nível de significância de 5%. Os procedimentos das análises de confiabilidade e validade estão sintetizados na **Figura 5**.

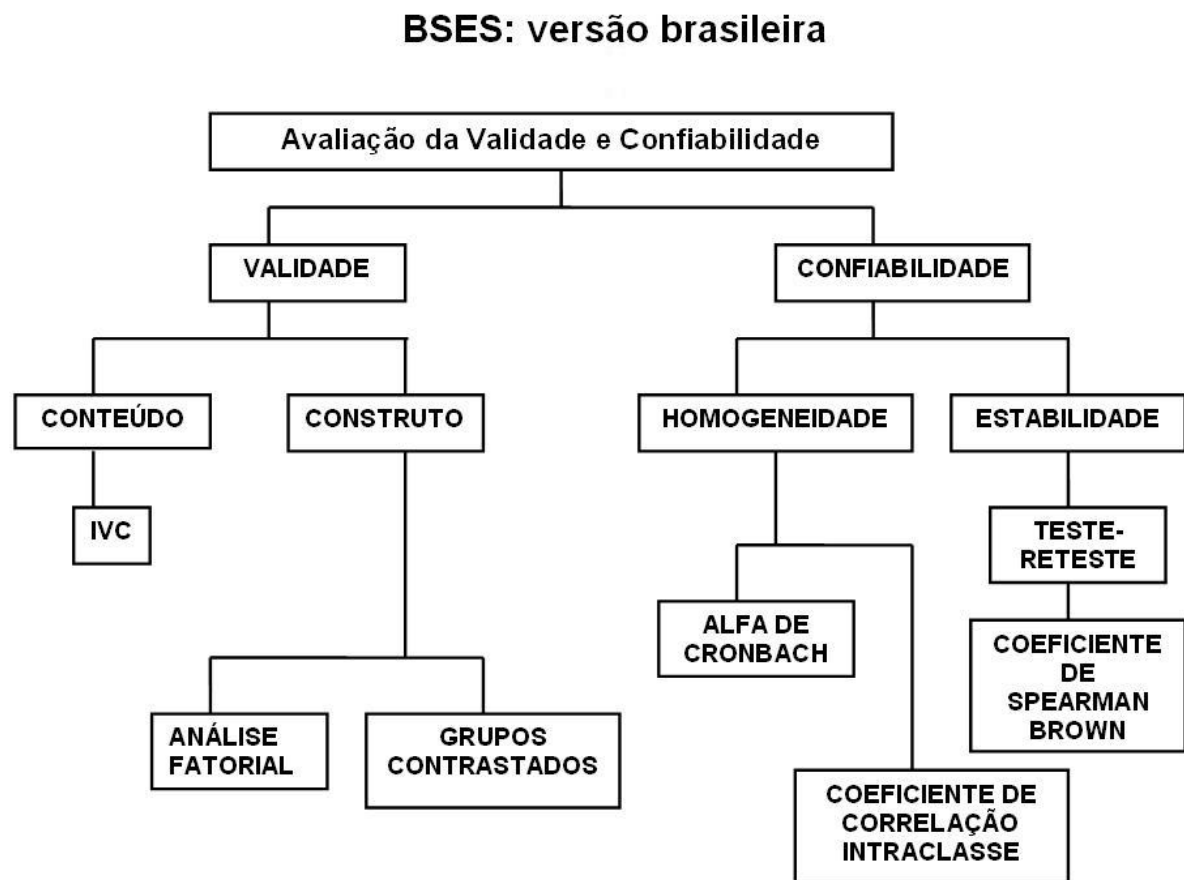


Figura 5 – Síntese dos procedimentos de validade e confiabilidade da BSES-VB.

3.4 Local

O estudo foi realizado no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães (CSFAM) situado no bairro Rodolfo Teófilo que integra a Secretaria Executiva Regional III (SER III - Fortaleza). O CSFAM oferece à comunidade diversos serviços como: imunização, pediatria, clínica médica, obstetrícia, ginecologia, pré-natal, dermatologia, otorrinolaringologia, odontologia, endocrinologia, oftalmologia, gastroenterologia, urologia, radiologia, ultra-sonografia e laboratório de análises clínicas, e serve como campo de estágio e pesquisa para os diversos profissionais da área da saúde das diferentes universidades de Fortaleza, tanto no nível de graduação, como especialização, mestrado e doutorado, contribuindo sobremaneira para a formação do profissional de saúde.

3.5 População e Amostra

A população do estudo foi composta por aproximadamente 507 gestantes que fizeram seu pré-natal no Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães no período de julho a outubro de 2007.

Para o cálculo do tamanho amostral, fixou-se uma percentagem de mulheres que amamentariam exclusivamente até o terceiro mês de vida do bebê em 20%, o nível de significância ($\alpha = 0,05$), o erro amostral absoluto (6,4%) e a população ($N=507$). Esses valores aplicados na fórmula abaixo, indicada para populações finitas, proporcionou uma amostra de tamanho igual a 117 gestantes.

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

onde:

n = é o tamanho da amostra;

t = é o valor da distribuição t de Student ($t_{5\%} = 1,96$);

P = percentagem de mulheres que amamentam exclusivamente ($P= 20\%$ e $Q= 80\%$);

N = é o tamanho da população ($N=507$); e

e = é o erro amostral ($e = 6,4\%$)

Uma amostra de 117 mulheres permite uma proporção de 3,54 mulheres/item. Inicialmente parece uma relação baixa quando comparada às sugestões de especialistas de uma relação de 5 (TABACHNICK; FIDELL LS, 2001) e 10 (NUNNALLY, 1978) sujeitos/item, entretanto no estudo original a relação foi de 3,02 mulheres/item (com a escala de 43 itens testada em 130 mulheres, só depois da análise fatorial e verificação da confiabilidade a escala original foi reduzida para 33 itens) e os resultados obtidos foram consistentes.

A proposta inicial deste estudo era que as mulheres fossem acompanhadas pela pesquisadora até o terceiro mês pós-parto, para que se pudesse estabelecer a relação entre os escores da BSES-VB e as taxas de aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses de vida da criança. Entretanto, diante das dificuldades apresentadas durante o estudo para se ter acesso às mulheres após o parto, o acompanhamento se restringiu ao primeiro mês de vida do bebê.

Para tanto, foram considerados os seguintes critérios para inclusão das gestantes no grupo amostral: gestantes atendidas no serviço de pré-natal do Centro de Saúde da Família Anastácio Magalhães; gestantes a partir do terceiro trimestre de gravidez; gestantes sem restrições físicas ou mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento e gestantes que aceitassem ser entrevistadas no pré-natal e posteriormente visitadas no puerpério. Para o planejamento da visita domiciliar foi utilizado como parâmetro a data provável do parto.

As mulheres que não se adequaram a esses critérios foram excluídas do estudo. Para melhor visualização de todos os envolvidos no estudo, desde a adaptação transcultural até a finalização do estudo, as amostras estão descritas na **Figura 6**.

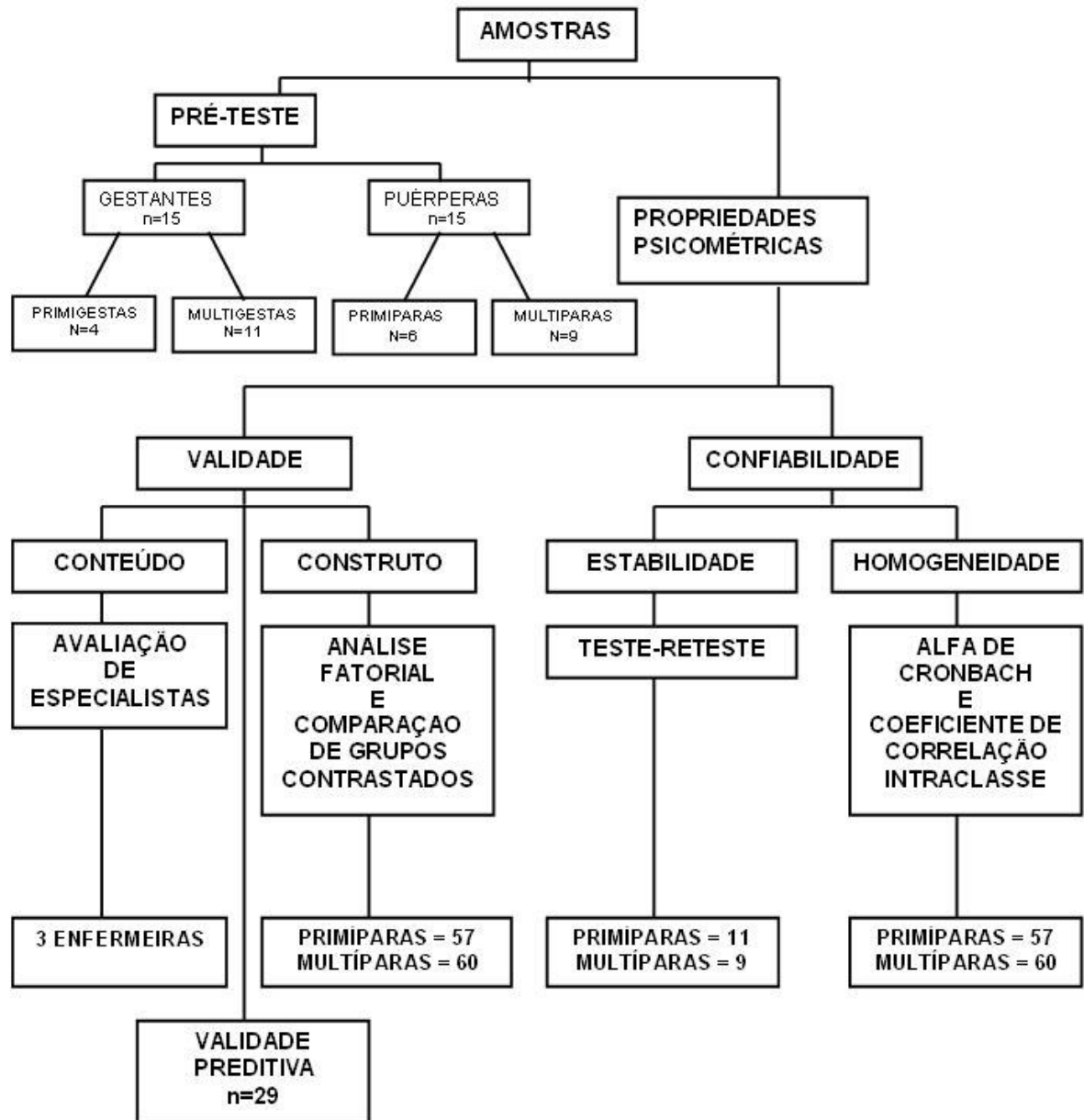


Figura 6 – Representação gráfica das amostras envolvidas nas diversas fases do estudo.

3.6 Operacionalização da Coleta de Dados

A pesquisa de campo deu início tão logo se completou todas as etapas do protocolo de Beaton (1998) e se definiu a versão em português da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* e se obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Logo, a pesquisa transcorreu em duas etapas como se seguem:

Etapa I – Aplicação da escala antes ou depois da consulta pré-natal às mulheres no terceiro trimestre gestacional que concordaram em participar do estudo, levando em consideração os demais critérios de inclusão da amostra. Para alcançar o maior número de gestantes a pesquisadora e sua equipe (quatro estudantes de enfermagem devidamente treinadas) se revezaram na coleta de dados.

Etapa II – Acompanhamento do *status* de aleitamento materno por meio de visitas domiciliares com 15 dias e um mês de vida da criança. As mulheres estavam cientes de que aproximadamente 15 dias após a data provável do parto elas seriam visitadas por um dos membros da equipe de pesquisa. De forma que em cada encontro as crianças foram pesadas (balança Canguru ou cegonha que dispõe de uma bolsa em tecido acoplada à balança) e medidas (antropômetro e fita métrica) e as mães foram indagadas sobre a dieta da criança. A partir daí, a dieta da criança foi classificada conforme as definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) como consta na **Figura 7**.

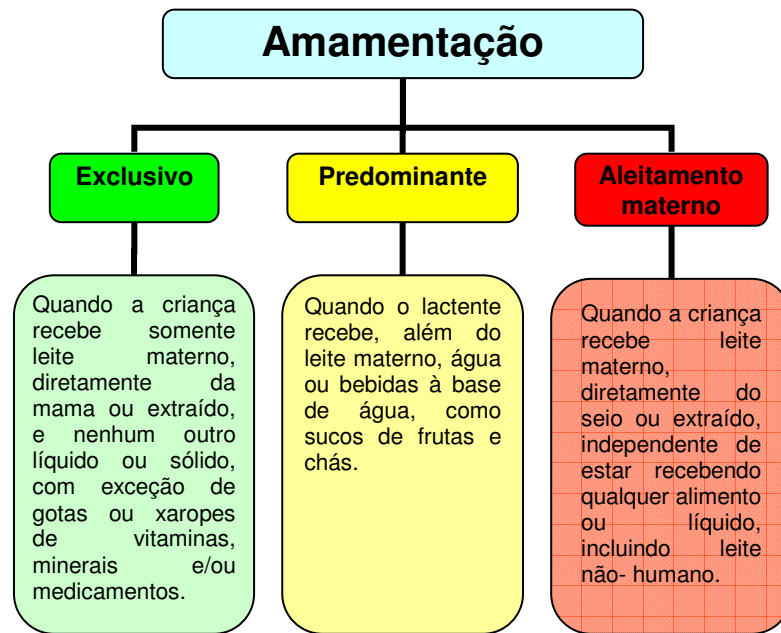


Figura 7 – Esquema para definição de aleitamento materno. Adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

A aplicação de uma escala está sujeita a alguns problemas, dentre os quais Polit, Beck e Hungler (2001) consideram os mais comuns aqueles referentes a parcialidade do conjunto de respostas que podem ser divididos em três tipos a saber: 1. Parcialidade pelo desejo de aceitação social, 2. Parcialidade extrema do conjunto de respostas e 3. Parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas.

A **parcialidade pelo desejo de aceitação social** ocorre quando o indivíduo tende a mascarar suas atitudes ou características concedendo respostas que sejam consistentes com a visão social vigente; a **parcialidade extrema do conjunto de respostas** é a tendência de expressar atitudes ou sentimentos com respostas extremas (ex.: concordo totalmente) levando a distorções, por fim a **parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas** é a concordância com os itens da escala independente de seu conteúdo por pessoas que tendem responder 'sim'. A tendência de responder 'não' ou seja, de discordar com as assertivas independente de seu conteúdo é menos comum (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001).

Como o foco da escala estudada é a amamentação, cujo tema tem um ‘peso’ social sobre a mulher, tentou-se minimizar estes erros ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação da escala, ao reforçar as orientações da própria escala que afirma não haver uma resposta certa ou errada, de forma que cada mulher era livre para responder o que mais se aproximava de sua realidade, e ao garantir a confidencialidade das respostas.

Além da BSES-VB, foi aplicado um formulário (Apêndice C) com informações que possibilitassem construir um perfil socioeconômico, cultural e obstétrico das mulheres, constituído de questões quantitativas e qualitativas. O formulário utilizado foi previamente testado com 30 gestantes para que se pudessem fazer os ajustes que se revelassem necessários. Neste sentido foram adicionadas questões relacionadas à experiência anterior de amamentar e suas repercussões, bem como alguns itens de respostas de questões sociodemográficas foram aperfeiçoadas. O pré-teste deste formulário foi feito junto com o pré-teste da escala em português.

Para a avaliação sociodemográfica, obstétrica e epidemiológica das mulheres envolvidas neste estudo, além de seus bebês, foi utilizado um formulário constituído por quatro partes distintas descritas a seguir:

Parte I: Teve como foco principal os dados de identificação, e informações socioeconômicas para se obter um painel geral das condições em que o binômio mãe-filho vive.

Parte II: Nesta segunda parte foram registrados os antecedentes obstétricos da participante, com especial destaque para sua experiência prévia com aleitamento materno, incluindo questões qualitativas que pudessem detalhar como aconteceu essa experiência anterior. O conteúdo qualitativo foi analisado de acordo com a convergência das respostas concedidas pelas informantes.

Parte III: Foram destacadas informações da gravidez atual para que fosse possível interagir com a mulher de forma a conhecer sua realidade nessa nova gestação, bem como avaliar sua intenção inicial de amamentar. Já se sabe inclusive que a intenção de amamentar durante o pré-natal é um excelente preditor para o

início e duração da amamentação (DONATH; AMIR, 2003; FORSTER; McLACHLAN; LUMLEY, 2006).

Parte IV: Por fim, nesta última fase do instrumento foram destacados dados do parto, pós-parto e saúde da criança. Estes dados possibilitaram avaliar as condições de saúde geral da mãe e da criança para verificar a ocorrência de qualquer impedimento em relação à amamentação, bem como acompanhar a dieta e o crescimento infantil.

3.7 Organização dos Dados e Análise

O banco de dados foi desenvolvido no programa *Access 2003 (Microsoft Office)*. O *Access* possibilitou à pesquisadora obter um maior rigor durante a formação da base de dados (entrada dos dados no sistema), pois permitiu a dupla entrada de dados. No momento em que era detectado um erro de digitação, a pesquisadora ia à fonte primária (formulários aplicados no campo), checava a informação e fazia a correção na base de dados. Além disso, com os formulários formatados no *Access*, o tempo de digitação dos dados era otimizado, de forma que a digitação de cada formulário na primeira fase do estudo levou em torno de 5 a 7 minutos para primigestas e multigestas, respectivamente. Na fase posterior (visitas domiciliares), os dados dos bebês (informações do nascimento, medidas antropométricas, alimentação) levavam em torno de 2 minutos para serem digitados (**Figura 8**).

Com todos os dados digitados, checados e corrigidos, as informações constantes no *Access 2003* foram exportadas para o *Excel 2003*. Cada página do formulário do *Access 2003* transformou-se em uma planilha do *Excel 2003*. No *Excel 2003* foram separados os dados de identificação e informações subjetivas que não interessavam à análise estatística, e por fim as planilhas foram revisadas e exportadas para o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos, versão 14.0)*, para que os dados pudessem ser processados. Vale ressaltar que no momento da exportação dos dados para o *Excel 2003*, os dados exportados foram aqueles que constituíam a segunda digitação, pois

estes foram devidamente corrigidos. Logo, o uso do *Access 2003* como sistema gerencial da base de dados permitiu um maior rigor e fidedignidade por ocasião da análise.

Outra ferramenta utilizada foi o *software GraphPad Prism* (San Diego, Califórnia, Estados Unidos, versão 4 para Windows) que permitiu a geração dos gráficos aqui apresentados.

Assim, foi traçado o perfil socioeconômico, cultural e clínico das mulheres deste estudo. As variáveis categóricas foram analisadas usando o qui-quadrado, razão de maximo verossimilhança e teste exato de Fisher para analisar a distribuição de proporções ou verificar a associação de variáveis. Ademais foram utilizadas as medidas estatísticas (média, mediana e desvio padrão). Para se testar as médias foram aplicados os testes *t* de Student (para dois grupos) e teste F de Snedecor (para três grupos ou mais). Quando o teste F de Snedecor (ANOVA) foi significativo, aplicou-se o teste de Tukey para saber quais os pares diferiram entre si. Para todos os testes foi fixado o nível de significância de 5%.

Em se tratando de uma escala que avalia um comportamento do indivíduo, fez-se necessário que se procedesse a análise psicométrica, a fim de verificar a confiabilidade (consistência interna) do instrumento, verificada pelo alfa de Cronbach, coeficiente de correlação intraclasse e teste-reteste, bem como sua validade por meio da análise de construto verificada pela análise fatorial e comparação de grupos contrastados.

Sistema de Entrada de Dados - [Sistema de Entrada de Dados]

Voltar

Página 1 | Página 2A | Página 2B | Página 3 | Página 4A | Página 4B | Página 5 | Página 6 | Página 7A | Página 7B | Página 8A | Página 8B

ID: CSAM-01

Nome: Nomes

Telefone: Data de Nascimento: Idade:

Procedência: Outra Procedência:

Endereço Atual: Sistema de Entrada de Dados - [Sistema de Entrada de Dados]

Voltar

Ponto de Referência: Página 1 | Página 2A | Página 2B | Página 3 | Página 4A | Página 4B | Página 5 | Página 6 | Página 7A | Página 7B | Página 8A | Página 8B

Estado Civil: ID: CSAM-01

Ocupação: G: P: A:

Escolaridade: Número de filhos vivos:

Quantas pessoas moram na casa: Teve problemas durante a(s) gravidez(es) anterior(es)?

Das pessoas que moram na casa: G1: G2: G3: G4: G5:

Qual a renda aproximada da fam: Em caso afirmativo, qual (is)?

Quanto Tempo mora nesse ende: Especificar outros problemas:

Fumante: Amamentou exclusivamente os outros filhos?

Bebida alcoólica: F1: F2: F3: F4: F5:

Quanto tempo? Sistema de Entrada de Dados - [Sistema de Entrada de Dados]

Voltar

Página 1 | Página 2A | Página 2B | Página 3 | Página 4A | Página 4B | Página 5 | Página 6 | Página 7A | Página 7B | Página 8A | Página 8B

1. Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar: Discordo totalmente

2. Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito: Discordo totalmente

3. Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez: Às vezes concordo

4. Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito: Concordo

5. Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor: Concordo totalmente

6. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente:

7. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios:

8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar:

9. Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho:

10. Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes:

11. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento:

12. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada:

13. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer:

14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando:

15. Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação:

16. Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê:

17. Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês:

18. Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito:

ID: CSAM-01

1a Fase

Figura 8 – Sistema gerencial do banco de dados. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

3.8 Considerações Éticas

Para condução de um estudo é importante o cumprimento da Resolução N^o 196/96 do Conselho Nacional de Saúde vinculado ao Ministério da Saúde. Logo, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) para a devida apreciação e aprovação (Anexo B).

Para se definir os direitos e deveres do pesquisador e dos sujeitos participantes de um estudo, a Resolução N^o 196/96 (BRASIL, 1996) leva em consideração os aspectos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça.

Dessa forma, a partir do primeiro contato com as gestantes, elas foram convidadas a fazer parte da pesquisa, foi esclarecido que elas tinham o direito de

participar livremente deste estudo e abandoná-lo se assim achassem oportuno (autonomia).

Durante a leitura do termo de consentimento (Apêndice D), os entrevistadores (a pesquisadora e quatro estudantes de enfermagem devidamente treinadas) se colocaram à disposição para responder aos questionamentos dos sujeitos, bem como garantiram o anonimato das informações concedidas a partir da codificação das identidades de cada participante (não-maleficência).

Tendo em vista os objetivos deste estudo, as mulheres podem não ser beneficiadas diretamente com a pesquisa ora apresentada. Contudo, foi esclarecido que a participação das mesmas era importante para a validação do instrumento proposto, o que beneficiaria futuras mães e bebês e ajudaria a construir um conhecimento para a promoção da saúde materno-infantil (beneficência).

O termo de consentimento pós-esclarecido foi emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o sujeito do estudo), nas quais constaram as assinaturas da pesquisadora e da participante do estudo, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça). No caso das gestantes adolescentes, obteve-se ainda o consentimento verbal das mães ou responsáveis que acompanhavam as adolescentes na consulta pré-natal.



RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1. Adaptação Transcultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*

As principais versões da BSES produzidas durante o processo de tradução e adaptação transcultural estão dispostas no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês (O), versão traduzida para o Português (T), a versão re-traduzida para o inglês (BT) e a versão final em português (F). Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	O	T	BT	F
Itens de Resposta				
1	Not at all confident	Não confio de jeito nenhum	In a way somewhat sure	Discordo totalmente
2	Not very confident	Não confio muito	Not very sure	Discordo
3	Sometimes confident	Às vezes eu confio	Sometimes sure	Às vezes concordo
4	Confident	Eu confio	Sure	Concordo
5	Very confident	Eu confio muito	Very sure	Concordo totalmente
Itens da Escala				
1	I can always hold my baby comfortably during breastfeeding .	Eu sempre posso segurar meu bebê confortavelmente durante a amamentação .	I am always able to secure my baby comfortably when breastfeeding .	Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar .
2	I can always position my baby correctly at my breast.	Eu sempre posso posicionar o meu bebê corretamente no meu seio.	I am always able to position my baby correctly on my breast.	Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.
3	I can always focus on getting through one feed at a time.	Eu sempre posso me concentrar para completar uma mamada de cada vez.	I am always able to focus on completing each feeding.	Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê) .
4	I can always recognize the signs of a latch.	Eu sempre posso reconhecer quando o bebê pega meu peito corretamente.	I am always recognize the signs of latch.	Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.
5	I can always take my baby off the breast without pain to myself.	Eu sempre posso tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	I am always able to pull my baby away from my breast without pain.	Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.

6	I can always determine that my baby is getting enough breast milk.	Eu sempre posso determinar quando o meu bebê está recebendo leite materno suficiente.	I am always able to determine when my baby is receiving sufficient breast milk.	Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.
7	I can always successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks.	Eu sempre posso amamentar com sucesso além de realizar outras tarefas.	I am always able to breastfeed successfully in spite of my other errands and tasks.	Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida)
8	I can always depend on my family to support my decision to breastfeed.	Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	I am always able to count on my family to support my decision to breastfeed.	Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.
9	I can always motivate myself to breastfeed successfully .	Eu sempre posso me motivar para amamentar com sucesso .	I am always able to successfully motivate myself to breastfeed.	Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho .
10	I can always monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements .	Eu sempre posso acompanhar o quanto de leite o meu bebê está recebendo por observar a urina e as fezes do meu bebê.	I am always able to equate the amount of breast milk my baby is receiving with the amount of urine and stools my baby produces afterward.	Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes . (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia) .
11	I can always breastfeed my baby without using formula as a supplement.	Eu sempre posso amamentar meu bebê sem leite em pó como suplemento.	I am always able to breastfeed my baby with formula or powdered milk as a supplement.	Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.
12	I can always ensure that my baby is properly latched for the whole feeding.	Eu sempre posso perceber que meu bebê está pegando o peito corretamente durante toda a mamada.	I am always able to perceive that my baby is nursing correctly during the entire feeding.	Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.
13	I can always manage the breastfeeding situation to my satisfaction.	Eu sempre posso lidar com a situação de amamentar de forma a me satisfazer.	I am always able to handle breastfeeding situations in a way satisfying to me.	Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.
14	I can always manage to breastfeed even if my baby is crying.	Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	I am always able to nurse even if my baby were crying.	Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.

15	I can always keep my baby awake at my breast during a feeding.	Eu sempre posso manter meu bebê acordado no meu peito durante a amamentação.	I am always able to lay my baby stably on my breast during feedings.	Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.
16	I can always maintain my milk supply by using the “supply and demand” rule.	Eu sempre posso manter minha reserva de leite usando a regra “da oferta e procura”.	I am always able to keep a store of collected milk for later use.	Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.
17	I can always refrain from bottle feeding for the first 4 weeks.	Eu sempre posso evitar de usar mamadeira nas primeiras 4 semanas	I am always able to avoid using bottles in the first four weeks.	Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês)
18	I can always feed my baby with breast milk only.	Eu sempre posso alimentar meu bebê apenas com leite materno.	I am always only barely feed my baby with breast milk.	Eu sempre alimento o meu bebê somente com leite materno (toda vez que o bebê está com fome dou o peito)
19	I can always stay motivated to breastfeed my baby.	Eu sempre posso me manter motivada para amamentar meu bebê.	I am always able to stay motivated to breastfeed.	Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar)
20	I can always count on my friends to support my breastfeeding.	Eu sempre posso contar com o apoio de meus amigos para amamentar.	I am always able to count on the support of my friends when breastfeeding.	Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas)
21	I can always keep wanting to breastfeed.	Eu sempre posso continuar querendo amamentar.	I am always able to continue wanting to breastfeed.	Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.
22	I can always feed my baby every 2-3 hours.	Eu sempre posso amamentar meu bebê a cada 2-3 horas.	I am always able to nurse my baby every 2-3 hours.	Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.
23	I can always keep feeling that I really want to breastfeed my baby for at least 6 weeks	Eu sempre posso perceber que eu realmente quero amamentar por pelo menos 1 mês e meio.	I am always able to tell that I really want to nurse for at least a month and a half.	Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio (amamentar um mês e meio ou mais tempo).
24	I can always comfortably breastfeed with my family members present.	Eu sempre posso amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	I am always able to nurse comfortably in front of family members.	Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
25	I can always be satisfied with my breastfeeding experience.	Eu sempre posso me satisfazer com a minha experiência de	I am always satisfied by my nursing experience.	Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.

		amamentar.		
26	I can always comfortably breastfeed in public places.	Eu sempre posso amamentar confortavelmente em lugares públicos	I am always able to nurse comfortably in public places.	Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.
27	I can always deal with the fact that breastfeeding is time consuming.	Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar consome tempo.	I am always able to deal with the fact that breastfeeding requires time.	Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).
28	I can always finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast.	Eu sempre posso amamentar meu bebê em um peito antes de mudar para o outro.	I am always able to nurse my baby with one breast before moving to the other.	Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.
29	I can always continue to breastfeed my baby for every feeding.	Eu sempre posso continuar amamentando meu bebê a cada alimentação.	I am always able to continue nursing my baby during each feeding as needed.	Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (cada vez que meu bebê quer comer dou o peito).
30	I can always feel if my baby is sucking properly at my breast.	Eu sempre posso sentir o meu bebê sugando meu peito corretamente	I am always able to feel my baby correctly sucking my breast.	Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho .
31	I can always accept the fact that breastfeeding temporarily limits my freedom.	Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar tira temporariamente minha liberdade.	I am always able to accept the fact that breastfeeding temporarily restricts my freedom.	Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade (organizo as minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê).
32	I can always manage to keep up with my baby's breastfeeding demands.	Eu sempre posso acompanhar as necessidades de amamentação de meu filho.	I am always able to accommodate my child's breastfeeding needs.	Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).
33	I can always tell when my baby is finished breastfeeding.	Eu sempre posso dizer quando meu bebê terminou de amamentar.	I am always able to say when my baby has finished nursing.	Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.

Em termos de adaptação transcultural, a avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e cultural foi realizada por um comitê de juízes composto por três professores doutores, dos quais dois eram enfermeiros, e um mestre professor de inglês especialista em tradução.

A versão F (**Quadro 1**) é a versão adaptada aos padrões brasileiros, considerando de forma particular a realidade de Fortaleza (Apêndice E). Desse modo, algumas modificações são dignas de nota.

Uma modificação importante se refere ao estímulo indutor que deve estar presente em cada item. Na versão original, Dennis e Faux (1999) utilizam a expressão *I can always* (eu sempre posso/ consigo) antes de todos os itens da escala. Mas de acordo com o comitê de juízes, a essência do verbo *can* é muito autocrática e autoritária e só deveria ser mantida quando na presença de um agente externo (itens 8, 14, 15, 20, 24, 26, 27, 31 e 32). Nos demais itens a expressão de base ficou “eu sempre” + o verbo conjugado no presente (e não no infinitivo como no original). Essa modificação não traz prejuízos para a escala, pois para a validação de um instrumento de mensuração da auto-eficácia, é relevante apresentar os itens de forma positiva.

Ademais outras alterações foram sugeridas pelo comitê:

1. Substituir as expressões *4 weeks (4 semanas)* – item 17 e *6 weeks (6 semanas)* – item 23 por *um mês* e *um mês e meio*, respectivamente, pois a expressão em *semanas* é mais utilizada na área obstétrica, não sendo uma linguagem muito utilizada entre a clientela de gestantes, o que poderia acarretar problemas no entendimento dos itens.
2. A palavra *breastfeed (amamentar)* em alguns momentos foi substituída por *dar de mamar* (itens 1 e 24) concedendo um tom mais regional, sutil e próximo às mães.
3. As expressões *correctly (corretamente)*, *properly (apropriadamente)* e *successfully (com sucesso)* foram, algumas vezes, substituídas pela expressão *direitinho* (itens 9, 12, 30) como forma de deixar a escala mais leve, sem transmitir às mulheres qualquer sentido de imposição.

4. Outras expressões foram ainda substituídas tais como: *recognize* (*reconhecer*) e *determine* (*determinar*) foram substituídas por *sentir* (itens 4 e 6); *bowl movements* (*movimentos intestinais*) foi substituída por *fezes* (Item 10); *formula* (*fórmulas lácteas*) foi adaptada para *leite em pó* (item 11); *supply and demand rule* (*regra da oferta e da procura*) foi substituída pela expressão *de acordo com as necessidades do bebê* (item 16).

5. No item 30, o comitê fez a seguinte alteração: *sucking at my breast* (*sugando meu peito*) foi substituída por *chupando o peito*, considerando que o bebê que está ao seio materno, chupa o peito e suga o leite.

6. Por fim, a expressão *keep up with* (item 32) que não tem tradução literal e é de difícil adaptação foi substituída por *adequar*. Este item foi inclusive complementado com um exemplo.

A principal mudança na adaptação da BSES-VB foi a terminologia utilizada nos itens de resposta, pois a terminologia original (1= não confio de jeito nenhum, 2= não confio muito, 3= às vezes eu confio, 4= eu confio e 5= eu confio muito) não é muito utilizada em nosso contexto cultural e provocou confusão na fase do pré-teste. Então, durante o pré-teste utilizou-se um padrão alternativo para as respostas (1= discordo totalmente, 2= discordo, 3= às vezes eu concordo, 4= concordo e 5= concordo totalmente) o qual foi bem aceito e compreendido pelas mulheres. Essa modificação foi discutida com a Dra Dennis a qual não fez qualquer objeção.

Foram adicionados exemplos aos itens que as mulheres tiveram dúvidas na hora de responder para deixá-los mais compreensivos, a fim de evitar qualquer duplicidade de sentido que pudesse levar a mulher a um erro de interpretação. Os exemplos foram colocados entre parênteses logo após os itens 3, 7, 10, 17, 18, 19, 20, 23, 27, 29, 31 e 32. As mulheres concordaram que os itens ficaram mais compreensíveis com a inserção dos exemplos.

A escala, portanto, permaneceu com os 33 itens, nenhum foi excluído, mantendo-se o total de escores na versão traduzida variando de 33 a 165 pontos.

4.2 Caracterização da Amostra

A escolha de um centro de referência para a realização do estudo possibilitou uma amostra representativa da cidade de Fortaleza, pois não participaram apenas mulheres residentes da Secretaria Executiva Regional III, área em que o estudo foi realizado, mas também de bairros que abrangem regiões adstritas que ficam nas Secretarias Executivas Regionais I, IV e V, como se pode visualizar na **Figura 9**.

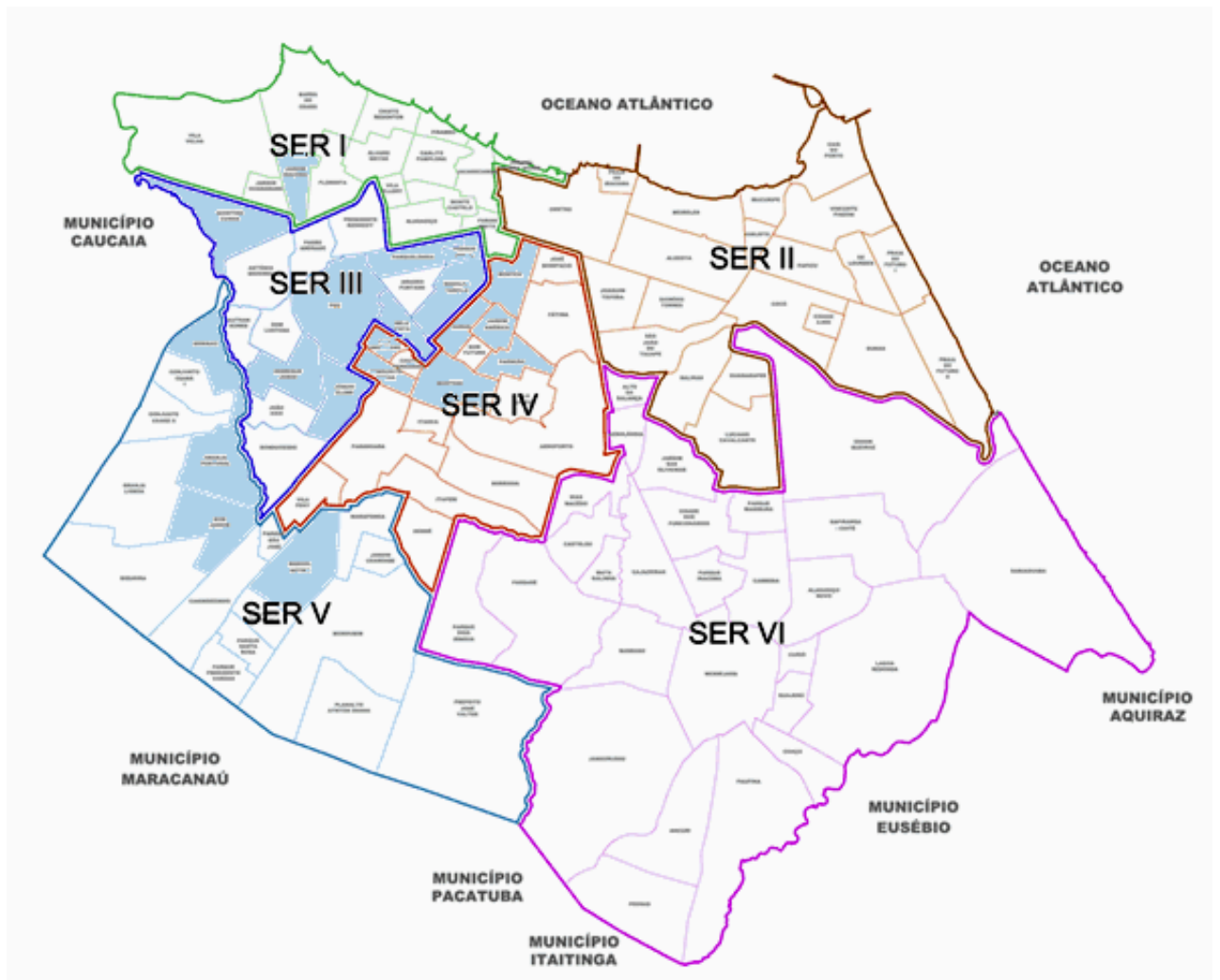


Figura 9 – Mapa de Fortaleza dividido em Secretarias Executivas Regionais destacando os bairros onde residem as participantes do estudo.

As características sociodemográficas e obstétricas da amostra estudada estão apresentadas nas **Tabelas 1 e 2**.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das gestantes do estudo. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Características	N	%	Média (Desvio Padrão)
1. Faixa etária (n=117)			25,82 (±6,29)
13 – 19	18	15,4	
20 – 30	71	60,7	
31 – 42	28	23,9	
2. Procedência (n=114)			
Fortaleza	72	63,2	
Interior do Ceará	36	31,6	
Outros estados	6	5,3	
3. Estado Civil (n=117)			
Casada / União consensual	91	77,8	
Solteira / Divorciada	26	22,2	
4. Anos de estudo (n=112)			9,88 (±3,09)
0 – 8	28	25,0	
9 ou mais	84	75,0	
5. Ocupação (n=117)			
Dona de casa	59	50,4	
Doméstica	14	12,0	
Estudante	7	6,0	
Costureira	4	3,4	
Vendedora	4	3,4	
Outras	29	24,8	
6. Pessoas residindo no domicílio (n=117)			3,91 (±1,99)
1 – 3	61	52,1	
4 – 6	44	37,6	
7 – 12	12	10,3	
7. Renda Familiar em Salários Mínimos (n=114)			2,35 (±1,60)
1 – 4	104	91,2	
5 – 7	9	7,9	
≥ 8	1	0,9	
8. Renda per capita em Salários Mínimos (n=114)			
0.13 – 0.25	17	14,9	
0.26 – 0.50	39	34,2	
0.51 – 1. 00	44	38,6	
1. 01 – 1.75	14	12,3	
9. Tabagismo (n=117)			
Fumantes/ Fumantes Passivas	33	28,2	
Não fumantes/ Ex-fumantes	84	71,8	
10. Ingestão de álcool (n=117)			
Sim, nos finais de semana / Raramente	5	4,3	
Deixei de beber por causa da gravidez	17	14,5	
Não	95	81,2	

§ Salário mínimo durante o estudo foi igual a R\$ 380.

De acordo com a **Tabela 1**, a faixa etária das participantes variou de 13 a 42 anos, houve predominância de mulheres com idades entre 20 e 30 anos (71; 60,7%), com média de 25,82 (DP= \pm 6,29). Vale ressaltar a presença de 15,4% de adolescentes com idades entre 13 e 19 anos.

Em relação à procedência, 72 (63,2%) nasceram e cresceram na área urbana de Fortaleza, entretanto a presença de 42 (36,9%) mulheres oriundas do interior do Ceará e de outras regiões do país que fixaram residência em Fortaleza é importante para se obter uma visão mais ampla da realidade das mulheres que participaram do estudo.

Ademais, os dados revelam um grupo de mulheres que mantém uma relação estável com seus parceiros (91; 77,8%), possui mais de 9 anos de estudo (84; 75%), se ocupam dos afazeres domésticos em suas próprias residências (59; 50,4%) ou como fonte de sustento da família (14; 12%) de forma que 43,7% (51) das mulheres contribuem para o orçamento doméstico. Entretanto, a renda familiar é baixa com 100 (87,7%) famílias tendo uma renda *per capita* de no máximo 1 salário mínimo.

Foi identificada uma relação positiva e significativa entre renda e anos de estudo ($r = 0,254$; $p = 0,008$, $n = 109$) e negativa entre escolaridade e número de gestações ($r = -0,317$; $p = 0,001$, $n = 106$).

Dois comportamentos socioculturais foram constatados nesse estudo: a ingestão de bebida alcoólica e o hábito de fumar. Mesmo durante a gravidez, 28,2% das mulheres estavam expostas aos riscos do tabaco e 4,3% afirmam ter ingerido bebidas alcoólicas.

Tabela 2 – Antecedentes obstétricos e gravidez atual. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Características	N	%	Média (Desvio Padrão)
I. Antecedentes obstétricos			
1. Número de Gravidezes (n=109)			1,98 (±1,41)
Primigesta	57	52,3	
Multigesta	52	47,7	
2. História Anterior de Abortos (n=109)			
Sim	15	12,8	
Não	102	87,2	
3. Problemas durante gravidezes anteriores (n=117)[†]			
Sim	16	13,1	
Não	106	86,9	
4. Experiência anterior em relação à amamentação			
Satisfatória	43	91,5	
Insatisfatória	4	8,5	
5. Mulheres com pelo menos 1 filho vivo, amamentaram exclusivamente seu filho por (mês):			
≤ 4	19	43,2	
≥ 5	25	56,8	
II. Gravidez atual			
6. Idade gestacional (em semanas)			
< 29	43	41,3	
30 – 35	26	25,0	
36 – 41	35	33,7	
7. Número de consultas pré-natais realizadas			
≤ 5	27	63,9	
6 – 10	39	36,1	
8. Orientação sobre aleitamento materno durante as consultas			
Sim	49	44,5	
Não	61	55,5	
9. Intenção de amamentar seu novo bebê			
Sim	108	98,2	
Não	2	1,8	
10. Tempo que pretendem amamentar seu bebê (em meses)			
1 – 4	13	11,4	
5 – 6	63	55,2	
7 – 9	4	3,5	
10 – 12	14	12,3	
> 12	6	5,3	
Enquanto aceitar	14	12,3	

[†] Algumas mulheres tiveram problemas em mais de uma gravidez anterior.

Em se tratando dos antecedentes obstétricos e gravidez atual, a **Tabela 2** revela 47,7% de multigestas, das quais 12,8% tinham experiência anterior de abortamento, 13,1% tinham história de problemas em pelo menos uma gravidez anterior, dentre os quais pode-se citar: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional e depressão puerperal.

Das 47 mulheres que tiveram experiência anterior com a amamentação, 43,2% amamentaram por no máximo 4 meses, o que ainda está abaixo do recomendado pelas instituições de saúde.

Em termos qualitativos, achou-se pertinente questionar às mães sobre suas impressões em relação à amamentação anterior. Assim, 28 citaram a importância da amamentação para a saúde da criança, como se pode evidenciar pelos relatos a seguir:

É bom para o desenvolvimento da criança, para os seus dentes e evita doenças. CSAM-02

Para ela ficar sadia, é importante para o crescimento. CSAM-16

É bom para a saúde da criança, ganha mais peso, fica mais sabida, é bom para os dentes. CSAM-19

Outros motivos que levaram as mães a decidirem pela amamentação foi o poder de persuasão da família e dos profissionais de saúde em prol da amamentação conforme descrito nos testemunhos das informantes:

Influência da família, principalmente do marido. O meu marido 'pega no meu pé'. CSAM-12

Orientada pela MEAC que era importante amamentar. CSAM-89

Os médicos diziam que era melhor para o bebê. CSAM-85

Apenas duas mulheres mencionaram fatores econômicos para amamentarem:

Não tinha despesa. CSAM-06

Como estava com dificuldade financeira não podia dar leite em pó. CSAM-85

Algumas mulheres se posicionaram diante da amamentação como uma obrigação materna, que muitas vezes parece agredi-las e não uma escolha, como se pode constatar nos relatos a seguir:

Tinha que ser, é o normal. CSAM-31

Porque tinha que dá. CSAM-19

A gente não tem que gostar é uma obrigação, por mais que não goste. CSAM-58

Em relação às dificuldades que surgiram durante a amamentação 17 mulheres citaram problemas mamários, tais como:

A pega do peito, não tenho bico. CSAM-81

Meu peito pedrou, feriu, rachou. CSAM-47

O bico não estava formado e ela teve dificuldade em pegar. CSAM-16

As mulheres que optaram por amamentar seus filhos anteriores, exclusivamente ou não, estavam satisfeitas com suas experiências por entender que seus filhos eram mais saudáveis por causa do leite materno e pela relação estabelecida entre mãe e filho, como se pode evidenciar pelos relatos a seguir:

É bom, aquela coisinha dependendo da gente, ele não gripava, muito difícil adoecer. A primeira gripe dele foi com 7 meses quando deixou de mamar. CSAM-46

Porque é importante para os dentes do nenê, o bebê fica mais forte. CSAM-10

A sensação, o carinho e o afeto que passa de mãe para filho e de filho para a mãe. CSAM-03

É uma relação mãe-filho muito íntima, é um vínculo. CSAM-34

Senti alegria de passar saúde através do leite materno. CSAM-16

Por outro lado, as mulheres que optaram por não amamentar seus filhos anteriores o fizeram por falta de paciência, hospitalização do bebê e devido a avó ter pegado o bebê para criá-lo. É oportuno salientar que dentre 44 mulheres com pelo menos 1 filho vivo 43,2% amamentaram exclusivamente seus filhos anteriores por até 4 meses.

Em relação a gravidez atual, 58,7% tinham mais de 30 semanas gestacionais quando concordaram em participar do estudo; 36,1% tinham realizado 6 ou mais consultas pré-natais, e 98,2% tinham intenção de amamentar seus futuros bebês, das quais 76,3% pretendiam amamentar por 5 meses ou mais. Vale ressaltar que 14 (12,3%) mulheres afirmaram que amamentariam enquanto o bebê aceitar, tirando de si toda a responsabilidade pelo tempo da amamentação. Considerando a assistência pré-natal apenas 49 (44,5%) afirmaram ter recebido orientações sobre a amamentação durante suas consultas.

4.3 Aplicação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*: versão brasileira

Para a aplicação da versão final da BSES-VB, 125 mulheres foram abordadas antes ou depois de suas consultas pré-natais, entretanto 8 (6,4%) mulheres se recusaram a participar, logo esta investigação envolveu 117 gestantes com a escala sendo aplicada por meio de entrevista. O tempo utilizado no procedimento variou de 4 a 21 minutos ($M=8,94$; $DP= \pm 2,78$; $Me= 9,0$). O escore total que pode variar de 33 a 165, na amostra estudada variou de 101 a 162 ($M= 135,14$; $DP= \pm 12,74$; $Me= 134,0$).

Quando realizada a correlação entre os escores da BSES-VB, e as variáveis sociodemográficas, foi identificada uma relação positiva significativa entre idade e o escore total ($r = 0,228$; $p = 0,013$, $n =117$), mostrando que quanto maior a idade maior a auto-eficácia da mulher em relação à amamentação.

Em outra análise, foi feita a correlação dos escores da BSES-VB em relação à idade da população estudada ($n=117$) e a relação entre a idade e os escores da BSES-VB permanece conforme evidenciado na **Figura 10**.

Do grupo de 117 gestantes, 60 avaliaram a escala, dentre as quais 42 (70%) avaliaram como de fácil compreensão e apenas 4 (6,66%) acharam a escala difícil. As demais (14, 23%) avaliaram a escala como razoável, mas não souberam opinar sobre o que poderia ser modificado para torná-la mais fácil. Dentre as mulheres que avaliaram a escala como fácil, 28 (66,6%) tinham mais de 9 anos de estudo, o que corresponde ao primeiro grau completo.

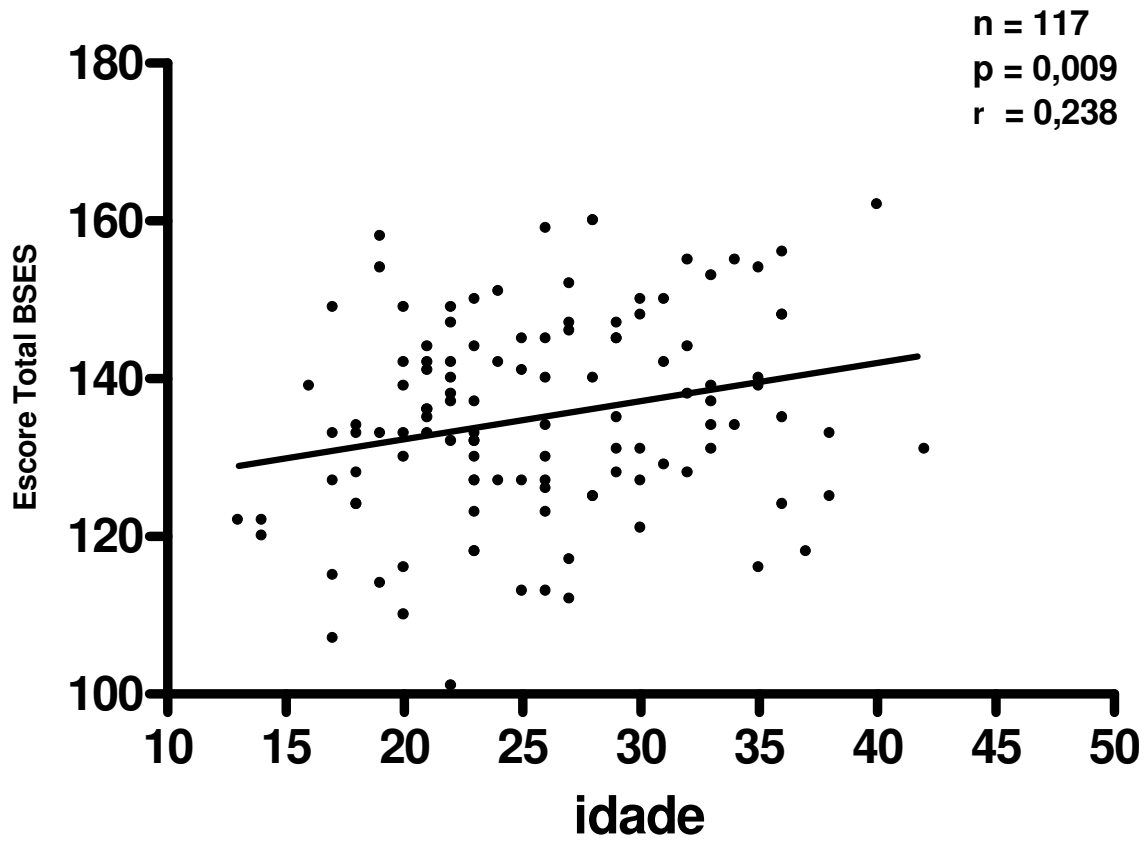


Figura 10 – Correlação dos escores totais da BSES-VB em relação à idade das gestantes. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

4.4 Validação

4.4.1 Validação de Conteúdo

As três enfermeiras que avaliaram o conteúdo da BSES-VB têm de 9 a 20 anos de experiência com o aleitamento materno; duas são doutoras em enfermagem; duas atuam diretamente na assistência à nutriz, duas atuam na área de ensino e uma tem experiência simultânea nas áreas de assistência, ensino e pesquisa.

Cada especialista recebeu um instrumento (Apêndice B) contendo os itens da escala e cinco questões a serem respondidas em relação a cada item: 1. avaliar a compreensão de cada item, 2. associação com a confiança (auto-eficácia) materna na amamentação, 3. classificar os itens em domínios (Técnico e Pensamentos Intrapessoais), 4. avaliar a relevância e 5. avaliar o grau de relevância dos itens da escala.

Em geral, os itens foram considerados compreensíveis. Os itens assinalados como não compreensíveis coincidiram com os itens em que foram adicionados, posteriormente, exemplos para melhorar seu entendimento; em 90% dos casos, os itens foram corretamente associados à confiança materna na amamentação.

Em 66% das vezes, as especialistas colocaram corretamente os itens nos domínios conforme definidos na versão original. Vale ressaltar que as especialistas foram unânimes em considerar como categoria pessoal cinco itens que originalmente estão alocados no domínio técnico (itens 13, 14, 24, 26 e 27), o que equivale a 17,2% dos itens.

Em termos de relevância, as especialistas foram unânimes em considerar irrelevante a presença dos itens 7 (Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios) e 29 (Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele). Entretanto, considerou-se oportuno mantê-los para que se pudesse realizar mais análises após a aplicação com as gestantes.

Quanto ao grau de relevância, foi solicitado às especialistas que avaliassem cada item que compõe a BSES-VB usando uma escala que varia de 1 a 4 pontos (1. irrelevante; 2. pouco relevante; 3. relevante; 4. muito relevante). Os resultados dessa gradação foram organizados em um banco de dados para que fosse calculado o IVC por meio da metodologia proposta por Polit e Beck (2006): o S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala), S-CVI/UA (proporção de itens de uma escala que atinge escores 3 – relevante e 4 – muito relevante, por todos os especialistas) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais).

Nas três formas utilizadas foi obtido um IVC = 0,84, indicando um bom nível de concordância entre as especialistas, evidenciando que o conteúdo da escala elaborada no contexto canadense, quando adaptado para o português, abrange situações comuns ao cotidiano da nutriz brasileira e, portanto faz sentido de ser avaliado na realidade cultural do Brasil.

Uma das especialistas recomendou que a escala fosse aplicada em forma de entrevista (e não auto-aplicada) em decorrência do nível educacional da população estudada. Embora a BSES tenha sido elaborada para ser auto-aplicada e aplicada por meio de entrevista, de acordo com o desejo da respondente, a sugestão da especialista foi acatada e não houve qualquer resistência por parte das gestantes.

Uma das juízas sugeriu inúmeras mudanças em alguns itens e a inserção de outros. No entanto, essa conduta é considerada por especialistas em adaptação transcultural como um erro muito comum e que deve ser evitado (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002). Na adaptação transcultural deve-se evitar mudar o sentido do item, pois se assim o fizer, a escala passará a verificar outro construto e não aquele para o qual ela foi originalmente elaborada.

Como exemplo se pode citar o item 23 (Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo um mês e meio). Foi sugerido que o item mudasse para “Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo quatro meses”. A justificativa da juíza foi de que “um mês e meio” é o tempo da licença gestante no Canadá (escala original), e no Brasil a licença gestante, na época da validação, era de quatro meses.

Porém essa seria uma mudança muito brusca, pois o ‘esforço’ de manter a amamentação por um mês e meio é completamente diferente de mantê-la por quatro ou seis meses, e essa não é uma peculiaridade do Brasil, onde os melhores índices de aleitamento materno exclusivo (AME) aos quatro meses estão em Belém e Florianópolis, ambos com 32% (BRASIL, 2001). No Canadá, as mulheres também têm a mesma dificuldade e desmamam seus bebês precocemente. Em 35% dos casos as mulheres amamentam exclusivamente seus filhos aos quatro meses (BARBER et al, 1997) e apenas 30 a 40% das mães canadenses mantêm qualquer tipo de aleitamento até os seis meses pós-parto (BOURGOIN et al, 1997).

Outro exemplo foi a alteração sugerida para o item 31 (Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade) que foi sugerido que ficasse – “Eu sempre posso aceitar o fato de que posso armazenar meu leite para oferecer a meu filho quando preciso estar longe dele”. Essa sugestão não poderia ser acatada, pois modificaria o sentido do item. No primeiro formato está se avaliando a capacidade da mulher gerenciar seu estilo de vida, sua agenda social e profissional em função do seu bebê. Já no segundo formato, o item avaliaria a capacidade da mulher de fazer a ordenha e armazenamento correto do leite materno.

4.4.2 Validação relacionada ao construto

4.4.2.1 Análise Fatorial

Existem dois tipos de análise fatorial – a confirmatória e a exploratória. Optou-se, portanto pela exploratória, pois esta permite uma busca das dimensões subjacentes (ou dimensões latentes) ao avaliar o quanto os itens da BSES-VB, estão relacionados com os conceitos teóricos e determinar as estruturas plausíveis da escala.

A suscetibilidade dos dados para a análise fatorial foi avaliada pelo método Kaiser-Meyer-Okin, atingindo um coeficiente de 0,756, superando o valor mínimo recomendado de 0,6 (KAISER,1974; KAISER, 1970) e o teste de esfericidade de Bartlett (BARTLETT, 1954), que alcançou significância estatística ($p = 0,001$),

indicando que a análise fatorial é uma técnica adequada e que a amostra foi satisfatória para avaliar a BSES.

Assim, os itens da BSES-VB, foram submetidos à análise dos componentes principais (ACP), técnica mais utilizada como primeiro passo da análise fatorial, porque ela revela o número e a natureza dos fatores, e é vista como de natureza mais exploratória (TABACHNICK; FIDELL, 2001). Ademais, o uso da técnica dos componentes principais replicaria a análise original de Dennis e Faux (1999). A análise fatorial resultou em uma matriz de correlação item-item que pode ser verificada na **Tabela 3**. Uma análise criteriosa dessas correlações revela muitos coeficientes baixos indicando uma fraca correlação entre os itens. Entretanto, procurou-se destacar (em negrito) as correlações mais fortes existentes com pelo menos um item. As correlações item-item variaram de 0,248 a 0,614. A análise dos componentes principais revelou a presença de 10 componentes com *eigenvalues* (autovalores, variância explicada) maior que 1 (**Tabela 4**) que explicariam 64,38% da variância dos dados.

Tabela 3 – Matriz de Correlação. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Correlation	BSES1	BSES2	BSES3	BSES4	BSES5	BSES6	BSES7	BSES8	BSES9	BSES10	BSES11	BSES12	BSES13	BSES14	BSES15	BSES16	BSES17
BSES1	1.000																
BSES2	.424	1.000															
BSES3	.102	.213	1.000														
BSES4	.339	.106	.001	1.000													
BSES5	.199	.106	-.002	.350	1.000												
BSES6	.036	.084	.036	.212	.141	1.000											
BSES7	.201	.258	.200	.188	.118	.229	1.000										
BSES8	.127	.127	.095	.103	.063	-.056	.000	1.000									
BSES9	.102	.131	.223	.163	.300	.170	.075	.165	1.000								
BSES10	.114	.156	.205	.001	.163	.228	.251	-.007	.252	1.000							
BSES11	.074	-.025	.194	.295	.271	.102	.306	.235	.225	.115	1.000						
BSES12	.159	.208	.110	.461	.399	.228	.285	.097	.286	.087	.317	1.000					
BSES13	.194	.299	.315	.145	.205	.217	.319	.154	.568	.442	.250	.275	1.000				
BSES14	.175	.071	.168	.246	.078	.054	.157	.005	.108	.136	.253	.072	.162	1.000			
BSES15	.157	.081	.102	.244	.129	.086	.235	-.030	.070	.240	.013	.149	.148	.284	1.000		
BSES16	.171	.003	.145	.262	.361	.234	.121	.139	.141	.073	.396	.415	.233	.191	.047	1.000	
BSES17	.163	.190	.168	.071	.219	-.021	-.048	.440	.387	.228	.310	.198	.429	.040	.019	.193	1.000
BSES18	.212	.072	.345	.333	.233	.126	.277	.155	.233	.254	.614	.358	.344	.197	.166	.466	.367
BSES19	.140	.145	.159	.194	.310	.097	.144	.267	.515	.229	.426	.224	.432	.125	.080	.171	.411
BSES20	-.033	.065	.048	-.094	.053	-.038	.105	.196	.104	.202	.270	.023	.177	.162	-.003	.006	.166
BSES21	.103	.125	.408	.195	.259	.024	.141	.055	.420	.296	.303	.276	.356	.134	.119	.131	.263
BSES22	.006	-.021	.063	.118	.053	.227	.167	-.043	.094	.167	.194	.024	.300	.243	.248	.059	.063
BSES23	.169	.031	.067	.168	.216	.169	.233	.186	.362	.313	.159	.327	.412	.186	.144	.223	.249
BSES24	.088	.125	.060	.094	.154	-.004	.080	.230	.107	.254	.056	.047	.178	.283	.156	.170	.200
BSES25	.195	.232	.226	.082	.089	.156	.345	.065	.303	.275	.114	.129	.523	.097	.172	.294	.164
BSES26	-.040	.025	.015	.075	.095	-.005	.122	.061	-.044	.130	.158	-.010	.182	.209	.113	.161	.093
BSES27	.070	-.032	.168	.182	.377	.251	.178	.107	.526	.312	.457	.163	.411	.235	.030	.263	.311
BSES28	.185	.197	.283	.311	.177	.291	.219	.081	.129	.045	.161	.187	.142	.198	.126	.165	.191
BSES29	.120	.138	.310	.219	.124	.069	.221	.098	.200	.158	.312	.143	.212	.259	.113	.173	.209
BSES30	.096	.068	.164	.382	.244	.233	.083	.080	.239	-.070	.341	.412	.163	.205	.087	.344	.181
BSES31	.139	.106	.228	.218	.279	.164	.230	.173	.324	.218	.300	.376	.303	.148	.195	.325	.199
BSES32	.184	.072	.148	.164	.232	.147	.195	.033	.281	.133	.230	.121	.243	.133	.157	.106	.103
BSES33	.032	-.010	.030	.203	.136	.450	.093	.021	.075	.151	.103	.276	.115	.092	.236	.245	.079

Tabela 3 – Matriz de Correlação. Fortaleza, Jul/Out, 2007. (Continuação)

Correl.	BSES18	BSES19	BSES20	BSES21	BSES22	BSES23	BSES24	BSES25	BSES26	BSES27	BSES28	BSES29	BSES30	BSES31	BSES32	BSES33
BSES1																
BSES2																
BSES3																
BSES4																
BSES5																
BSES6																
BSES7																
BSES8																
BSES9																
BSES10																
BSES11																
BSES12																
BSES13																
BSES14																
BSES15																
BSES16																
BSES17																
BSES18	1.000															
BSES19	.387	1.000														
BSES20	.091	.329	1.000													
BSES21	.339	.484	.176	1.000												
BSES22	.211	.153	.228	.121	1.000											
BSES23	.354	.342	.253	.317	.224	1.000										
BSES24	.090	.074	.109	.084	.123	.115	1.000									
BSES25	.303	.303	.330	.336	.301	.354	.095	1.000								
BSES26	.113	-.084	.204	-.028	.185	-.006	.494	.094	1.000							
BSES27	.412	.525	.279	.387	.276	.392	.319	.314	.148	1.000						
BSES28	.261	.194	-.035	.253	.202	.219	.017	.134	-.214	.192	1.000					
BSES29	.425	.189	.005	.278	.137	.263	.037	.344	-.056	.274	.320	1.000				
BSES30	.386	.221	.042	.201	.259	.191	-.019	.208	.051	.292	.360	.329	1.000			
BSES31	.501	.170	.112	.205	.147	.428	.160	.182	.100	.338	.202	.380	.246	1.000		
BSES32	.329	.263	.036	.227	.160	.237	.179	.157	.007	.397	.275	.255	.233	.315	1.000	
BSES33	.156	.027	.092	.024	.136	.186	.144	.255	.099	.162	.152	.220	.258	.109	.173	1.000

Tabela 4 – Variância explicada (autovalores, *eigenvalues*) e os percentuais de variação de cada item da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Componentes	Variância Explicada Inicial		(Autovalores)
	Total	% de variância	% cumulativo
1	7.405	22.440	22.440
2	2.247	6.809	29.248
3	1.984	6.012	35.261
4	1.814	5.498	40.758
5	1.648	4.994	45.753
6	1.483	4.493	50.246
7	1.265	3.832	54.078
8	1.192	3.613	57.691
9	1.163	3.524	61.216
10	1.045	3.167	64.383
11	.984	2.983	67.366
12	.901	2.730	70.097
13	.861	2.608	72.704
14	.822	2.491	75.195
15	.801	2.428	77.623
16	.729	2.210	79.833
17	.692	2.096	81.929
18	.670	2.030	83.959
19	.611	1.852	85.811
20	.557	1.689	87.499
21	.483	1.464	88.964
22	.446	1.353	90.316
23	.438	1.328	91.644
24	.419	1.270	92.914
25	.398	1.207	94.121
26	.357	1.081	95.202
27	.277	.838	96.040
28	.272	.823	96.864
29	.251	.759	97.623
30	.237	.717	98.340
31	.204	.618	98.958
32	.193	.585	99.543
33	.151	.457	100.000

Método de Extração: Análise dos Componentes Principais.

Na **Tabela 5** apresenta-se a matriz de componentes não rotada onde os itens aparecem dispersos em 10 componentes. Verifica-se que a maioria dos itens está concentrada no fator 1 e ocorre a redução gradual do número de itens nos fatores subseqüentes o que dificulta a identificação de estruturas de dependência.

Tabela 5 – Matriz dos Componentes. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Componentes									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BSES18	.701					.300		-.233		
BSES27	.673	-.235		-.228	-.278		-.253			
BSES13	.664	-.335		.222						
BSES19	.609	-.314	-.337						-.270	
BSES11	.590			-.387		.312			-.238	
BSES9	.586	-.272	-.276			-.293	-.221			
BSES23	.582									-.509
BSES31	.580							-.311	.235	-.407
BSES21	.562	-.205	-.239							.222
BSES25	.540	-.205	.203	.300			.356			
BSES12	.530	.386				-.301		-.208		
BSES29	.510					.407			.254	
BSES30	.507	.417						.260		
BSES16	.499	.285		-.349			.300			
BSES17	.488	-.333	-.320		.245			.244	.236	
BSES5	.480			-.243		-.344	-.276			
BSES32	.466						-.408			
BSES10	.435	-.343	.305	.233				-.251		
BSES28	.434	.361		.289				.367		
BSES7	.427		.293	.310				-.273	-.286	
BSES4	.455	.520			.225				-.248	
BSES20	.284	-.483					.252	.220	-.389	
BSES26		-.209	.570	-.451	.264					.233
BSES24	.291	-.253	.442	-.310	.380		-.245		.299	
BSES15	.293		.441				-.259			-.222
BSES22	.363		.415		-.338			.299		
BSES33	.329	.309	.332			-.290	.236	.244	.294	
BSES2	.272			.481	.557					
BSES1	.328			.294	.551					
BSES8	.268	-.242	-.267	-.253	.384		.230	.376		-.267
BSES3	.396			.340		.434			.285	.337
BSES6	.335	.337	.241		-.305	-.413				
BSES14	.368		.357			.386	-.277			

Método de Extração: Análise dos Componentes Principais.

Para promover um fator de solução mais interpretável, foi realizada a extração ortogonal dos componentes principais por meio da rotação varimax. A regra do *screepplot* (gráfico de triagem, **Figura 11**) diz que devem ser retidos todos os componentes com autovalores presentes na linha descendente que estejam acima (ou antes) da primeira curva, pois estes fatores explicam a maior parte da variância dos dados (MERTLER; VANNATTA, 2005; PALLANT, 2005). Logo, o *screepplot* aqui apresentado (**Figura 11**) sugere que apenas um fator seja retido.

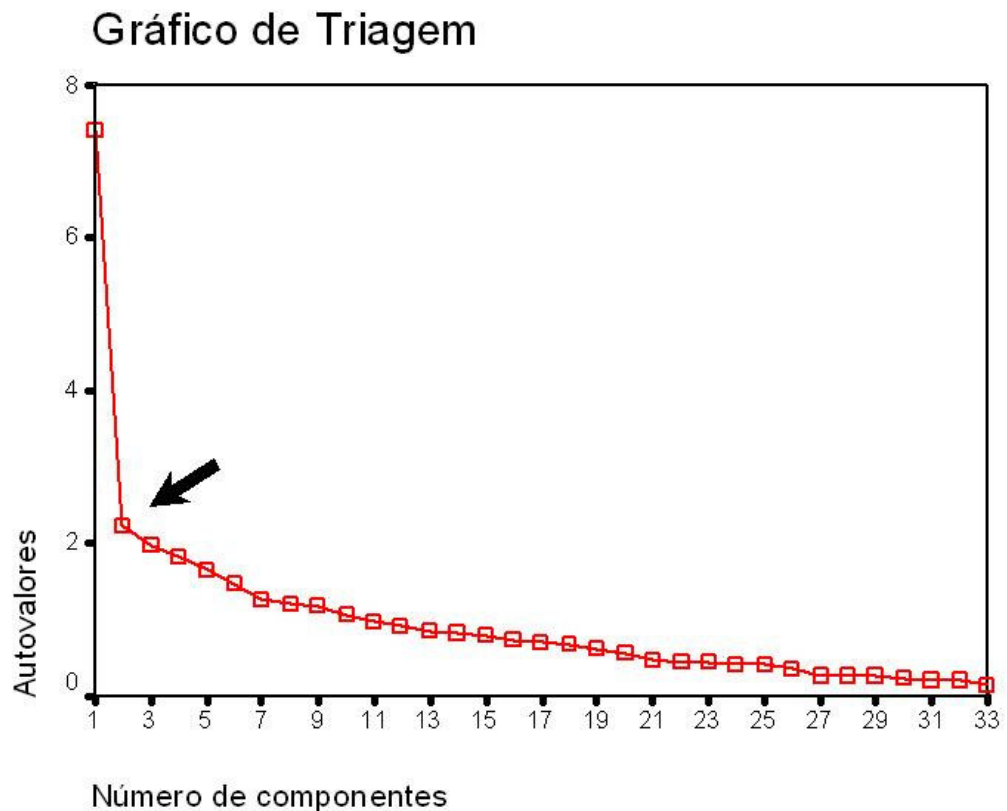


Figura 11 – Definição do número de fatores. A seta indica o número de componentes que devem ser retidos para serem rotados. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Entretanto, uma redução tão grande provocaria uma análise ultrasimplificada dos dados originais. Além disso, a retenção de um segundo componente poderia melhorar o ajustamento do modelo de análise aos dados empíricos aqui apresentados. Ademais, as dimensões latentes foram definidas *a priori* (técnico e pensamentos intrapessoais) o que justificaria a retenção de dois componentes. Pelas razões aqui expostas, optou-se por utilizar a rotação varimax com dois fatores de solução, replicando o estudo original. Os dados da matriz rotada estão apresentados na **Tabela 6**.

Uma correlação (carga fatorial) entre os itens e os domínios de no mínimo 0,3 foi exigida para que um item fosse mantido na escala. Com base nesses critérios, a análise fatorial sugere a retirada de 3 itens (2, 22 e 26) que atingiram cargas fatoriais de 0,215, 0,281 e 0,264 respectivamente (**Tabela 6**). Entretanto, os itens retirados pela análise fatorial se referem a aspectos que fazem parte do cotidiano da nutriz brasileira e, portanto faz sentido mantê-los para mais análises.

Ao analisar os itens que constituíram cada um dos fatores, percebeu-se que o fator 1 foi consistente com o domínio técnico e o fator 2 com o domínio pensamentos intrapessoais. Após essa análise inicial, foi avaliada a magnitude das correlações e a adequação conceitual de cada item dentro de cada fator (domínio). Quando um mesmo item estava alocado em dois domínios diferentes, foi considerado o maior valor da correlação e/ou a análise da base conceitual do item para definir o domínio a que ele pertence.

Tabela 6 – Matriz de correlações entre os itens e os domínios da BSES-VB segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Fator 1	Fator 2
Fator Técnico		
04 - Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	.689	
30 - Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	.654	
12 - Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	.649	
18 - Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	.589	.401
28 - Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	.563	
16 - Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	.556	
31 - Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade (organizo as minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê).	.488	.330
06 - Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	.475	
29 - Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele (a cada mamada).	.474	
05 - Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	.458	
33 - Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	.451	
11 - Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	.450	.383
32 - Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	.387	
01 - Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	.349	
15 - Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	.324	
14 - Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	.314	
10 - Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia).		.549
22 - Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	.233	.281
26 - Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.		.264
02 - Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.		.215
Fator Pensamento Intrapessoal		
07 - Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	.385	
13 - Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.		.704
19 - Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê (quero amamentar).		.650
27 - Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	.318	.637
09 - Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.		.603
17 - Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês (não uso mamadeira no primeiro mês).		.579
20 - Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar (ajuda das amigas).		.544
21 - Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.		.539
25 - Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.		.523
23 - Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	.336	.489
24 - Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família		.385
08 - Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.		.360
03 - Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).		.343
Autovalores/ Variação Explicada	4,894	4,758
Percentual de Variância	14,8	14,4

Método de Extração: Análise dos Componentes principais.
Método de Rotação: Varimax

Quanto maior a carga fatorial de um item, mais associado ao fator ele se encontra. Logo, quando considerada apenas a magnitude das correlações a BSES-VB, ficou com 17 itens alocados no domínio técnico (1, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 28, 29, 30, 31, 32, 33) e 16 itens no domínio pensamentos intrapessoais (2, 3, 8, 9, 10, 13, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27). Porém, quando analisada a base conceitual de cada item, houve uma troca de cinco itens (**Tabela 6**, itens destacados em negrito). O item 7 que estava relacionado ao domínio técnico passou para o domínio pensamentos intrapessoais; por sua vez os itens 2, 10, 22 e 26 relacionados ao domínio pensamentos intrapessoais passaram a ser alocados no domínio técnico (**Tabela 6**), totalizando 20 itens no domínio técnico e 13 itens no domínio pensamentos intrapessoais. Essa conduta já foi realizada por outros pesquisadores que usaram a BSES (CREEDY et al, 2003; DAI; DENNIS, 2003) e foi recomendada por Dennis quando contactada por via eletrônica.

Esta análise ainda levou a dois fatores de correlações (autovalores ou variância explicada) maior que 1 que explicou 29% da variância. O fator 1 (domínio técnico) teve um autovalor de 4,894, o qual explicou 14,8% da variância e consistiu em 20 itens com valores variando de 0,21 a 0,68.

O fator 2 (domínio pensamentos intrapessoais) teve um autovalor de 4,758, o qual explicou 14,4% da variância e consistiu em 13 itens com valores variando de 0,34 a 0,70.

4.4.2.2 Comparação de Grupos Contrastados

O segundo método utilizado para realizar a validação relacionada ao construto foi a comparação dos grupos contrastados. Para tanto, foram realizadas quatro análises dividindo as mulheres em diferentes grupos:

A: O grupo foi dividido em **multigestas** e **primigestas**,

B: O grupo de múltiparas foi dividido em mulheres com experiência anterior de amamentar **satisfatória** e mulheres com experiência anterior de amamentar **insatisfatória**.

C: As mulheres foram divididas por experiência **satisfatória** e **insatisfatória** anterior de amamentar e em **escores de auto-eficácia altos** (≥ 138) e **baixos** (≤ 118) de acordo com os parâmetros de Blyth et al (2004).

D: As mulheres tiveram seus escores divididos em **altos** (≥ 138), **médios** (119-137) e **baixos** (≤ 118) **de auto-eficácia** (BLYTH et al, 2004) os quais foram associados com as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

Para realizar as duas primeiras análises se utilizou como parâmetro comum os valores dos escores da BSES-VB, **acima** ($>$) e **igual e menor** (\leq) que a média (135,14).

A análise (A) buscou identificar se a experiência anterior repercutiria nos escores da BSES-VB, entretanto, a relação entre os escores da BSES-VB, e a paridade não foi significativa ($\chi^2= 2,426$, $p=0,1193$), e os escores médios foram muito próximos (score médio das primigestas = 136,28 e score médio das multigestas = 134,67).

Fundamentada na teoria da auto-eficácia da amamentação (DENNIS,1999), a qual sugere que as experiências prévias satisfatórias, contribuem para a realização de um comportamento, construiu-se a hipótese de que mulheres com prévia e satisfatória experiência de amamentarem teriam maiores escores na BSES-VB.

Para investigar essa hipótese procedeu-se a análise (B) e foram encontradas diferenças significantes entre multigestas satisfeitas (Média = 145,81, DP = \pm 6,82) e multigestas insatisfeitas (Média = 123, DP = \pm 9,69) com sua experiência anterior (t de student = 2,28, p = 0,02) conforme pode ser visto na Figura 12, sendo essa diferença de 15,5%.

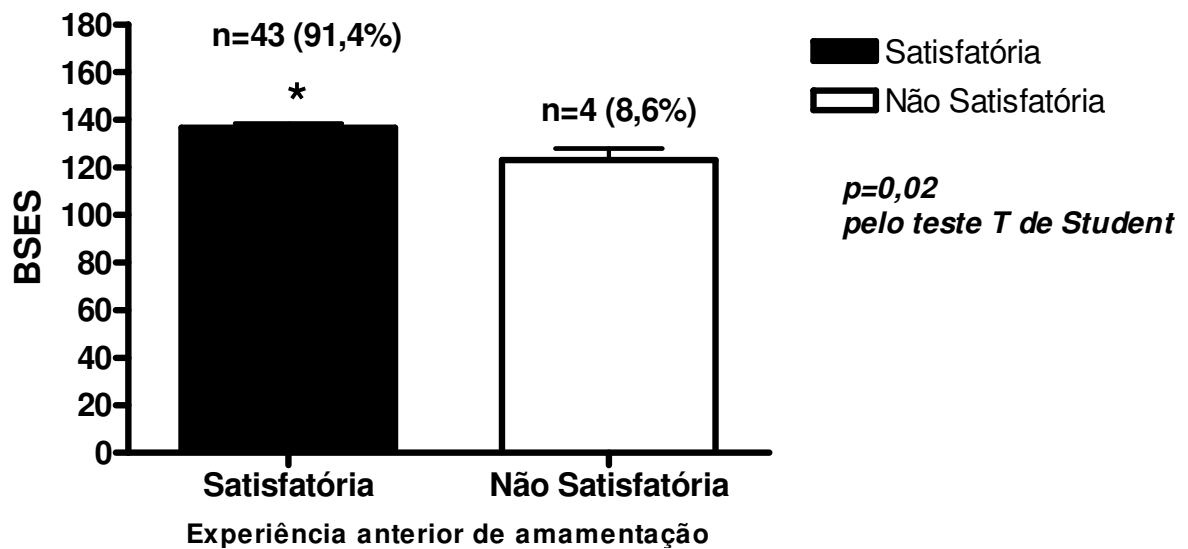


Figura 12 – Relação entre os escores totais da BSES-VB e a satisfação da experiência anterior com a amamentação. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Esse resultado foi ratificado pela análise (C), quando se procurou realizar uma comparação com os parâmetros extremos dos escores de auto-eficácia (≤ 118 e ≥ 138) e a satisfação anterior de amamentar, no qual o teste de Fisher indicou associação significativa ($p = 0,036$), confirmando novamente a hipótese do estudo. É oportuno salientar que devido a existência de dados insuficientes não foi possível analisar de forma consistente a relação entre os escores da BSES-VB, e a satisfação com a amamentação atual (pequeno número amostral).

As **Tabelas 7 e 8** mostram a distribuição dos escores da BSES-VB, de acordo com as variáveis sociodemográficas e obstétricas e serviram de base para a análise (D).

Tabela 7 – Associação entre os escores da BSES-VB e as variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Variável	Baixo (≤ 118)		Médio (119-137)		Alto (≥ 138)		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
1. Idade materna							5,18	0,269
13 – 19	3	21,4	11	20,8	4	8		
20 – 30	9	64,3	31	58,5	31	62		
31 – 42	2	14,3	11	20,8	15	30		
2. Procedência (n=117)							0,86	0,719
Fortaleza	10	71,4	32	61,5	30	62,5		
Outras cidades	4	28,6	21	46,7	20	44,4		
3. Estado Civil (n=117)							4,57	0,102
Casada / União consensual	8	57,1	41	77,4	42	84		
Solteira / divorciada	6	42,9	12	22,6	8	16		
4. Escolaridade (ano) (n=112)							3,51	0,172
0 – 8	6	46,2	11	22	11	22,5		
9 ou mais	7	53,8	39	78	38	77,5		
5. Ocupação (n=117)							3,14	0,219
Trabalha	4	8,9	29	50,0	25	43,1		
Não trabalha	10	16,9	24	40,7	25	42,4		
6. Pessoas residindo no domicílio (n=117)							7,56 ⁽¹⁾	0,023
1 – 2	3	4,9	33	54,1	25	41,0		
3 – 14	11	19,8	20	35,7	25	44,6		
7. Renda Familiar em Salários Mínimos (n=114)							2,28	0,320
1 – 2	10	13,5	36	48,8	28	37,8		
3 – 14	4	10,0	15	37,5	21	52,5		

⁽¹⁾ Teste de razão de maximoverossimilhança

Tabela 8 – Associação entre os escores da BSES-VB e as variáveis obstétricas. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Variável	Baixo (≤ 118)		Médio (119-137)		Alto (≥ 138)		χ^2	<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%		
1. Nº de consultas pré-natais							0,90	0,638
1 – 3	-	-	14	26,9	13	28,9		
4 – 6	9	81,8	28	53,9	23	51,1		
≥ 7	2	18,2	10	19,2	9	20		
2. Idade Gestacional							10,47	0,638
< 30	-	-	22	44,9	21	48,8		
30 – 35	5	41,7	10	20,4	11	25,6		
≥ 36	7	58,3	17	34,7	11	25,6		
3. Intenção de amamentar							9,17 ⁽¹⁾	0,010
Sim	10	83,3	52	100	46	100		
Não	2	16,7	-	-	-	-		
4. Tempo que pretende amamentar							1,65	0,438
Até 6	7	9,9	34	47,9	30	42,3		
7 ou mais	4	16,7	13	54,2	7	29,2		
5. Tipo de parto							0,94	0,624
Normal	6	75	6	60	7	53,8		
Cesárea	2	25	4	40	6	46,2		
6. Dificuldades na primeira semana da amamentação							2,58	0,276
Sim	5	62,5	3	30	4	30,8		
Não	3	37,5	7	70	9	69,2		
7. Satisfação com a experiência atual de amamentar							8,14 ⁽¹⁾	0,017
Sim	4	57,1	10	100	10	76,9		
Não	3	42,9	-	-	3	23,1		

⁽¹⁾ Teste de razão de maximoverossimilhança

Os dados da **Tabela 7** e **8** revelam uma associação significativa entre os escores da BSES-VB, com o número de pessoas residindo no mesmo domicílio ($p=0,023$), intenção de amamentar ($p=0,010$) e satisfação com a experiência atual de amamentar ($p=0,017$).

4.5 Análise da Confiabilidade

4.5.1 Coeficiente de Correlação Intraclasse

O CCIC da escala estudada variou de 0,835 a 0,903 ($p= 0,00001$; IC = 95%) com uma média de 0,871. Quando separado por domínios o CCIC do domínio técnico flutuou entre 0,746 e 0,852 ($p= 0,00001$; IC = 95%) com uma média de 0,803. O CCIC para o domínio pensamentos intrapessoais variou de 0,720 a 0,836 ($p= 0,00001$; IC= 95%) com uma média de 0,783. Logo, os dados evidenciam que a BSES-VB é um instrumento confiável.

4.5.2 Consistência Interna

O alfa de Cronbach da BSES-VB completa foi de 0,88 indicando uma alta consistência interna. O alfa de Cronbach da escala original foi de 0,96. Foi realizada uma avaliação da confiabilidade da escala sem considerar os itens 2, 22 e 26 que segundo a análise fatorial deveriam ser retirados, entretanto não houve diferença significativa no resultado do alfa de Cronbach que seria 0,87, o que apoia a decisão da pesquisadora de manter os itens para avaliações futuras.

A **Tabela 9** mostra os detalhes da análise estatística da escala completa onde se pode verificar a correlação de cada item com o total da escala, além de verificar a média, a variância e o próprio alfa de Cronbach na ausência de qualquer um dos itens da escala.

Pode-se perceber que se retirado qualquer um dos itens a escala não sofreria grandes alterações em relação ao alfa que variou de 0,863 a 0,874, uma variação de apenas 0,011.

Tabela 9 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Média da Escala se o Item for Deletado	Variância da Escala se o Item for Deletado	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se o Item for Deletado
VAR00001	130,9912	156,540	,285	,870
VAR00002	131,3421	156,316	,253	,871
VAR00003	131,1754	154,677	,330	,869
VAR00004	130,9912	154,770	,399	,868
VAR00005	131,9737	151,318	,409	,868
VAR00006	131,5702	154,938	,273	,871
VAR00007	131,3333	152,047	,391	,868
VAR00008	130,9298	155,411	,252	,871
VAR00009	130,8596	153,945	,462	,867
VAR00010	131,3596	151,808	,399	,868
VAR00011	131,2193	147,553	,537	,864
VAR00012	131,1316	153,053	,450	,867
VAR00013	130,9474	151,431	,599	,864
VAR00014	131,3596	153,648	,354	,869
VAR00015	132,4298	154,690	,276	,871
VAR00016	131,4035	151,269	,431	,867
VAR00017	130,8860	152,350	,478	,866
VAR00018	130,8158	150,205	,612	,863
VAR00019	130,7105	154,013	,510	,866
VAR00020	131,5702	152,814	,276	,872
VAR00021	131,0000	152,531	,449	,867
VAR00022	131,0526	155,696	,333	,869
VAR00023	130,7807	154,421	,492	,867
VAR00024	131,1491	153,544	,316	,870
VAR00025	131,0877	152,824	,506	,866
VAR00026	132,2719	155,032	,203	,874
VAR00027	130,8333	151,822	,595	,864
VAR00028	130,8070	156,458	,353	,869
VAR00029	130,8246	156,093	,441	,868
VAR00030	130,8947	155,422	,424	,868
VAR00031	131,1140	151,589	,499	,865
VAR00032	130,9912	155,849	,384	,868
VAR00033	131,4561	153,825	,329	,869

Quando separados por domínios o alfa de Cronbach assume o valor 0,81 tanto para o domínio técnico quanto para o domínio pensamentos intrapessoais. As **Tabelas 10 e 11** revelam o detalhamento estatístico dos domínios técnico e pensamentos intrapessoais.

Tabela 10 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach do Domínio Técnico da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Média da escala se item for Deletado	Variância da escala se item for Deletado	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach se item for Deletado
BSES1	75.4912	61.6327	.2870	.7992
BSES2	75.8421	62.2934	.1910	.8049
BSES4	75.4912	59.5265	.4950	.7892
BSES5	76.4737	58.2869	.4083	.7927
BSES6	76.0702	59.7295	.3272	.7978
BSES10	75.8596	60.3518	.2807	.8009
BSES11	75.7193	56.5046	.5019	.7862
BSES12	75.6316	59.1374	.4800	.7893
BSES14	75.8596	59.7677	.3549	.7959
BSES15	76.9298	59.9596	.3025	.7995
BSES16	75.9035	57.7871	.4656	.7889
BSES18	75.3158	57.8463	.6042	.7829
BSES22	75.5526	61.3468	.3151	.7979
BSES26	76.7719	61.1157	.1638	.8124
BSES28	75.3070	61.5952	.3600	.7961
BSES29	75.3246	61.7079	.4147	.7948
BSES30	75.3947	60.5242	.4754	.7914
BSES31	75.6140	58.7524	.4839	.7887
BSES32	75.4912	61.5442	.3588	.7961
BSES33	75.9561	59.2104	.3745	.7947

Tabela 11 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach do Domínio Pensamentos Intrapessoais da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Média da Escala se o Item for Deletado	Variância da Escala se o Item for Deletado	Correlação Item-Total	Alfa de Cronbach se o item for Deletado
BSES3	51.2906	31.7597	.3085	.7788
BSES7	51.4274	31.8503	.2444	.7872
BSES8	51.0855	31.1650	.2957	.7825
BSES9	50.9744	30.7838	.5336	.7601
BSES13	51.0598	29.9533	.6352	.7515
BSES17	51.0427	30.2309	.4628	.7641
BSES19	50.8205	30.8727	.5981	.7573
BSES20	51.7179	29.6525	.3273	.7845
BSES21	51.1197	30.2787	.4907	.7617
BSES23	50.8974	31.6101	.4849	.7654
BSES24	51.2650	31.7137	.2446	.7879
BSES25	51.1795	30.8727	.5032	.7621
BSES27	50.9402	30.5740	.5828	.7567

Percebe-se que os itens 26 do domínio Técnico (**Tabela 10**) e 24 do domínio Pessoal (**Tabela 11**) são os menos correlacionados à escala, mas a retirada destes itens não alteraria significativamente o valor do alfa e, portanto não justifica sua retirada.

4.5.3 Confiabilidade Teste-Reteste

Para conduzir a fase do reteste foram selecionadas apenas aquelas mulheres que foram envolvidas no estudo com 35 semanas gestacionais ou mais para que o intervalo entre a primeira e a segunda aplicação não ficasse muito grande, pois não existe um consenso entre os limites de tempo mínimo e máximo para a aplicação do teste-reteste. O reteste foi aplicado durante a primeira visita domiciliar quando o bebê estava com aproximadamente 15 dias de vida (± 2 dias), o que dá um intervalo entre a primeira e a segunda aplicação de aproximadamente 6 semanas. Dessa forma foi possível realizar 20 retestes.

A estabilidade teste-reteste foi calculada por meio do coeficiente de Spearman-Brown = 0,80 revelando uma alta concordância entre os valores e, portanto significaria que a BSES-VB tem alta estabilidade.

Quando dividimos os retestes em dois grupos (primíparas e múltíparas) o coeficiente foi o mesmo para o grupo de primíparas ($n = 11$), entretanto entre as múltíparas ($n = 9$) o Spearman-Brown foi 0,91 mostrando-se que em múltíparas a BSES-VB é ainda mais estável. A estabilidade teste-reteste calculada por meio do coeficiente de Pearson resultou em $r = 0,67$ ($p = 0,001$), o que pode ter sido influenciado pelo pequeno número amostral na fase reteste.

Para uma melhor visualização de como o teste-reteste se comportou está apresentado a seguir um gráfico (**Figura 13**) mostrando a estabilidade da BSES-VB.

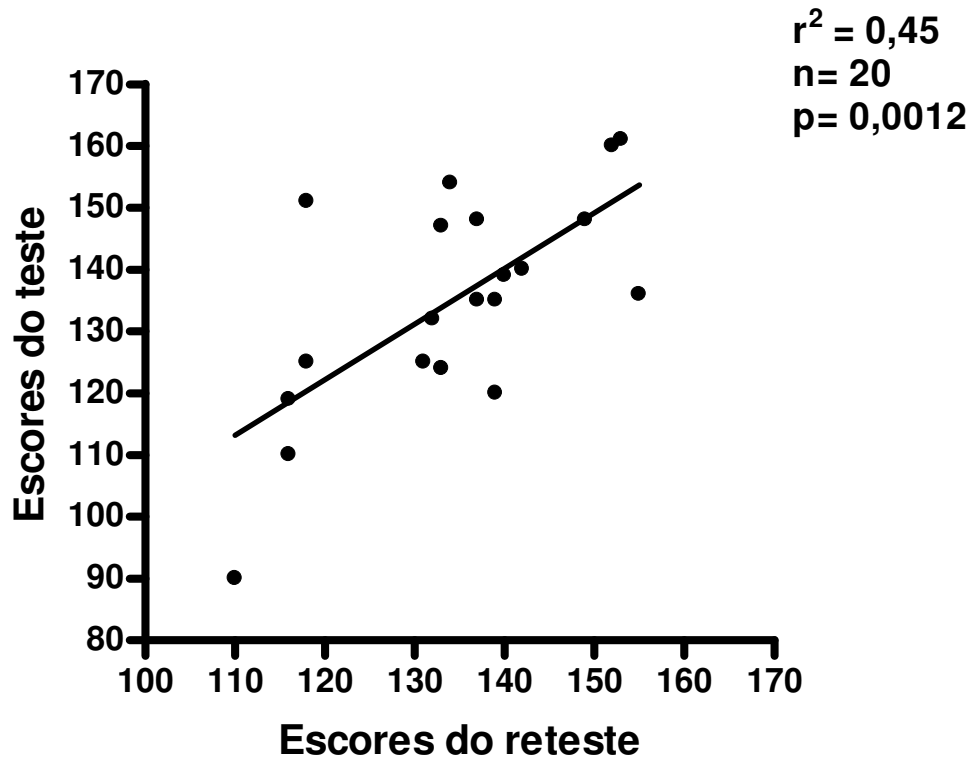


Figura 13 – Regressão linear dos escores do teste-reteste. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

4.6 Percepção das gestantes em relação à amamentação – aplicação da BSES-VB

As respostas da BSES-VB foram analisadas em seus domínios (Técnico e Pensamentos Intrapessoais). Para melhor análise dos domínios, os itens foram organizados em categorias, criadas pela própria pesquisadora com o intuito de agrupar melhor os itens e facilitar a visualização dos aspectos em que as mulheres apresentaram maior ou menor eficácia.

Os itens do domínio técnico foram agrupados em 5 categorias conforme a **Tabela 12**.

Tabela 12 – Distribuição do número de mulheres segundo as categorias principais do domínio técnico da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Domínio Técnico									
	Concordo totalmente		Concordo		Às vezes concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adaptação ao cotidiano (itens 31, 32)	93	39,7	114	48,7	19	8,1	7	3,0	1	0,4
Bebê (itens 6, 10, 14, 15, 18, 33)	212	30,2	247	35,2	140	19,9	91	13,0	11	1,7
Leite materno (itens 11, 16 e 29)	143	40,7	146	41,6	33	9,4	25	7,1	4	1,1
Pega correta (itens 4, 12, 30)	148	42,1	164	46,7	32	9,1	5	1,4	2	0,5
Técnica de amamentar (itens 1, 2, 5, 22, 26, 28)	137	39,1	122	34,8	62	17,7	26	7,4	3	0,8

$p = 0,0001$ (Razão de Maximoverossimilhança - RMV)

Quando aplicado o teste de razão de maximoverossimilhança foi evidenciada uma associação estatisticamente significativa entre os itens do domínio técnico ($p = 0,0001$), **Tabela 12**. As maiores diferenças observadas aconteceram nas categorias relacionadas ao **cuidado direto com o bebê** ($n = 242$, 34,6%) e à **técnica de amamentar** ($n = 91$, 25,9%) que apresentaram uma maior proporção entre as respostas do tipo *às vezes concordo*, *discordo* e *discordo totalmente*. O fato de a proporção desses itens serem semelhantes parece coerente tendo em vista que é necessário certa técnica para se cuidar do bebê, portanto essas duas categorias estão fortemente relacionadas. Esta análise evidencia que as mulheres possuem menor auto-eficácia nestas categorias.

Os itens do domínio pensamentos intrapessoais foram agrupados em 4 categorias conforme a **Tabela 13**.

Tabela 13 – Distribuição do número de mulheres segundo as categorias principais do domínio pensamentos intrapessoais da BSES-VB. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

	Domínio Pensamento Intrapessoal									
	Concordo totalmente		Concordo		Às vezes concordo		Discordo		Discordo totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adaptação ao cotidiano (itens 7, 8, 20, 27)	209	44,6	162	34,6	51	10,9	31	6,6	15	3,2
Motivação (itens 9, 19, 21, 23)	259	55,3	176	37,6	18	3,8	14	3,0	1	0,2
Satisfação (itens 13, 25)	97	41,4	115	49,1	13	5,6	9	3,9	-	-
Técnica de amamentar (itens 3, 17, 24)	159	45,3	134	38,2	36	10,2	14	4,0	8	2,3

$p = 0,0001$ (Razão de Maximoverossimilhança - RMV)

Verifica-se na **Tabela 13**, uma associação estatisticamente significativa entre os itens do domínio pensamentos intrapessoais ($p = 0,0001$). As maiores diferenças observadas aconteceram nas categorias relacionadas à **adaptação ao cotidiano** ($n = 97$, 20,7%) e **técnica de amamentar** ($n = 58$, 16,5%) que apresentaram uma maior proporção entre as respostas do tipo *às vezes concordo*, *discordo* e *discordo totalmente*. Esta análise evidencia que as mulheres possuem menor auto-eficácia nestas categorias.

As médias dos domínios (técnico e pensamentos intrapessoais) e escores totais foram ainda correlacionados com as variáveis sociodemográficas e antecedentes obstétricos e testadas por meio do teste *t* de Student. Entretanto, houve associação estatisticamente significativa apenas com o estado civil, número de pessoas no domicílio e satisfação com a amamentação anterior (**Tabela 14**), as demais associações não foram apresentadas.

Tabela 14 – Distribuição do número de mulheres segundo os domínios e escores totais associando com as variáveis sociodemográficas e satisfação com a amamentação anterior. Fortaleza, Jul/Out, 2007.

Domínio Técnico	N	Média	Desvio padrão	t de Student	p
Estado Civil				-1,39	0,166
Solteiras/ Divorciadas	25	77,80	9,09		
Casadas/União consensual	89	80,34	7,77		
Pessoas no domicílio				0,620	0,536
1 – 2	61	80,22	6,85		
3 – 14	53	79,28	9,38		
Satisfação com a amamentação anterior				-0,586	0,561
Sim	4	78,00	3,91		
Não	42	80,40	8,05		
Domínio Pensamento Intrapessoal					
Estado Civil					
Solteiras/ Divorciadas	26	53,30	6,55		
Casadas/União consensual	91	56,00	5,68	-2,05	0,042
Pessoas no domicílio					
1 – 2	61	56,50	5,40	2,125	0,036
3 – 14	56	54,19	6,35		
Satisfação com a amamentação anterior					
Sim	4	45,00	6,32	-4,251	0,0001
Não	43	56,06	4,87		
Escore total					
Estado Civil					
Solteiras/ Divorciadas	26	130,81	14,73		
Casadas/União consensual	91	136,38	11,91	-1,99	0,049
Pessoas no domicílio					
1 – 2	61	136,74	10,94	1,417	0,159
3 – 14	56	133,41	14,34		
Satisfação com a amamentação anterior					
Sim	4	123,00	9,69	-2,282	0,027
Não	43	136,63	11,53		

Logo, verificou-se uma associação significativa dos escores obtidos no domínio pensamentos intrapessoais em relação às mulheres casadas/ união consensual ($p = 0,042$), número de pessoas residentes por domicílio ($p = 0,036$) e satisfação anterior com a experiência de amamentar ($p = 0,0001$). O escore total esteve associado também com as mulheres casadas/ união consensual ($p = 0,049$) e a satisfação anterior com a amamentação ($p = 0,027$).

Quando as mulheres foram divididas pela idade gestacional em três diferentes grupos (≤ 30 , 31 a 35, e > 35 semanas gestacionais), foi aplicado o teste F de Snedecor (ANOVA) sendo identificada uma associação significativa com o domínio técnico ($p = 0,041$) e escore total ($p = 0,043$). Quando aplicado o teste de Tukey para saber quais os pares diferiram entre si verificou-se que a associação dos escores com a idade gestacional esteve mais fortemente associada às mulheres com mais de 35 semanas gestacionais ($p = 0,045$).



DISCUSSÃO

5 Discussão

5.1 Características Sociodemográficas

Para melhor compreensão do contexto em que o estudo ocorreu, considerou-se relevante discutir as características sociodemográficas mais importantes das participantes. Tendo o estudo sido realizado em um serviço público de saúde, os dados revelam uma clientela cuja renda *per capita* variou de 0,12 a 1,75 salários mínimos.

De certa forma, a idade das participantes foi surpreendente, pois era esperado um maior percentual de gravidez em menores de 20 anos, o que só ocorreu em 15,4% (n=18) dos casos. O levantamento do registro civil no Brasil realizado pelo IBGE revela que em 2006 a proporção nacional da maternidade em jovens menores de 20 anos foi de 20,5%. Quando considerado os estados brasileiros revelou-se que o Maranhão teve a maior proporção de mães adolescentes (27,6%) e o Distrito Federal o menor (15,3%). No Ceará essa proporção foi da ordem de 21,1% (IBGE, 2006). Esses dados são preocupantes porque a maternidade em menores de 20 anos, especialmente nas classes menos favorecidas economicamente, proporciona um agravamento da vulnerabilidade física e social das crianças e dos próprios membros das famílias.

Mesmo tendo encontrado apenas 15,4% (n=18) de gestantes menores de 20 anos, se deparar com três adolescentes grávidas com idades entre 13 e 14 anos foi uma experiência desafiadora. É de certa forma um desafio orientar uma “criança” a cuidar de outra, o seu bebê. Apesar de ter ocorrido uma redução da fecundidade em mulheres de todas as idades nas últimas décadas, com maior ênfase em mulheres de 30 a 49 anos, houve uma exceção no grupo de 15 a 19 anos (SIMÕES, 2006).

Além disso, participaram do estudo não só mulheres procedentes da capital fortalezense, mas também mulheres nascidas e educadas no interior do Ceará e em outras regiões do país, que trazem consigo uma bagagem cultural importante para se obter uma visão mais ampla da realidade das mulheres que participaram do estudo.

A maioria das mulheres era casada ou vivia em união consensual (n=91, 77,8%), não exerce atividade econômica que possa colaborar com o sustento da família (n=66, 56,4%) sendo totalmente dependentes dos pais (no caso das adolescentes) ou de seus companheiros; 75% (n=84) tinham entre 9 e 12 anos de estudo o que equivale a conclusão do ensino primário e médio respectivamente.

Um dado interessante é o número de pessoas residindo no mesmo domicílio. O estudo apontou que em aproximadamente 10,3% (n=12) dos casos residem de 7 a 12 pessoas no mesmo domicílio. Isso pode ser um reflexo da crise econômica que assola a camada mais pobre da sociedade, em que os filhos se casam, mas não têm condições econômicas de assumirem seus próprios lares e acabam permanecendo na casa de seus pais, só que agora com esposa (o) e filhos, o que pode contribuir para duas realidades distintas: 1. diminuição da renda *per capita* contribuindo para a pauperização das famílias ou 2. adição da renda, pois se todos os adultos do domicílio tiverem sua própria fonte de renda (seja salários, aposentadorias ou pensões) agrega-se valores e a condição da família melhora. É o caso de uma família que tinha 8 pessoas residindo no mesmo domicílio perfazendo uma renda familiar de 14 salários mínimos.

Quando isso acontece, a família que está em formação, tem algumas vezes, apenas um quarto onde se pode ter um pouco mais de privacidade, e a família extensiva acaba participando do cotidiano do casal. Essa realidade pode gerar conflitos de convivência que podem ter resultados dramáticos especialmente em relação à violência doméstica, o que não foi objeto dessa investigação, e pode também interferir na prática da amamentação.

Durante as visitas domiciliares foi verificado que algumas mulheres residiam em ambientes com pouca higiene; ressalta-se que apesar das condições insalubres e da difícil condição financeira as famílias tendem a gastar seu dinheiro adquirindo mais bens de consumo (TV, DVD, entre outros) para seu entretenimento, em detrimento de economizar para obter melhores condições de moradia.

A associação negativa e significativa entre escolaridade e número de gestações ($r = -0,317$; $p = 0,001$, $n = 106$), confirma achados de outros pesquisadores que identificaram que mães com menor escolaridade têm maior

número de filhos quando comparadas com mães com maior escolaridade; as mães com maior escolaridade têm três vezes mais chances de terem até dois filhos, quando comparadas com aquelas com ensino fundamental incompleto. Portanto, a queda nas taxas de natalidade ocorrem no segmento da população mais privilegiado, que pode adotar medidas anticoncepcionais mais eficazes (HAIDAR; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2001).

5.2 Características Obstétricas

Os antecedentes obstétricos revelam que 12,8% (n=15) tinham tido história anterior de abortamento e 13,1% (n=16) tiveram problemas de saúde durante a gravidez. Dentre as multigestas, 91,5% (n=43) tinham tido experiência satisfatória anteriormente em relação à amamentação; no entanto 43,2% (n=19) amamentaram por no máximo 4 meses.

Em termos qualitativos, a experiência da amamentação, como qualquer outra, é constituída por situações dicotômicas que revelam satisfação/insatisfação, sucesso/dificuldades, aceitação/negação de forma que as mulheres decidiam pela amamentação porque sabiam da importância do leite materno para a saúde do bebê, esquecendo muitas vezes de si mesmas.

Outros fatores influenciadores no processo de decisão de amamentar que estiveram mais presentes no estudo foram a persuasão verbal da família e dos profissionais de saúde e os fatores econômicos. Essa constatação corrobora com a teoria da auto-eficácia que tem na persuasão verbal sua terceira fonte de informação.

Por outro lado, a sensação de que amamentar é uma obrigação materna, o que soa quase como uma agressão física, e os problemas mamários (estado fisiológico, quarta fonte de auto-eficácia) que advêm da técnica incorreta da amamentação, são situações que podem diminuir a auto-eficácia das mães em relação à sua habilidade de amamentar, podendo levá-las a desmamar seus bebês precocemente.

Apesar de serem orientadas para o risco de ingestão alcoólica e uso de tabaco durante a gravidez e amamentação, as mulheres estavam expostas ao risco, sendo 28,2% das gestantes fumantes ativas e passivas, e 4,3% ingeriam bebida alcoólica raramente ou nos fins de semana mesmo durante a gravidez.

A mensuração da altura uterina não foi objeto desta investigação, entretanto notou-se que as fumantes tinham altura uterina incompatível com a idade gestacional (menor do que a esperada), dados não mostrados, o que confirma os achados de outros estudos sobre o comprometimento da saúde fetal em decorrência do tabagismo (AZ-GOMEZ et al, 2007; FIGUERAS et al, 2007).

Um dado preocupante do ponto de vista obstétrico é que as mulheres continuam iniciando seu pré-natal tardiamente, o que não parece ser algo localizado, mas comum em outras regiões do Brasil onde, em média, apenas 22% das mulheres fazem seis ou mais consultas pré-natais (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004) e até mesmo em outros países (GHARORO; IGBAFE, 2000; QUELOPANA; CHAMPION; SALAZAR, 2007).

Em pesquisa realizada em Caxias do Sul, foi verificado que o número médio de consultas de pré-natal foi de 6,2 (DP= $\pm 5,3$), sendo que aproximadamente 51,5% (n= 345) e 13,8% (n= 93) das pacientes iniciaram o acompanhamento pré-natal no 2º e 3º trimestre de gravidez, respectivamente. Somente 34,7% (n= 232) das grávidas submeteram-se à primeira consulta de pré-natal até a 14ª semana de gravidez, como recomendado pelo Ministério da Saúde (TREVISAN et al, 2002)

Alguns estudos têm identificado barreiras para o início da assistência pré-natal, tais como: problemas financeiros (26%), não saber que está grávida (15%), e não gostar de ir ao médico (14%) (ROGERS; SCHIFF, 1996).

Considerando a ótica da amamentação, a constatação de que apenas 46% das mulheres havia recebido orientação sobre amamentação durante as consultas pré-natais, revela que os profissionais de saúde precisam estar mais atentos às necessidades das futuras mães que certamente têm muitas dúvidas em relação à saúde da criança e amamentação e isso independe do número de filhos anteriores, pois toda gravidez é diferente e cada uma tem a sua história (XIMENES, 2001).

5.3 Adaptação transcultural e propriedades psicométricas da BSES

A *breastfeeding self-efficacy scale* como objeto principal desta investigação passou por um longo processo de tradução e adaptação transcultural, o que desgasta sobremaneira o pesquisador, que muitas vezes precisa correr contra o tempo para concluir sua investigação.

Alguns pontos colaboraram para a demora no processo de adaptação da BSES-VB, a saber:

- a seleção criteriosa do protocolo de tradução e adaptação a ser utilizado: com o objetivo de obter maior rigor e fidedignidade na tradução e adaptação, optou-se por um protocolo complexo constituído de cinco fases (BEATON et al, 1998). Alguns pesquisadores têm sugerido processos menos complexos que otimizam o tempo e parecem ser tão válidos quanto os demais (SALVETTI; PIMENTA, 2005);

- seleção dos sujeitos que colaborariam com o pesquisador em cada uma das fases do protocolo de tradução e adaptação: também é relevante para se obter um instrumento próximo do original (mensurando o mesmo construto), mas que seja compatível com a realidade cultural de onde o estudo está sendo desenvolvido. Para colaborar com as etapas do protocolo, optou-se por convidar pessoas com experiência na temática da amamentação e com experiência no idioma inglês;

- fase do pré-teste: é outro momento que demanda tempo, mas é extremamente necessário e válido, pois sem a percepção inicial do público alvo não se pode prever as direções que a escala poderia assumir. A partir do pré-teste foi possível verificar palavras e expressões que provocavam confusão e poderiam interferir nos resultados. As modificações das expressões em *semanas* para *meses* e do *padrão de respostas* também ocorreram em outras adaptações da BSES (DAI; DENNIS, 2003; WUTKE; DENNIS, 2007). A inserção de exemplos em alguns itens teve como principal objetivo facilitar o entendimento por parte das mulheres bem como evitar vieses relacionados à interpretação dos resultados.

Vale enfatizar que ao considerar que o português é idioma oficial de outros países, optou-se por denominar a escala de **BSES-Versão Brasileira (BSES-VB)** e

não **BSES: versão em português**, pois para utilizá-la em outros países de língua portuguesa, novas adaptações podem ser necessárias.

A validade de conteúdo foi a primeira avaliação a que a BSES-VB foi submetida após a conclusão da adaptação transcultural. O conteúdo da BSES-VB foi considerado compreensivo, associado à confiança materna, categorizados em domínios e considerada relevante. Apesar de dois itens terem sido considerados irrelevantes, a manutenção deles na escala foi importante para se proceder mais análises.

O ponto mais importante da validade de conteúdo foi o IVC, pois este revelou, a partir de uma análise subjetiva de especialistas em amamentação, quão representativo são os itens da BSES-BV do universo de aspectos a serem abordados sobre a amamentação.

Polit e Beck (2006) sugerem três equações matemáticas para se calcular o IVC: o SVI-Ave, SCVI-UA e o I-CVI. Ao aplicar as três equações, foi obtido um IVC = 0,84 (muito próximo da escala original - 0,86) indicando que a escala é representativa do conteúdo a ser estudado sobre a amamentação no Brasil, pois um IVC maior que 0,80 é o desejável (NORWOOD, 2000).

Em relação à validade de construto, procedeu-se a análise fatorial exploratória, método estatístico complexo e sofisticado levando a uma miríade de resultados. Inicialmente essa análise permitiu a replicação do método utilizado no estudo original e em outros estudos que utilizaram a BSES em diferentes culturas de forma que foram obtidas evidências para a validade de construto que se apresentaram consistentes com os demais estudos envolvendo essa escala.

Ao comparar a realidade brasileira com o contexto canadense, alguns pontos podem ajudar a entender porque os itens 2, 22, e 26 não tiveram cargas fatoriais consistentes (0,215, 0,281 e 0,264 respectivamente).

O item 2, que trata do posicionamento do bebê ao seio materno, é relevante de ser avaliado nas mais diversas culturas, entretanto existe a possibilidade das mulheres do estudo terem sido mais inconsistentes em relação a esse item em

particular, pois a maioria foi de primigestas e 15,4% da amostra foi constituída por adolescentes, o que pode ter influenciado na carga fatorial dos itens.

Nos estudos anteriores usando a BSES, a idade mínima das participantes era de 18 anos. O envolvimento das adolescentes foi uma proposta desafiadora e inovadora que foi aceita por Dennis para que se pudesse avaliar como essas meninas-mãe se comportariam diante da escala.

Já o item 22, que trata da amamentação a cada 2-3h, é um item complexo, pois todos os órgãos internacionais de saúde e/ou de pediatria defendem a instituição da livre demanda e, portanto pode ter sido motivo de confusão para as mulheres do estudo. Entretanto, para as canadenses pode não ter tido uma influência muito importante, considerando que no estudo original este item obteve uma carga fatorial de 0,54 (DENNIS; FAUX, 1999).

Por fim, o item 26, que trata da amamentação em público, apesar de não ter obtido a carga fatorial mínima não se mostrou um problema para as mulheres do estudo, pois sempre que concordavam com esse item, elas justificavam dizendo: “É só colocar uma fraldinha e ninguém vê. Não me incomoda”.

Esses pontos devem ser considerados e analisados com mais profundidade em futuras aplicações da BSES-VB, para que se possa entender a repercussão que estes itens tiveram sobre as mulheres envolvidas no estudo e se mudanças na BSES-VB serão necessárias.

Em relação à validade de construto por meio dos grupos contrastados não houve diferença entre os grupos de primigestas e multigestas quando relacionados aos escores da BSES-VB, as médias dos escores de ambos os grupos foram muito semelhantes, o que divergiu das pesquisas realizadas com a BSES em outras culturas (DENNIS; FAUX, 1999; MOLINA et al, 2003). Essa investigação mostrou que a satisfação com a experiência anterior de amamentar e a intenção de amamentar influenciaram positivamente nos escores da BSES-VB e, portanto podem ser melhores preditores da auto-eficácia da amamentação.

Na tentativa de explicar esse fato, o que pode ter ocorrido foi a influência positiva da expectativa de auto-eficácia das primigestas nos escores obtidos, pois

mesmo sendo 'mães de primeira viagem', muitas mulheres exibiam o desejo de acertar, de superar desafios.

A associação significativa entre a satisfatória experiência anterior da amamentação e os escores totais da BSES-VB verificada por diversos testes, comparando diferentes grupos ratifica a teoria da auto-eficácia da amamentação proposta por Dennis (1999) que defende a satisfatória experiência anterior como a principal fonte de informação para a adoção da prática da amamentação. Assim, uma experiência anterior de sucesso, que tenha sido gratificante, concede maior auto-eficácia às mulheres diante da amamentação.

Ao se avaliar os grupos divididos por escores altos, médios e baixos e correlacioná-los com as variáveis sociodemográficas e obstétricas identificou-se uma associação significativa entre os escores da BSES-VB, com o número de pessoas residindo no mesmo domicílio ($p= 0,023$), intenção de amamentar ($p= 0,010$) e satisfação com a experiência atual de amamentar ($p= 0,017$).

Em relação ao número de pessoas por domicílio, verifica-se que não há uma grande diferença entre as mulheres que tiveram escores altos, entretanto a proporção de mulheres com escores baixos foi significativamente maior em residências com mais de duas pessoas.

Esse é um dado importante, pois na realidade do Brasil, apesar da redução da taxa de fecundidade de uma forma global de 6,3 filhos/mulher na década de 60 para 2,4 filhos/mulher em 2000 (SIMÕES, 2006) ainda é comum às mulheres menos abastadas, por diversos motivos, que vão desde a dificuldade do acesso aos métodos contraceptivos até o apoio paternalista dos governos, terem maior número de filhos, aumentando o tamanho da família. Ademais, algumas dessas famílias numerosas não estão limitadas à família nuclear (pai, mãe e filhos), mas à família extensiva (avós, tios e cunhados) que coabitam o mesmo espaço de forma que essas pessoas podem influenciar na prática da amamentação.

Isso faz com que a mulher-mãe precise dividir-se entre seus afazeres domésticos, o trabalho fora de casa, o cuidado dos vários filhos e a atenção aos demais membros da família, acarretando muitas vezes na perda do foco da

amamentação, levando-as a desmamarem seus filhos precocemente. É oportuno salientar que essa multiplicidade de atividades é influenciada pela sociedade contemporânea e diz respeito também às mulheres das diversas classes sociais.

Um aspecto relevante que confirma a intenção de amamentar como um preditor clássico da amamentação (DONATH; AMIR, 2003; VOGEL, 2003) foi que 100% das mulheres com escores médios e altos tinham a intenção de amamentar seu futuro bebê.

Em termos de confiabilidade o uso do alfa de Cronbach foi útil porque ele é capaz de refletir o grau de covariância dos itens do instrumento entre si. Quanto maior o valor de alfa, maior a congruência entre os itens de um instrumento. Após a adaptação a BSES-VB manteve ótimos valores de alfa de Cronbach tanto na sua forma completa quanto separada por domínios, pois valores acima de 0,80 indicam alta consistência interna (GUIRARDELLO, 2005) e o coeficiente de correlação intraclasse confirmou a validade do instrumento.

Entretanto, vale ressaltar que os itens que poderiam ter sido descartados pela análise fatorial não interferiram no valor de alfa de Cronbach (0,88) e nem no teste-reteste (0,80). Tal fato foi importante para que a pesquisadora assumisse uma conduta mais conservadora de forma a manter todos os itens da escala para que outros estudos possam ser feitos, novas populações possam ser envolvidas para se ratificar ou não os resultados aqui alcançados.

A condução da fase do teste-reteste foi uma das mais difíceis do estudo, devido a necessidade de realizar visitas domiciliares, momento em que o pesquisador e sua equipe se depararam com as dificuldades próprias de quem precisa da visita domiciliar para sua coleta de dados: residências fechadas, endereços inexistentes, mulheres que mudaram de endereços ou aquelas que estavam ausentes do domicílio porque já estavam trabalhando.

Mesmo com todos esses problemas, que resultaram em uma reduzida amostra na fase do reteste (n= 20), os resultados revelaram que a BSES-VB é uma escala estável, com correlações significativas tanto no grupo total, quanto nos

grupos de primíparas e multíparas revelando uma alta concordância entre os valores e, portanto uma excelente estabilidade.

Ademais, ressalta-se que não só os coeficientes de Spearman-Brown foram medidos, mas a significância ($p = 0,001$) dos dados do teste-reteste, de forma que a chance de a concordância entre as duas medidas terem acontecido meramente pelo acaso é de apenas 1 em 1.000 casos. Não foi possível realizar uma análise comparativa com a escala original, pois esse teste não foi realizado por Dennis e Faux (1999).

5.4 Percepção das gestantes em relação à amamentação – Aplicação da BSES-VB

A aplicação da BSES-VB resultou em um amplo painel que esboça a percepção das mulheres em relação à amamentação.

Considerando o contexto geral das mulheres, foi evidenciado um déficit em relação ao domínio técnico no que diz respeito aos aspectos inerentes ao bebê (itens 6, 10, 14, 15, 18, 33), e à técnica de amamentar (1, 2, 5, 22, 26, 28) ou seja nestes itens as mulheres foram menos auto-eficazes.

Se por um lado, as mulheres se mostraram menos auto-eficazes nos itens supracitados, por outro elas se mostram bastante auto-eficazes quanto à sua adaptação ao cotidiano e pega correta, de acordo com a proporção de respostas do tipo concordo e concordo totalmente que foram de 88,4% e 88,8%, respectivamente.

Já no domínio pensamentos intrapessoais, a auto-eficácia foi menor nos itens relacionados a adaptação ao cotidiano da mulher-mãe (itens 7, 8, 20, 27) e à técnica de amamentar (3, 17, 24). Entretanto, os itens referentes à motivação e satisfação foram os itens com maior proporção de auto-eficácia com 92,9% e 90,5% de respostas concordantes respectivamente.

Essas evidências configuram um amplo painel de possibilidades em que o profissional de saúde, que lida diretamente com o pré-natal e amamentação, pode elaborar suas ações de educação em saúde ou intervenções mais direcionadas.

Quando relacionado as respostas da escala com as variáveis sociodemográficas e obstétricas, foi identificado que as mulheres que vivem uma relação emocional mais estável (aqui representadas pelas casadas ou aquelas que vivem em regime de união consensual) se mostraram mais confiantes em seu potencial de amamentar, essa confiança foi mais relevante tanto nos escores totais quanto nos escores do domínio pensamentos intrapessoais.

Em termos obstétricos, o fator que mais influenciou tanto no escore total, quanto no domínio técnico foi a idade gestacional, que ao aplicar o teste de Tukey, percebeu-se que os escores foram associados de forma significativa às mulheres com idades gestacionais superiores a 35 semanas.

Logo, este estudo proporciona evidências de que a BSES-VB pode ser aplicada no pré-natal, identificará os pontos com fragilidade de confiança (auto-eficácia) e que deve ser enfatizada a sua aplicação às gestantes com mais de 35 semanas.

Essas evidências são justificadas pelo fato de que com 35 semanas gestacionais a mulher está mais próxima de se deparar com a realização da maternidade que é o bebê no seu colo, com o desafio da amamentação e do cuidado ao bebê. Tal fato aflora muitas dúvidas, incertezas e ansiedades que permeiam sua mente e passam a constituir os processos cognitivos da auto-eficácia em um momento que a mulher está “consolidando” sua decisão de amamentar ou não seu futuro bebê (KING, 2001).

Ao identificar esses aspectos deficitários o profissional de saúde, destacando aqui o enfermeiro pré-natalista, pode assumir duas condutas básicas:

1. Intervir sobre os pontos deficitários (que aqui foram representados pelos itens relativos ao manuseio do bebê e à técnica da amamentação) e

2. Utilizar os pontos em que as mulheres se mostraram mais auto-eficazes (motivação e satisfação) para estimular a melhoria dos aspectos deficitários.

Daí a relevância de se ter um instrumento de tão baixo custo, como a escala aqui apresentada e validada para se utilizar na assistência pré-natal de forma a detectar precocemente os pontos deficitários de cada mulher em relação à amamentação na tentativa de reduzir as taxas do desmame precoce.



CONCLUSÕES

6. Conclusões

Ao final desta investigação envolvendo um protocolo para tradução e adaptação da BSES e sua validação para a população brasileira conclui-se:

- Este estudo envolveu uma população heterogênea com renda familiar variando de 1 a 14 salários mínimos, perfazendo uma renda *per capita* de 0,12 a 1,75 salários mínimos. Apenas 15,4% tinham idades inferiores a 20 anos de idade, 77,8% vivem em união estável e 56,4% não exercem qualquer atividade remunerada.
- Os dados qualitativos indicam que as mulheres têm ciência da relevância da amamentação para a saúde da criança e isso repercute na sua decisão de amamentar, além da persuasão da família e dos profissionais de saúde e dos fatores econômicos.
- A aplicação da escala envolveu 117 mulheres. O tempo médio utilizado para a aplicação da escala foi de 8,94 minutos e o escore médio foi de 135,14. Houve relação positiva e significativa entre a idade e os escores da BSES-VB.
- Obteve-se uma escala com 33 itens, cujas dificuldades no entendimento dos itens resultaram na inserção de exemplos em 12 itens de forma a torná-los mais claros.
- A avaliação das propriedades psicométricas da BSES-VB mostrou alta consistência interna por meio do alfa de Cronbach de 0,88, a qual foi ratificada pelo coeficiente de correlação intraclasse que variou de 0,83 a 0,90.
- A estabilidade da escala foi avaliada pelo coeficiente de Spearman-Brown que se mostrou significativo, tanto no grupo todo, quanto nos grupos de primíparas e multíparas. Este dado foi uma contribuição importante desse estudo, pois a estabilidade não foi avaliada em seu conteúdo original.
- Embora a análise fatorial tenha sugerido a retirada de alguns itens, optou-se por mantê-los para posterior aplicação do instrumento em uma amostra mais representativa dessa população e outras que possuam características ainda não avaliadas.

- A validade por meio da comparação dos grupos contrastados sugere que somente a experiência pode não ser relevante para que a mulher tenha maior auto-eficácia na amamentação, mas essa experiência precisa ser satisfatória, gratificante para que a mulher tenha maior auto-eficácia na adoção desse comportamento.
- A BSES-VB pode ser aplicada tanto para pesquisa, como na área clínica, pois ela permite identificar os fatores relacionados à amamentação que requerem uma atenção direcionada e efetiva por parte do profissional que lida com a amamentação.
- Concluiu-se, portanto que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a percepção da mulher em relação à sua auto-eficácia para a prática da amamentação.



LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

7 Limitações e Recomendações para Futuras Pesquisas

Embora os achados dessa investigação tenham sido exaustivamente analisados e testados por meio dos testes estatísticos recomendados pela comunidade científica internacional, revelando sua consistência e relevância para o incentivo do aleitamento materno exclusivo, existem algumas limitações inerentes que merecem destaque.

- A reduzida amostra no período puerperal, o que impossibilitou uma análise consistente do poder preditivo da BSES-VB;
- A impossibilidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê mediante as dificuldades encontradas para se ter acesso ao binômio durante a visita domiciliar;

Logo, a continuação desta investigação é importante para que se possa criar mecanismos para transpor as limitações identificadas e obter evidências mais consistentes da relevância da BSES-VB.

Para tanto, outros pesquisadores estão envolvidos na validação da *BSES-short form* (uma versão abreviada da escala aqui apresentada) que poderá ser utilizada nas maternidades de forma a contribuir para a identificação da auto-eficácia antes da alta hospitalar.

Ademais se recomenda, a sua aplicação em outras populações com características semelhantes para testar os itens que se mostraram frágeis na amostra estudada. A utilização desse instrumento possui importantes implicações para enfermeiros e demais profissionais que lidam com a assistência perinatal para identificar os fatores inerentes à amamentação que merecem sua atenção. Desta forma, os profissionais podem estabelecer estratégias que minimizem as taxas do desmame precoce e seu impacto na saúde materno-infantil.

Logo, essa investigação confirma os preceitos teóricos da auto-eficácia construídos por Albert Bandura, e adaptados para o comportamento da

amamentação por Cindy Dennis, contribui com um novo corpo de conhecimentos à comunidade acadêmica e clínica ao oferecer uma tecnologia de baixo custo revelada em um instrumento confiável e válido. Esse instrumento avalia aspectos relevantes que influenciam no comportamento da nutriz e, portanto permitirá a construção de intervenções bem elaboradas e direcionadas à condição única de cada mulher.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.M.C. ; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Publica*. v.11, n.2, p.109-11, 2002.
- ALMEIDA, J.A.G. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- ALMEIDA, R.M.; MARINS, V.; VALLE, J. Breastfeeding, socio-economic conditions and nutritional status of children younger than 12 months in Brazil. *Ann. Trop. Paediatr*. v.19, n.3, p.257-262, 1999.
- ANDERSON, K.O.; DOWDS, B.N.; PELLETZ, R.E. et al. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. *Pain*. v.63, n.1, p.77-84, 1995.
- ANIANSOON, G.; ALM, B.; ANDERSSON, B. et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr. Infect. Dis. J*. v.13, n.3, p.183-188, 1994.
- ARNOLD, C.; MAKINTUBE, S.; ISTRE, G.R. Day care attendance and other risk factors for invasive Haemophilus influenzae type b disease. *Am. J. Epidemiol*. v.138, n.5, p.333-340, 1993.
- ASGHARI, A. ; NICHOLAS, M.K. Pain self-efficacy beliefs and pain behaviour. A prospective study. *Pain*. v.94, n.1, p.85-100, 2001.
- ASHRAF, R.N.; JALIL, F.; KHAN, S.R. et al. Early child health in Lahore, Pakistan. A Sarec project for research and research training. *Acta Paediatr*. v.82, n.Suppl 390, p.47-61, 1993.
- AZ-GOMEZ, N.M.; MENDOZA, C.; GONZALEZ-GONZALEZ, N.L. et al. Maternal smoking and the vitamin D-parathyroid hormone system during the perinatal period. *J. Pediatr*. v.151, n.6, p.618-623, 2007.

BACHRACH, V.R.; SCHWARZ, E.; BACHRACH, L.R. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* v.157, n.3, p.237-243, 2003.

BALL, T.M. ; BENNETT, D.M. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr. Clin. North Am.* v.48, n.1, p.253-262, 2001.

BANDURA, A. *Self-Efficacy: the exercise of control.* New York: WH Freeman and Company, 1997.

_____. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* v.84, n.2, p.191-215, 1977a.

_____. *Social Learning Theory.* New Jersey: Prentice Hall, 1977b.

_____. *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory.* Englewoods Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

BANDURA, A.; ADAMS, N.E.; BEYER, J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J. Pers. Soc. Psychol.* v.35, n.3, p.125-139, 1977.

BARBER, C.M.; ABERNATHY, T.; STEINMETZ, B. et al. Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Can. J. Public Health.* v.88, n.4, p.242-245, 1997.

BARTLETT, M.S. A note on the multiplying factors for various chi square approximations. *Journal of the Royal Statistical Society.* v.16, n.B, p.296-298, 1954.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F. et al. *Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures.* p.1-27, 1998.

BERNAL, H. ; FROMAN, R. The confidence of community health nurses in caring for ethnically diverse populations. *Image J. Nurs. Sch.* v.19, n.4, p.201-203, 1987.

BIRCH, D.G.; BIRCH, E.E.; HOFFMAN, D.R. et al. Retinal development in very-low-birth-weight infants fed diets differing in omega-3 fatty acids. *Invest Ophthalmol. Vis. Sci.* v.33, n.8, p.2365-2376, 1992a.

BIRCH, E.E.; BIRCH, D.G.; HOFFMAN, D.R. et al. Dietary essential fatty acid supply and visual acuity development. *Invest Ophthalmol. Vis. Sci.* v.33, n.11, p.3242-3253, 1992b.

BLYTH, R.J.; CREEDY, D.K.; DENNIS, C.L. et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J. Hum. Lact.* v.20, n.1, p.30-38, 2004.

BOURGOIN, G.L.; LAHAIE, N.R.; RHEAUME, B.A. et al. Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. *Can. J. Public Health.* v.88, n.4, p.238-241, 1997.

BRASIL. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.* v.107, n., p.1-152, 2002.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.

_____. *Normas básicas para alojamento conjunto.* PORTARIA MS/GM Nº 1016, DE 26 DE AGOSTO DE 1993.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal.* Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área de Saúde da Criança. 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. *Indicadores Demográficos e Socioeconômicos - 2005.* Ministério da Saúde. 2007.

_____. *Projeto de Lei do Senado Nº 281, de 10/08/2005.* Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/senador/PatriciaSaboya/projeto%20licença-maternidade%20versão%20final.doc>> Acesso em: 7set. 2007.

Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* v.360, n.9328, p.187-195, 2002.

BURNS, N.; GROVE, S. *Understanding nursing research.* 3ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

BUXTON, K.E.; GIELEN, A.C.; FADEN, R.R. et al. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *Am. J Prev. Med.* v.7, n.2, p.101-106, 1991.

CAPITULO, K.L.; CORNELIO, M.A.; LENZ, E.R. Translating the short version of the Perinatal Grief Scale: process and challenges. *Appl. Nurs. Res.* v.14, n.3, p.165-170, 2001.

CAREY, E. The biochemistry of fetal brain development and myelinisation. In: CAREY, E. *The biochemical development of the fetus and neonate*. New York: Elsevier Biomedical Press, p.287-336. 1982.

CARLSON, S.E.; WERKMAN, S.H.; PEEPLES, J.M. et al. Arachidonic acid status correlates with first year growth in preterm infants. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* v.90, n.3, p.1073-1077, 1993.

CARLSON, S.E.; WERKMAN, S.H.; RHODES, P.G. et al. Visual-acuity development in healthy preterm infants: effect of marine-oil supplementation. *Am. J. Clin. Nutr.* v.58, n.1, p.35-42, 1993.

CECATTI, J.G.; ARAÚJO, A.S.; OSIS, M.J. et al. Introdução da lactação e amenorréia como método contraceptivo (LAM) em um programa de planejamento familiar pós-parto: repercussões sobre a saúde das crianças. *Rev Bras Saude Mater Infant.* v.4, n.2, p.159-169, 2004.

CHEZEM, J.; FRIESEN, C.; BOETTCHER, J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* v.32, n.1, p.40-47, 2003.

CHIAFFARINO, F.; PELUCCHI, C.; NEGRI, E. et al. Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population. *Gynecol. Oncol.* v.98, n.2, p.304-308, 2005.

CRAWFORD, M.A. The role of essential fatty acids in neural development: implications for perinatal nutrition. *Am. J. Clin. Nutr.* v.57, n.5 Suppl, p.703S-709S, 1993.

CREEDY, D.K.; DENNIS, C.L.; BLYTH, R. et al. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Res. Nurs. Health.* v.26, n.2, p.143-152, 2003.

DAI, X.; DENNIS, C.L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health.* v.48, n.5, p.350-356, 2003.

DENNIS, C.L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum. Lact.* v.15, n.3, p.195-201, 1999.

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

DONATH, S.M.; AMIR, L.H. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.* v.92, n.3, p.352-356, 2003.

DONOVAN, S.M.; ODLE, J. Growth factors in milk as mediators of infant development. *Ann Rev Nutr.* v.14, n., p.147-167, 1994.

DUBEUX, L.S.; FRIAS, P.G.; VIDAL, S.A. et al. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant.* v.4, n.4, p.399-404, 2007.

DUNCAN, B.; EY, J.; HOLBERG, C.J. et al. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics.* v.91, n.5, p.867-872, 1993.

ENGER, S.M.; ROSS, R.K.; HENDERSON, B. et al. Breastfeeding history, pregnancy experience and risk of breast cancer. *Br. J. Cancer.* v.76, n.1, p.118-123, 1997.

ESCUDE, M.M.; VENANCIO, S.I.; PEREIRA, J.C. Impact estimates of breastfeeding over infant mortality. *Rev Saude Publica.* v.37, n.3, p.319-325, 2003.

FIGUERAS, F.; MELER, E.; EIXARCH, E. et al. Association of smoking during pregnancy and fetal growth restriction: Subgroups of higher susceptibility. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2007.

FORSTER, D.A.; McLACHLAN, H.L.; LUMLEY, J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int. Breastfeed. J.* v.1, p.18-, 2006.

FROMAN, R. D.; OWEN, S.V. Infant care self-efficacy. *Sch Inq. Nurs. Pract.* v.3, n.3, p.199-211, 1989.

GASTAL, D. A.; PINHEIRO, R.T.; VAZQUEZ, D.P. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. *Sao Paulo Med. J.* v.125, n.2, p.96-101, 2007.

GDALVICH, M.; MIMOUNI, D.; DAVID, M. et al. Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J. Am. Acad. Dermatol.* v.45, n.4, p.520-527, 2001.

GHRORO, E.P.; IGBAFE, A.A. Antenatal care: some characteristics of the booking visit in a major teaching hospital in the developing world. *Med. Sci. Monit.* v.6, n.3, p.519-522, 2000.

GIBSON, R.A.; MAKRIDES, M. Polyunsaturated fatty acids and infant visual development: a critical appraisal of randomized clinical trials. *Lipids*. v.34, n.2, p.179-184, 1999.

GROSS, D.; ROCISSANO, L.; RONCOLI, M. Maternal confidence during toddlerhood: comparing preterm and fullterm groups. *Res. Nurs. Health*. v.12, n.1, p.1-9, 1989.

GUIRARDELLO EB. Adaptação cultural e validação do instrumento: demandas de Atenção Dirigida. *Rev Esc Enferm USP*. v.39, n.1, p.77-84, 2005.

GUISE, J.M.; AUSTIN, D.; MORRIS, C.D. Review of case-control studies related to breastfeeding and reduced risk of childhood leukemia. *Pediatrics*. v.116, n.5, p.e724-e731, 2005.

GWINN, M.L.; LEE, N.C.; RHODES, P.H. et al. Pregnancy, breast feeding, and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer. *J. Clin Epidemiol*. v.43, n.6, p.559-568, 1990.

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F. Maternal educational level: correlation with obstetric indicators. *Cad. Saude Publica*. v.17, n.4, p.1025-1029, 2001.

HARDER, T.; BERGMANN, R.; KALLISCHNIGG, G. et al. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am. J. Epidemiol*. v.162, n.5, p.397-403, 2005.

HELLAND, I. B.; SMITH, L.; SAAREM, K. et al. Maternal supplementation with very-long-chain n-3 fatty acids during pregnancy and lactation augments children's IQ at 4 years of age. *Pediatrics*. v.111, n.1, p.e39-e44, 2003.

HILL, P.D. The enigma of insufficient milk supply. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs*. v.16, n.6, p.312-316, 1991.

HOWIE, P.W.; FORSYTH, J.S.; OGSTON, S.A. et al. Protective effect of breast feeding against infection. *BMJ*. v.300, n.6716, p.11-16, 1990.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas do registro civil. v.33, n., p.1-167, 2006.

INAN. INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. 1991.

KAISER H. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. v.39, p.31-36, 1974.

KAISER H. A second generation Little Jiffy. *Psychometrika*. v.35, p.401-415, 1970.

KALKWARF, H.J.; SPECKER, B.L. Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet. Gynecol.* v.86, n.1, p.26-32, 1995.

KING, F.S. *Como ajudar as mães a amamentar*. Brasília: Ministério da Saúde. p.1-189, 2001.

KULL, I.; ALMQVIST, C.; LILJA, G. et al. Breast-feeding reduces the risk of asthma during the first 4 years of life. *J. Allergy Clin. Immunol.* v.114, n.4, p.755-760, 2004.

KUMMER, S.C.; GIUGLIANI, E.R.; SUSIN, L.O. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Saude Publica*. v.34, n.2, p.143-148, 2000.

KWAN, M.L.; BUFFLER, P.A.; ABRAMS, B. et al. Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep.* v.119, n.6, p.521-535, 2004.

LABBOCK, M.H. Health sequelae of breastfeeding for the mother. *Clin Perinatol.* v.26, p.491-503, 1999.

LARES, B.; REBHUN, L.A.; SOUZA, M.A. et al. The cultural context of breast-feeding: perspectives on the recent decline in breast-feeding in Northeast and Northcentral Brazil. In: LARES, B.; REBHUN, L.A.; SOUZA, M.A. et al. *At the edge of development: Health crises in a transitional society*. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 18. 335-362.

LEE, S.Y.; KIM, M.T.; KIM, S.W. et al. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. *Int. J. Cancer*. v.105, n.3, p.390-393, 2003.

LIMA, A.A.; MOORE, S.R.; BARBOZA, M.S., Jr. et al. Persistent diarrhea signals a critical period of increased diarrhea burdens and nutritional shortfalls: a prospective cohort study among children in northeastern Brazil. *J. Infect. Dis.* v.181, n.5, p.1643-1651, 2000.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LORIG, K.; CHASTAIN, R. L.; UNG, E. et al. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum.* v.32, n.1, p.37-44, 1989.

LOWE, N.K. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Res. Nurs. Health.* v.16, n.2, p.141-149, 1993.

LUCAS, A. ; COLE, T.J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet.* v.336, n.8730, p.1519-1523, 1990.

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

MAKRIDES, M.; NEUMANN, M.; SIMMER, K. et al. Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? *Lancet.* v.345, n.8963, p.1463-1468, 1995.

MAKRIDES, M.; SIMMER, K.; GOGGIN, M. et al. Erythrocyte docosahexaenoic acid correlates with the visual response of healthy, term infants. *Pediatr. Res.* v.33, n.4 Pt 1, p.425-427, 1993.

MATSUSHITA, H.; KURABAYASHI, T.; TOMITA, M. et al. The effect of multiple pregnancies on lumbar bone mineral density in Japanese women. *Calcif. Tissue Int.* v.71, n.1, p.10-13, 2002.

MAYER, E.J.; HAMMAN, R.F.; GAY, E.C. et al. Reduced risk of IDDM among breast-fed children. The Colorado IDDM Registry. *Diabetes.* v.37, n.12, p.1625-1632, 1988.

McGUIRE, W. ; ANTHONY, M.Y. Formula milk versus term human milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* 4, p.CD002971-, 2001.

McVEA, K.L.; TURNER, P.D.; PEPPLER, D.K. The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J. Hum. Lact.* v.16, n.1, p.13-20, 2000.

MENEZES, P.R. ; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.* São Paulo: Lemos Editorial. Cap. 2. p.23-28. 2000.

MERTLER, C.A.; VANNATTA, R.A. *Advanced and multivariate statistical methods: practical application and interpretation.* 3ed. Glendale, CA: Pycszak Publishing, 2005.

MICHELS, K.B.; WILLETT, W.C.; ROSNER, B.A. et al. Prospective assessment of breastfeeding and breast cancer incidence among 89,887 women. *Lancet.* v.347, n.8999, p.431-436, 1996.

MOLINA, T.M.; DAVILA TORRES, R.R.; PARRILLA RODRIGUEZ, A.M. et al. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *J Hum. Lact.* v.19, n.1, p.35-42, 2003.

NORWOOD, S. *Research strategies for advanced practice nurses*. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall Health, 2000.

NUNNALLY, J. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, 1978.

O'CAMPO, P.; FADEN, R.R.; GIELEN, A.C. et al. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth.* v.19, n.4, p.195-201, 1992.

O'CONNOR, D.L.; HALL, R.; ADAMKIN, D. et al. Growth and development in preterm infants fed long-chain polyunsaturated fatty acids: a prospective, randomized controlled trial. *Pediatrics.* v.108, n.2, p.359-371, 2001.

OLSON, C.M.; STRAWDERMAN, M.S.; HINTON, P.S. et al. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum. *Int. J. Obes. Relat Metab Disord.* v.27, n.1, p.117-127, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna. v.OMS. CED. SER. 91.14, n., p.7-152, 1991.

ORIÁ, M.O.B.; GLICK, D.F.; ALVES, M.D. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. *Cad. Saude Publica.* v.21, n.1, p.20-28, 2005.

PALLANT, J. *SPSS survival manual. 2*. Berkshire, UK: Open University Press, 2005.

PASQUALI, L. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PATRICK, P.D.; ORIA, R.B.; MADHAVAN, V. et al. Limitations in verbal fluency following heavy burdens of early childhood diarrhea in Brazilian shantytown children. *Child Neuropsychol.* v.11, n.3, p.233-244, 2005.

PINHEIRO, A.K.B. *Depois do parto tudo muda: um novo olhar sobre adolescentes nutrizes*. 2003. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

POLIT, D.; BECK, C.T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res. Nurs. Health*. v.29, n., p.489-497, 2006.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. 5. Philadelphia: Lippincott, 2001.

QUELOPANA, A.M.; CHAMPION, J.D.; SALAZAR, B.C. Factors predicting the initiation of prenatal care in Mexican women. *Midwifery*. 2007.

READ, L. Milk growth factors. In: COCKBURN, F.E. *Fetal and neonatal growth*. Chichester: Wiley-Liss, p.131-152. 1988

REYNOLDS, A. Breastfeeding and brain development. *Pediatr. Clin. North Am*. v.48, n.1, p.159-171, 2001.

ROGERS, C.; SCHIFF, M. Early versus late prenatal care in New Mexico: barriers and motivators. *Birth*. v.23, n.1, p.26-30, 1996.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M.; LAGE, L.M. et al. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v.34, n.3, p.111-117, 2007.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Revista de Psiquiatria Clínica*. v.32, n.4, p.202-210, 2005.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. *Cad. Saude Publica*. v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SICHIERI, R.; FIELD, A.E.; RICH-EDWARDS, J. et al. Prospective assessment of exclusive breastfeeding in relation to weight change in women. *Int. J. Obes. Relat Metab Disord*. v.27, n.7, p.815-820, 2003.

SILFVERDAL, S.A.; BODIN, L.; OLCEN, P. Protective effect of breastfeeding: an ecologic study of Haemophilus influenzae meningitis and breastfeeding in a Swedish population. *Int. J. Epidemiol*. v.28, n.1, p.152-156, 1999.

SILFVERDAL, S.A.; BODIN, L.; ULANOVA, M. et al. Long term enhancement of the IgG2 antibody response to Haemophilus influenzae type b by breast-feeding. *Pediatr. Infect. Dis. J*. v.21, n.9, p.816-821, 2002.

SILVA, L.R.; VIEIRA, G.; DIAS, C.P.F. et al. Conhecimento materno sobre aleitamento: um estudo piloto realizado em Salvador, Bahia visando à elaboração de uma cartilha educativa. *Rev Cienc Méd Biológ.* v.4, n.3, p.187-194, 2005.

SIMÕES, C.C.S. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas.* São Paulo: UNFPA, 2006.

SMITH, W.L.; ERENBERG, A.; NOWAK, A. Imaging evaluation of the human nipple during breast-feeding. *Am. J. Dis. Child.* v.142, n.1, p.76-78, 1988.

SOEKEN, K.L. Validity of measures. In: Waltz, C.F.; Strickland, O.L.; Lenz, E.R. *Measurement in nursing and health research.* 3 ed. New York: Springer, 2005. Cap. 6. p.154-189.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. *Using multivariate statistics.* 4ed. New York: Harper Collins, 2001.

TREVISAN, M.R.; DE LORENZI, D.R.S.; ARAÚJO, N.M. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v.24, n.5, p.293-299, 2002.

TUNG, K.H.; WILKENS, L.R.; WU, A.H. et al. Effect of anovulation factors on pre- and postmenopausal ovarian cancer risk: revisiting the incessant ovulation hypothesis. *Am. J. Epidemiol.* v.161, n.4, p.321-329, 2005.

UAUY, R. Are omega-3 fatty acids required for normal eye and brain development in the human? *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* v.11, n.3, p.296-302, 1990.

UAUY, R.D.; BIRCH, D.G.; BIRCH, E.E. et al. Effect of dietary omega-3 fatty acids on retinal function of very-low-birth-weight neonates. *Pediatr. Res.* v.28, n.5, p.485-492, 1990.

UVÑAS-MOBERG K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology.* v.23, n.8, p.819-835, 1998.

VAN DER BIJL, J.J.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L.M. The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Sch Inq. Nurs. Pract.* v.15, n.3, p.189-207, 2001.

VERNACCHIO, L.; LESKO, S.M.; VEZINA, R.M. et al. Racial/ethnic disparities in the diagnosis of otitis media in infancy. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* v.68, n.6, p.795-804, 2004.

VICTOR, J.F. Tradução e validação da *Exercise Benefits/Barriers Scale*: aplicação em idosos. 2007. 139f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. *J. Pediatr.* v.79, n.5, p.449-454, 2003.

VISALLI, N.; SEBASTIANI, L.; ADORISIO, E. et al. Environmental risk factors for type 1 diabetes in Rome and province. *Arch. Dis. Child.* v.88, n.8, p.695-698, 2003.

VOGEL, A. M. Intended plans for breastfeeding duration: a simple tool to predict breastfeeding outcome. *Acta Paediatr.* v.92, n.3, p.270-271, 2003.

WALTZ, C.F.; BAUSELL, R.B. *Nursing research: design, statistics and computer analysis*. Philadelphia: F.A. Davis, 1981.

WEBER, F.; WOOLRIDGE, M.W.; BAUM, J.D. An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. *Dev. Med. Child Neurol.* v.28, n.1, p.19-24, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy for infant and young child feeding*. p.1-30, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infant and young child nutrition: quadrennial report*. World Health Assembly Resolution WHA 59.13, 2006.

WRIGHT, A.L.; HOLBERG, C.J.; MARTINEZ, F.D. et al. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. Group Health Medical Associates. *BMJ.* v.299, n.6705, p.946-949, 1989.

WRIGHT, A.L.; HOLBERG, C.J.; TAUSSIG, L.M. et al. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* v.149, n.7, p.758-763, 1995.

WUTKE, K.; DENNIS, C.L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *Int. J. Nurs. Stud.* v.44, n.8, p.1439-1446, 2007.

XIMENES, L.B. Toda gravidez é diferente e cada uma tem a sua história. 2001. 161f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

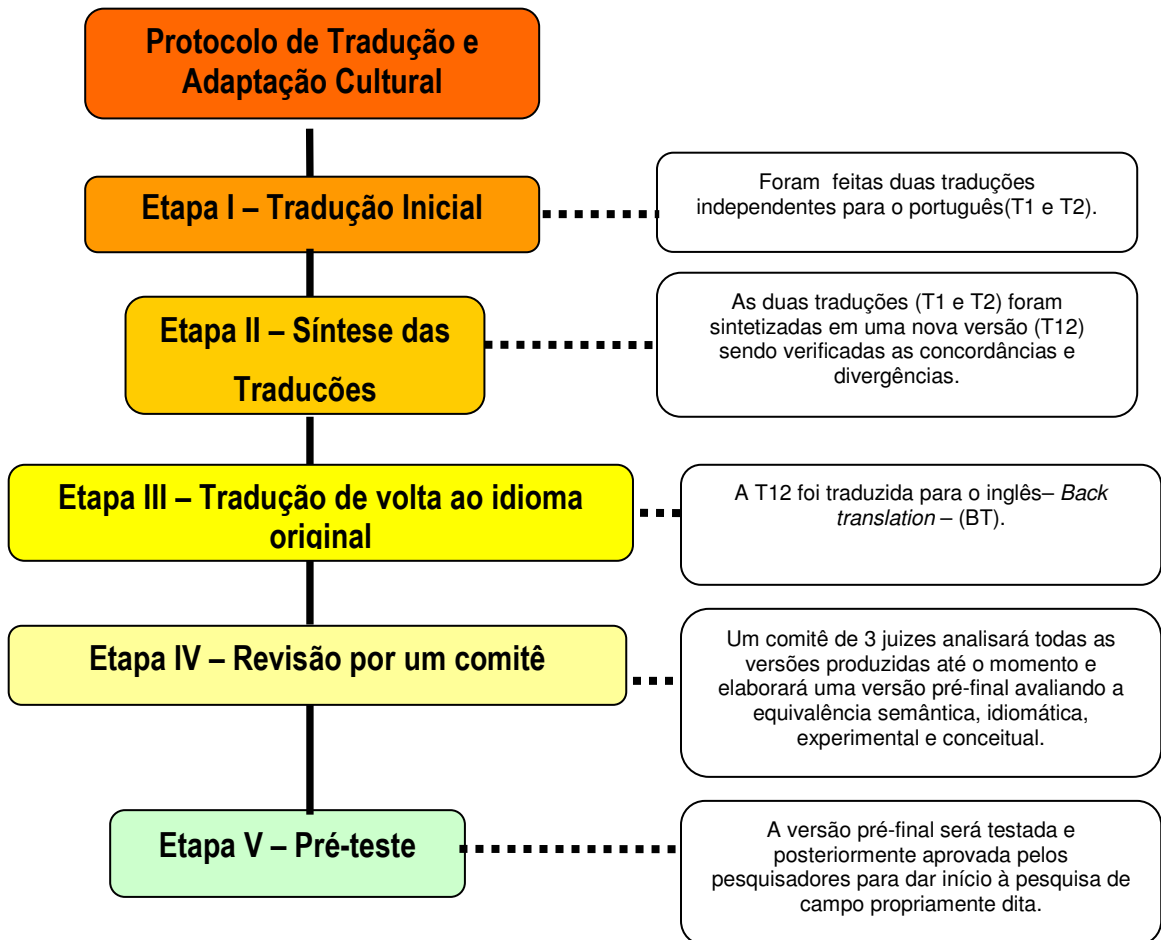


APÊNDICE

APÊNDICE A – KIT INFORMATIVO PARA OS JUÍZES – ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Kit para os Juizes

1. Representação gráfica do protocolo utilizado no projeto de tese.
2. Termo de consentimento para os juízes
3. Orientações para a análise da equivalência semântica e idiomática.
4. Orientações para a análise da equivalência cultural e conceitual.
5. Breastfeeding Self-Efficacy Scale em sua versão original
6. A síntese das duas versões traduzidas da Breastfeeding Self-Efficacy Scale (T12)
7. Síntese das duas versões re-traduzida para o inglês - back translation (BT)



ESCALA ORIGINAL

Breastfeeding Self-Efficacy Scale

For each of the following statements, please choose the answer that best describes how confident you are with breastfeeding your new baby. Please mark your answer by circling the number that is closest to how you feel. There is no right or wrong answer.

- 1 = not at all confident
 2 = not very confident
 3 = sometimes confident
 4 = confident
 5 = very confident

1. I can always hold my baby comfortably during breastfeeding.	1	2	3	4	5
2. I can always position my baby correctly at my breast.	1	2	3	4	5
3. I can always focus on getting through one feed at a time.	1	2	3	4	5
4. I can always recognize the signs of a latch.	1	2	3	4	5
5. I can always take my baby off the breast without pain to myself.	1	2	3	4	5
6. I can always determine that my baby is getting enough breast milk.	1	2	3	4	5
7. I can always successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks.	1	2	3	4	5
8. I can always depend on my family to support my decision to breastfeed.	1	2	3	4	5

1 = not at all confident
 2 = not very confident
 3 = half the time confident
 4 = usually confident
 5 = always confident

9. I can always motivate myself to breastfeed successfully.	1	2	3	4	5
10. I can always monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements.	1	2	3	4	5
11. I can always breastfeed my baby without using formula as a supplement.	1	2	3	4	5
12. I can always ensure that my baby is properly latched for the whole feeding.	1	2	3	4	5
13. I can always manage the breastfeeding situation to my satisfaction.	1	2	3	4	5
14. I can always manage to breastfeed even if my baby is crying.	1	2	3	4	5
15. I can always keep my baby awake at my breast during a feeding.	1	2	3	4	5
16. I can always maintain my milk supply by using the "supply and demand" rule.	1	2	3	4	5
17. I can always refrain from bottle feeding for the first 4 weeks.	1	2	3	4	5

1 = not at all confident
 2 = not very confident
 3 = half the time confident
 4 = usually confident
 5 = always confident

18. I can always feed my baby with breast milk only.	1	2	3	4	5
19. I can always stay motivated to breastfeed my baby.	1	2	3	4	5
20. I can always count on my friends to support my breastfeeding.	1	2	3	4	5
21. I can always keep wanting to breastfeed.	1	2	3	4	5
22. I can always feed my baby every 2-3 hours.	1	2	3	4	5
23. I can always keep feeling that I really want to breastfeed my baby for at least 6 weeks.	1	2	3	4	5
24. I can always comfortably breastfeed with my family members present.	1	2	3	4	5
25. I can always be satisfied with my breastfeeding experience.	1	2	3	4	5
26. I can always comfortably breastfeed in public places.	1	2	3	4	5
27. I can always deal with the fact that breastfeeding is time consuming.	1	2	3	4	5

1 = not at all confident
 2 = not very confident
 3 = half the time confident
 4 = usually confident
 5 = always confident

28. I can always finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast.	1	2	3	4	5
29. I can always continue to breastfeed my baby for every feeding.	1	2	3	4	5
30. I can always feel if my baby is sucking properly at my breast.	1	2	3	4	5
31. I can always accept the fact that breastfeeding temporarily limits my freedom.	1	2	3	4	5
32. I can always manage to keep up with my baby's breastfeeding demands.	1	2	3	4	5
33. I can always tell when my baby is finished breastfeeding.	1	2	3	4	5

Escala Traduzida – Versão T12

Escala de Auto-eficiência de Amamentação

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quão seguro você está em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Não confio de jeito nenhum
 2 = Não confio muito
 3 = Às vezes eu confio
 4 = Eu confio
 5 = Eu confio muito

1. Eu sempre posso segurar meu bebê confortavelmente durante a amamentação.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre posso posicionar o meu bebê corretamente no meu seio.	1	2	3	4	5
3. Eu sempre posso me concentrar para completar uma mamada de cada vez.	1	2	3	4	5
4. Eu sempre posso reconhecer quando o bebê pega meu peito corretamente.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre posso tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre posso determinar quando o meu bebê está recebendo leite materno suficiente.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre posso amamentar com sucesso além de realizar outras tarefas.	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre posso me motivar para amamentar com sucesso.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre posso acompanhar o quanto de leite o meu bebê está recebendo por observar a urina e as fezes do meu bebê.	1	2	3	4	5
11. Eu sempre posso amamentar meu bebê sem leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre posso perceber que meu bebê está pegando o peito corretamente durante toda a mamada.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	1 = Não confio de jeito nenhum 2 = Não confio muito 3 = Às vezes eu confio 4 = Eu confio 5 = Eu confio muito				
13. Eu sempre posso lidar com a situação de amamentar de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
15. Eu sempre posso manter meu bebê acordado no meu peito durante a amamentação.	1	2	3	4	5
16. Eu sempre posso manter minha reserva de leite usando a regra da oferta e procura.	1	2	3	4	5
17. Eu sempre posso evitar de usar mamadeira nas primeiras 4 semanas.	1	2	3	4	5
18. Eu sempre posso alimentar meu bebê apenas com leite materno.	1	2	3	4	5
19. Eu sempre posso me manter motivada para amamentar meu bebê.	1	2	3	4	5
20. Eu sempre posso contar com o apoio de meus amigos para amamentar.	1	2	3	4	5
21. Eu sempre posso continuar querendo amamentar.	1	2	3	4	5
22. Eu sempre posso amamentar meu bebê a cada 2-3 horas.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre posso perceber que eu realmente quero amamentar por pelo menos 1 mês e meio.	1	2	3	4	5
24. Eu sempre posso amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
25. Eu sempre posso me satisfazer com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
26. Eu sempre posso amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1	2	3	4	5

	1 = Não confio de jeito nenhum					
	2 = Não confio muito					
	3 = Às vezes eu confio					
	4 = Eu confio					
	5 = Eu confio muito					

27. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar consome tempo.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

28. Eu sempre posso amamentar meu bebê em um peito antes de mudar para o outro.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

29. Eu sempre posso continuar amamentando meu bebê a cada alimentação.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

30. Eu sempre posso sentir o meu bebê sugando meu peito corretamente.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

31. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar tira temporariamente minha liberdade.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

32. Eu sempre posso acompanhar as necessidades de amamentação de meu filho.	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

33. Eu sempre posso dizer quando meu bebê terminou de amamentar.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Back-Translation – Versão BT12

Breastfeeding Auto-efficiency Scale

For each of the following statements, please select a response that best describes how sure you are in your ability to breastfeed your infant. Please mark your response by circling the number closest to how you feel. There are no correct or incorrect answers to those questions that follow.

- 1 = in a way somewhat sure
- 2 = not very sure
- 3 = sometimes sure
- 4 = sure
- 5 = very sure

- 1) I am always able to secure my baby comfortably when breastfeeding
- 2) I am always able to position my baby correctly on my breast.
- 3) I am always able to focus on completing each feeding.
- 4) I am always recognize the signs of latch
- 5) I am always able to pull my baby away from my breast without pain.
- 6) I am always able to determine when my baby is receiving sufficient breast milk.
- 7) I am always able to breastfeed successfully inspite of my other errands and tasks.
- 8) I am always able to count on my family to support my decision to breastfeed.
- 9) I am always able to successfully motivate myself to breastfeed.
- 10) I am always able to equate the amount of breast milk my baby is receiving with the amount of urine and feces my baby produces afterward.
- 11) I am always able to breastfeed my baby with formula or powdered milk as a supplement.
- 12) I am always able to perceive that my baby is nursing correctly during the entire feeding.
- 13) I am always able to handle breastfeeding situations in a way satisfying to me.
- 14) I am always able to nurse even if my baby were crying.
- 15) I am always able to lay my baby stably on my breast during feedings.
- 16) I am always able to keep a store of collected milk for later use.
- 17) I am always able to avoid using bottles in the first four weeks.
- 18) I am always only barely feed my baby with breast milk.
- 19) I am always able to stay motivated to breastfeed.
- 20) I am always able to count on the support of my friends when breastfeeding.
- 21) I am always able to continue wanting to breastfeed.

- 22) I am always able to nurse my baby every 2-3 hours.
- 23) I am always able to tell that I really want to nurse for at least a month and a half.
- 24) I am always able to nurse comfortably in front of family members.
- 25) I am always satisfied by my nursing experience.
- 26) I am always able to nurse comfortably in public places.
- 27) I am always able to deal with the fact that breastfeeding requires time.
- 28) I am always able to nurse my baby with one breast before moving to the other.
- 29) I am always able to continue nursing my baby during each feeding as needed.
- 30) I am always able to feel my baby correctly sucking my breast.
- 31) I am always able to accept the fact that breastfeeding only temporarily restricts my freedom.
- 32) I am always able to accommodate my child's breastfeeding needs.
- 33) I am always able to say when my baby has finished nursing.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORIA
 REGISTRO NO COMEPE: 257/06

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Estou realizando um estudo para verificar se uma escala, utilizada em outros países, será válida para a população brasileira (considerando inicialmente a população cearense). Para isso, a escala precisa ser submetida a um rigoroso protocolo de tradução e adaptação cultural para a realidade do Brasil. Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de () tradutor, () consultor.

Como tradutor o (a) senhor (a) receberá a escala e as instruções de como proceder a tradução ou tradução reversa (*back translation*) mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo. Na qualidade de consultor o (a) senhor (a) receberá uma versão traduzida da escala e as instruções de como proceder a validação mediante normas constantes na literatura científica e no protocolo deste estudo.

Sua participação neste estudo é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para traduzir/validar a escala, um encontro com o pesquisador para que possamos juntos discutir e fazer uma síntese de sua apreciação da escala. Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio dos telefones (85) 3273-0021 ou 99924468. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3366-8338.

Eu, _____ RG _____
 após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

 Assinatura do (a) tradutor (a)

 Assinatura do (a) consultor (a)

 Assinatura da pesquisadora

Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática

Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática entre as versões original e traduzida da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*

Prezado (a) _____

A lista dos itens apresentados corresponde às versões original e traduzida da Breastfeeding Self-Efficacy Scale, instrumento que se propõe a mensurar o nível de confiança materno no seu potencial de amamentar o seu bebê, desenvolvido pela Enfermeira Doutora Cindy-Lee Dennis. Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (Canadense), estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por diversos especialistas em adaptação Transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referindo instrumento, levando em conta as seguintes orientações:

1. Equivalência Semântica refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma.
2. Equivalência Idiomática refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas; algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, logo caso haja dificuldades na compreensão de algum item, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes.
3. Os itens identificados pela letra A correspondem aos itens em sua forma original;
4. Os itens identificados pela letra B correspondem aos itens traduzidos para o português;
5. Para a análise das equivalências, por favor utilize a escala especificada a seguir, assinalando com um "X" o campo correspondente ao seu julgamento:

Escala de Equivalência	
Não Equivale	-1
Indeciso	0
Equivale	+1

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores -1 ou 0, por favor sugira as alterações que julgar mais apropriadas, no espaço reservado abaixo de cada um dos itens.

Contando com sua valiosa contribuição, agradeço antecipadamente por sua atenção, colaboração e empenho e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Mônica Oliveira Batista Oriá
3273.0021 – 9992.4468
oriarte@uol.com.br ou oriaremon@hotmail.com

**Avaliação da Equivalência Semântica e Idiomática entre as versões original e traduzida da
Breastfeeding Self-Efficacy Scale**

Para cada um dos itens a seguir utilize a escala abaixo para designar sua avaliação de equivalência, assinalando com um "x" o campo correspondente à sua opinião:

Escala de Equivalência	
Não Equivale	-1
Indeciso=Não tenho certeza	0
Equivale	+1

1. A. Breastfeeding Self-Efficacy Scale
B. Escala de Auto-eficiência de Amamentação

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

2. A. For each of the following statements, please choose the answer that best describes how confident you are with breastfeeding your new baby. Please mark your answer by circling the number that is closest to how you feel. There is no right or wrong answer.
B. Para cada uma das seguintes afirmações, por favor escolha a resposta que melhor descreve o quão seguro você está em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

3. A. not at all confident
B. de forma alguma segura

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

4. A. not very confident
B. não muito segura

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

5. A. sometimes confident
B. algumas vezes segura

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

6. A. confident
B. segura

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

7. A. very confident
B. muito segura

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

8. A. I can always hold my baby comfortably during breastfeeding.
B. Eu sempre posso segurar meu bebê confortavelmente durante a amamentação.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

9. A. I can always position my baby correctly at my breast.
B. Eu sempre posso posicionar o meu bebê corretamente no meu seio.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

10. A. I can always focus on getting through one feed at a time.
B. Eu sempre posso me concentrar para completar uma mamada de cada vez.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

11. A. I can always recognize the signs of a latch.

B. Eu sempre posso reconhecer quando o bebê pega meu peito corretamente.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

12. A. I can always take my baby off the breast without pain to myself.

B. Eu sempre posso tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

13. A. I can always determine that my baby is getting enough breast milk.

B. Eu sempre posso determinar quando o meu bebê está recebendo leite materno suficiente.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

14. A. I can always successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks.

B. Eu sempre posso amamentar com sucesso além de realizar outras tarefas.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

15. A. I can always depend on my family to support my decision to breastfeed

B. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

16.A. I can always motivate myself to breastfeed successfully.

B. Eu sempre posso me motivar para amamentar com sucesso.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

17. A. I can always monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements.
 B. Eu sempre posso acompanhar o quanto de leite o meu bebê está recebendo por observar a urina e as fezes do meu bebê.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

18. A. I can always breastfeed my baby without using formula as a supplement.
 B. Eu sempre posso amamentar meu bebê sem leite em pó como suplemento.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

19. A. I can always ensure that my baby is properly latched for the whole feeding.
 B. Eu sempre posso perceber que meu bebê está pegando o peito corretamente durante toda a mamada.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

20. A. I can always manage the breastfeeding situation to my satisfaction.
 B. Eu sempre posso lidar com a situação de amamentar de forma a me satisfazer.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

21. A. I can always manage to breastfeed even if my baby is crying.
 B. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

22. A. I can always keep my baby awake at my breast during a feeding.

B. Eu sempre posso manter meu bebê acordado no meu peito durante a amamentação.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

23. A. I can always maintain my milk supply by using the “supply and demand” rule.

B. Eu sempre posso manter minha reserva de leite usando a regra da oferta e procura.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

24. A. I can always refrain from bottle feeding for the first 4 weeks.

B. Eu sempre posso evitar de usar mamadeira nas primeiras 4 semanas.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

25. A. I can always feed my baby with breast milk only.

B. Eu sempre posso alimentar meu bebê apenas com leite materno.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

26. A. I can always stay motivated to breastfeed my baby.

B. Eu sempre posso me manter motivada para amamentar meu bebê.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

27. A. I can always count on my friends to support my breastfeeding.

B. Eu sempre posso contar com o apoio de meus amigos para amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

28. A. I can always keep wanting to breastfeed.

B. Eu sempre posso continuar querendo amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

29. A. I can always feed my baby every 2-3 hours.

B. Eu sempre posso amamentar meu bebê a cada 2-3 horas.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

30. A. I can always keep feeling that I really want to breastfeed my baby for at least 6 weeks.

B. Eu sempre posso perceber que eu realmente quero amamentar por pelo menos 1 mês e meio.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

31. A. I can always comfortably breastfeed with my family members present.

B. Eu sempre posso amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

32. A. I can always be satisfied with my breastfeeding experience.

B. Eu sempre posso me satisfazer com a minha experiência de amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

33. A. I can always comfortably breastfeed in public places.

B. Eu sempre posso amamentar confortavelmente em lugares públicos

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

34. A. I can always deal with the fact that breastfeeding is time consuming.

B. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar consome tempo.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

35. A. I can always finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast.

B. Eu sempre posso amamentar meu bebê em um peito antes de mudar para o outro.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

36. A. I can always continue to breastfeed my baby for every feeding.

B. Eu sempre posso continuar amamentando meu bebê a cada alimentação.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

37. A. I can always feel if my baby is sucking properly at my breast.

B. Eu sempre posso sentir o meu bebê sugando meu peito corretamente.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

38. A. I can always accept the fact that breastfeeding temporarily limits my freedom.

B. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar tira temporariamente minha liberdade.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

39. A. I can always manage to keep up with my baby's breastfeeding demands.

B. Eu sempre posso acompanhar as necessidades de amamentação de meu filho.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

40. A. I can always tell when my baby is finished breastfeeding.

B. Eu sempre posso dizer quando meu bebê terminou de amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Semântica			
Idiomática			

Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual

Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual entre as versões original e traduzida da Breastfeeding Self-Efficacy Scale

Prezado (a) _____

A lista dos itens apresentados corresponde às versões original e traduzida da Breastfeeding Self-Efficacy Scale, instrumento que se propõe a mensurar o nível de confiança materno no seu potencial de amamentar o seu bebê, desenvolvido pela Enfermeira Doutora Cindy-Lee Dennis. Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (Canadense), estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por diversos especialistas em adaptação Transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências Cultural e Conceitual entre as versões original e traduzida do referindo instrumento, levando em conta as seguintes orientações:

1. Equivalência Cultural ou Experiencial as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina.
2. Equivalência Conceitual representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir; Palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.
3. Os itens identificados pela letra A correspondem aos itens em sua forma original;
4. Os itens identificados pela letra B correspondem aos itens traduzidos para o português.
5. Para a análise das equivalências, por favor, utilize a escala especificada a seguir, assinalando com um "X" o campo correspondente ao seu julgamento:

Escala de Equivalência	
Não Equivale	-1
Indeciso	0
Equivale	+1

Caso, em sua avaliação, o item corresponda aos valores -1 ou 0, por favor sugira as alterações que julgar mais apropriadas, no espaço reservado abaixo de cada um dos itens.

Contando com sua valiosa contribuição, agradeço antecipadamente por sua atenção, colaboração e empenho e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Mônica Oliveira Batista Oriá
3273.0021 – 9992.4468
oriarte@uol.com.br ou oriaremon@hotmail.com

Avaliação da Equivalência Cultural e Conceitual entre as versões original e traduzida da
Breastfeeding Self-Efficacy Scale

Para cada um dos itens a seguir utilize a escala abaixo para designar sua avaliação de equivalência, assinalando com um "x" o campo correspondente à sua opinião:

Escala de Equivalência	
Não Equivale	-1
Indeciso=Não tenho certeza	0
Equivale	+1

1. A. I can always hold my baby comfortably during breastfeeding.
B. Eu sempre posso segurar meu bebê confortavelmente durante a amamentação.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

2. A. I can always position my baby correctly at my breast.
B. Eu sempre posso posicionar o meu bebê corretamente no meu seio.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

3. A. I can always focus on getting through one feed at a time.
B. Eu sempre posso me concentrar para completar uma mamada de cada vez.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

4. A. I can always recognize the signs of a latch.
B. Eu sempre posso reconhecer quando o bebê pega meu peito corretamente.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

5. A. I can always take my baby off the breast without pain to myself.
B. Eu sempre posso tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

6. A. I can always determine that my baby is getting enough breast milk.

B. Eu sempre posso determinar quando o meu bebê está recebendo leite materno suficiente.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

7. A. I can always successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks.

B. Eu sempre posso amamentar com sucesso além de realizar outras tarefas.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

8. A. I can always depend on my family to support my decision to breastfeed

B. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

9. A. I can always motivate myself to breastfeed successfully.

B. Eu sempre posso me motivar para amamentar com sucesso.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

10. A. I can always monitor how much breast milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements.

B. Eu sempre posso acompanhar o quanto de leite o meu bebê está recebendo por observar a urina e as fezes do meu bebê.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

11. A. I can always breastfeed my baby without using formula as a supplement.

B. Eu sempre posso amamentar meu bebê sem leite em pó como suplemento.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

-
-
12. A. I can always ensure that my baby is properly latched for the whole feeding.
B. Eu sempre posso perceber que meu bebê está pegando o peito corretamente durante toda a mamada.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

13. A. I can always manage the breastfeeding situation to my satisfaction.
B. Eu sempre posso lidar com a situação de amamentar de forma a me satisfazer.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

14. A. I can always manage to breastfeed even if my baby is crying.
B. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

15. A. I can always keep my baby awake at my breast during a feeding.
B. Eu sempre posso manter meu bebê acordado no meu peito durante a amamentação.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

16. A. I can always maintain my milk supply by using the “supply and demand” rule.
B. Eu sempre posso manter minha reserva de leite usando a regra da oferta e procura.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

17. A. I can always refrain from bottle feeding for the first 4 weeks.

B. Eu sempre posso evitar de usar mamadeira nas primeiras 4 semanas.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

18. A. I can always feed my baby with breast milk only.

B. Eu sempre posso alimentar meu bebê apenas com leite materno.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

19. A. I can always stay motivated to breastfeed my baby.

B. Eu sempre posso me manter motivada para amamentar meu bebê.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

20. A. I can always count on my friends to support my breastfeeding.

B. Eu sempre posso contar com o apoio de meus amigos para amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

21. A. I can always keep wanting to breastfeed.

B. Eu sempre posso continuar querendo amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

22. A. I can always feed my baby every 2-3 hours.

B. Eu sempre posso amamentar meu bebê a cada 2-3 horas.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

23. A. I can always keep feeling that I really want to breastfeed my baby for at least 6 weeks.
B. Eu sempre posso perceber que eu realmente quero amamentar por pelo menos 1 mês e meio.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

24. A. I can always comfortably breastfeed with my family members present.
B. Eu sempre posso amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

25. A. I can always be satisfied with my breastfeeding experience.
B. Eu sempre posso me satisfazer com a minha experiência de amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

26. A. I can always comfortably breastfeed in public places.
B. Eu sempre posso amamentar confortavelmente em lugares públicos

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

27. A. I can always deal with the fact that breastfeeding is time consuming.
B. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar consome tempo.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

28. A. I can always finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast.
B. Eu sempre posso amamentar meu bebê em um peito antes de mudar para o outro.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

29. A. I can always continue to breastfeed my baby for every feeding.

B. Eu sempre posso continuar amamentando meu bebê a cada alimentação.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

30. A. I can always feel if my baby is sucking properly at my breast.

B. Eu sempre posso sentir o meu bebê sugando meu peito corretamente.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

31. A. I can always accept the fact that breastfeeding temporarily limits my freedom.

B. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar tira temporariamente minha liberdade.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

32. A. I can always manage to keep up with my baby's breastfeeding demands.

B. Eu sempre posso acompanhar as necessidades de amamentação de meu filho.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

33. A. I can always tell when my baby is finished breastfeeding.

B. Eu sempre posso dizer quando meu bebê terminou de amamentar.

Equivalência	-1	0	+1
Cultural			
Conceitual			

Validação de conteúdo

Especialista Nº: _____

Formação Básica: _____

Experiência com aleitamento materno (anos): _____

Titulação: _____

Experiência anterior com validação de escalas: **1.Sim 2. Não**Ocupação atual: **1. Assistência 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria****Para cada um dos itens a serem avaliados responda às seguintes questões:**

	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	Este item está associado à confiança materna na amamentação?	O item se refere a um fator....	Sua presença na escala é relevante?	Qual o grau de relevância?
1	Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
2	Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
3	Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
4	Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
5	Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	Este item está associado à confiança materna na amamentação?	O item se refere a um fator....	Sua presença na escala é relevante?	Qual o grau de relevância?
6	Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
7	Eu sempre lido com a amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
8	Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 1. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
9	Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
10	Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes. (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
11	Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
12	Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

13	Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
14	Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
15	Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 1. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
16	Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
17	Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
18	Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
19	Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
20	Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

21	Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
22	Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
23	Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio. (amamentar um mês e meio ou mais tempo)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
24	Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
25	Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
26	Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
27	Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
28	Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
29	Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

30	Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
31	Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade. (preciso organizar as minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
32	Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê)	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
33	Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Técnico 2. Pessoal	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TÍTULO DO ESTUDO: TRADUÇÃO, APLICAÇÃO E VALIDAÇÃO DA *BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE* EM GESTANTES NO CONTEXTO DO BRASIL
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORIÁ

FORMULÁRIO CLÍNICO, SOCIOECONÔMICO E CULTURAL

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIOECONÔMICOS

Código da paciente	
Nome	Telefone
Data de Nascimento	
Idade	
Procedência: 1. Fortaleza 2. Interior, especificar	
Endereço atual (Não esquecer o Bairro)	
Ponto de referência	
Estado civil: 1. casada/união consensual 2. solteira 3. divorciada 4. viúva	
Ocupação: 1. Doméstica 2. Dona de casa 3. Manicure 4. Costureira 5. outra, especificar	
Escolaridade: 1. 1º grau incompleto 2. 1º grau completo 3. 2º grau incompleto 4. 2º grau completo 5. nunca estudou 6. Graduação	
* a escolaridade será convertida para anos de estudo no momento da análise	
Quantas pessoas moram na casa?	
Das pessoas que moram na casa, quantas ajudam no sustento da família?	
Qual a renda aproximada da família* (número de salários mínimos)? *Salário mínimo por ocasião da pesquisa de campo: R\$ 380.00	
Quanto tempo mora nesse endereço? _____ (meses)	
Fumante? 1. sim 2. não 3. ex-fumante 4. fumante passiva (se reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes)	
Nº de cigarros por dia:	
Bebida alcoólica: 1. sim, frequentemente 2. sim, só nos fins de semana 3. sim, raramente 4. deixei de beber por causa da gravidez 5. não	

PARTE II - ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

G: _____ P: _____ A: _____	
Número de filhos vivos:	
Teve problemas durante a(s) gravidez(es) anterior(es)? 1. sim 2. não G1: G2: G3:	
Em caso afirmativo, qual (is)? 1. Pré-eclâmpsia 2. Diabetes gestacional 3. Placenta prévia 4. Ameaça de aborto 5. Polidrâmnio 6. Oligodrâmnio 7. Outros, especificar	
Amamentou exclusivamente os outros filhos? 1. sim 2. não F1: F2: F3:	
Quanto tempo? 1. menos de 1 mês 2. durante 1 mês 3. entre 1 e 2 meses 4. 2 a 4 meses 5. outros, especificar F1: F2: F3:	
Quais foram seus principais motivos para amamentar seus filhos?	
Quais foram seus principais motivos para NÃO amamentar seus filhos?	
Quais dificuldades/facilidades surgiram durante a amamentação dos outros filhos?	
Gostou da experiência de amamentar? 1. sim 2. Não Por quê?	

PARTE III - DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL

Data da última menstruação	
Data provável do parto	
Idade Gestacional (no dia da entrevista)	
Está realizando pré-natal? 1. sim 2. não	
Nº de consultas já realizadas (no dia da entrevista)	
Apresenta sinais de gravidez de risco? 1. sim 2. não	
Em caso afirmativo, quais? 1. edema 2. hipertensão 3. diabetes 4. anemia 5. outros, especificar	
Durante esta gravidez, você recebeu orientação no pré-natal sobre aleitamento materno? 1. sim 2. não	

Quando o bebê nascer você pretende amamentá-lo? 1. sim 2. não	
Em caso afirmativo, quanto tempo vc pretende amamentar? 1. primeiros 15 dias 2. só 1 mês 3. de 1 a 2meses 4. 3-4meses 5. 5-6meses 6. 7-9meses 7. 10-12meses 8. >12meses	
Se vc não pretende amamentar, que tipo de alimentação você pretende dar ao seu filho? 1. leite artificial 2. suco 3. chá 4. papinha/mingau 5. não sei ainda 6. outros, especificar	

PARTE IV - DADOS DO PARTO/ PÓS-PARTO/ SAÚDE DA CRIANÇA

Tipo de parto: 1. parto normal 2. cesárea 3. outros, especificar	
Você teve contato com o bebê nos primeiros minutos após o parto? 1. sim 2. não	
Dados do bebê ao nascimento	
Peso	
Estatura	
Perímetro Cefálico	
Perímetro Torácico	
Sexo 1. Feminino 2. Masculino	
Apgar 1º minuto	
Apgar 5º minuto	
O bebê precisou ficar na incubadora? 1. sim 2. não	
Em caso afirmativo, quanto tempo o bebê ficou na incubadora (nº de horas)?	
Enquanto o bebê estava na incubadora foi tirado leite do seu seio para dar ao bebê? 1. sim 2. não	
Quando o bebê retornou para ficar com você, ainda no hospital, como foi a reação do bebê? 1. ótima, pegou logo o peito 2. estranhou um pouco mas depois mamou direitinho 3. ficou muito irritado, chorou muito e deram logo leite artificial 4. Outras, especificar	
Caso seu filho não tenha ficado na incubadora ou UTI, o que aconteceu logo após o parto? 1. Ficamos um tempo na sala de parto, e o bebê começou a mamar lá mesmo 2. Só recebi o bebê no alojamento conjunto/enfermaria e foi lá que ele mamou a primeira vez 3. Só recebi o bebê no alojamento conjunto/enfermaria e ele demorou a mamar porque já o tinham alimentado antes 4. Outras, especificar.	
E atualmente, como o bebê se comporta na hora de mamar? 1. Aceita bem a mama, mama toda hora 2. Se irrita um pouco na hora de mamar 3. Outras, especificar	

<p>Você amamentou ou tentou amamentar seu bebê durante a primeira semana de vida?</p> <p>1. Sim 2. Não</p>	
<p>Você teve alguma dificuldade para amamentar durante a primeira semana de vida do bebê?</p> <p>1. Sim 2. Não</p>	
<p>Quais foram as dificuldades que você teve de enfrentar durante a primeira semana de vida do bebê?</p>	
<p>Com que frequência você amamenta seu bebê?</p> <p>1. 1-5 vezes/dia 2. 6-7 vezes/dia 3. 8-9 vezes/dia 4. ≥10 vezes/dia</p>	
<p>Você está satisfeita com a amamentação?</p> <p>1. Sim 2. Não</p> <p>Por quê?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. porque meu bebê é saudável, não adoece nunca 2. porque é mais fácil amamentar, o leite está pronto, não precisa preparar 3. porque gosto de estar perto e cuidar do (a) meu (minha) filho (a) 4. porque dói, meu peito está machucado 5. porque me sinto muito sozinha, ninguém me ajuda 6. porque não posso sair na hora que eu quero pois o bebê precisa mamar 7. Outras, especificar 	
<p>Você pretende voltar a trabalhar?</p> <p>1. Sim 2. Não</p>	
<p>Quando você pretende voltar a trabalhar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes do bebê completar 1 mês 2. Quando o bebê completar 2 meses 3. Quando o bebê tiver 2 - 4 meses 4. Trabalho em casa, portanto posso trabalhar e amamentar meu bebê 	
<p>Quando você voltar a trabalhar será por:</p> <p>1. apenas 1 expediente 2. tempo integral</p>	

Dieta Infantil

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	Leite materno	Água	Suco	Chá	Leite em pó	Leite de vaca	Leite de cabra	Vitamina	Remédio/xarope	Frutas	Papinha
15 dias											
1º mês											

Acompanhamento Clínico

	15 dias	1º mês
Peso		
Estatura		
Perímetro cefálico		
Perímetro torácico		
Intercorrências clínicas (diarréias, desnutrição, problemas respiratórios, dermatológicos dentre outros)		
O bebê está usando chupeta?	1. sim 2. não	1. sim 2. não
Quando o bebê começou a usar chupeta ele deixou de mamar?	1. sim 2. não	1. sim 2. não

Observações:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TÍTULO DO ESTUDO: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO DA *BREASTFEEDING SELF-EFFICACY
SCALE* : VALIDAÇÃO EM GESTANTES
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: MÔNICA OLIVEIRA BATISTA ORIÁ
REGISTRO NO COMEPE: _____**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada Senhora

Estou convidando a senhora para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo verificar se uma escala de aleitamento materno, utilizada em outros países, ajudará os enfermeiros brasileiros a compreenderem melhor o comportamento das mães durante o aleitamento materno.

Caso você concorde em participar do estudo eu realizarei uma entrevista durante sua consulta pré-natal para a aplicação de dois questionários (escala e socio-econômico-cultural) e, após o nascimento de seu bebê realizarei o acompanhamento da dieta da criança durante os primeiros três meses de vida durante as consultas da criança. Sua participação neste estudo é livre e exigirá em torno de 15 a 20 minutos em cada encontro.

Dou-lhe a garantia de que as informações que obterei serão usadas apenas para a realização deste estudo e, também lhe asseguro que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para resolver qualquer dúvida que você possa ter. Você tem o direito de sair do estudo em qualquer momento se assim desejar sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde, e finalmente lhe informo que os dados do estudo serão codificados e, portanto sua identidade não será revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (85) 3366-8239.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará também poderá ser consultado sobre o projeto pelo telefone (85) 3366-8338.

*Eu, _____ RG _____
após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa.*

Assinatura da Mulher

Assinatura do Pesquisador

Assinatura de quem coletou os dados

APÊNDICE E – BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE: VERSÃO BRASILEIRA

Escala de Auto-eficácia na Amamentação

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

- 1 = Discordo totalmente
 2 = Discordo
 3 = Às vezes concordo
 4 = Concordo
 5 = Concordo totalmente

1. Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	1	2	3	4	5
3. Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	1	2	3	4	5
4. Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes. (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia).	1	2	3	4	5

11. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
13. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
15. Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	1	2	3	4	5
16. Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	1	2	3	4	5
17. Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês).	1	2	3	4	5
18. Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	1	2	3	4	5
19. Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar).	1	2	3	4	5
20. Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas).	1	2	3	4	5
21. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
22. Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio. (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	1	2	3	4	5
24. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
25. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
26. Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1	2	3	4	5

27. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5
28. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
29. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
30. Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	1	2	3	4	5
31. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade. (organizo as minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
32. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
33. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5



ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA DENNIS

De:	Cindy-Lee Dennis
Para:	'oriarte'
Data:	17/01/2005 11:32
Assunto:	RE: Breastfeeding scale - Collaboration from Brazil



EXCLUSIVO! Publique os e-mails e imagens diretamente no Blog e Fotoblog.

Dear Monica,

Thank you for your interest in my Breastfeeding Self-Efficacy Scale. I would be very interested in collaborating with you to psychometrically test my scale in a Brazil population. I could assist you in designing the study, translating the scale, analysing the data, and writing a manuscript for publication with you as first author (I have done this before with researcher in several other countries). Please let me know if you are interested in this collaborative opportunity. Are you planning to do this for your doctoral thesis?

C-L Dennis

-----Original Message-----

From: oriarte [<mailto:oriarte@uol.com.br>]

Sent: January 16, 2005 7:48 PM

To: cindylee.dennis

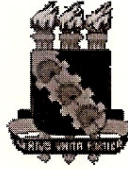
Subject: Breastfeeding scale - Colaboration from Brazil

Dear Dr. Dennis,

My name is Monica Oria. I am a Brazilian nurse and a PhD student in Nursing in the Federal University of Ceara, Northeast, Brazil. Ive been reading your papers about the breastfeeding self efficacy scale, and I am very interested to apply it in our Brazilian context. My husband and I had lived in the the United States for 2 years and I have already a good colaboration with the Nursing School in the University of Virginia, with Dr. Doris Glick, who is also interested in breastfeeding issues. Please, I would like to get your authorization to apply the scale, and if possible to keep in touch with you to start a important colaboration. I hope I can hear from you soon.

Best regards,
Monica

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMEPE



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 854/06

Fortaleza, 21 de dezembro de 2006

Protocolo COMEPE nº 257/06

Pesquisador responsável: Mônica Oliveira Batista Oriá

Deptº./Serviço: Centro de Parto Natural do CEDEFAM

Título do Projeto: "Tradução e validação da breastfeeding self-efficacy scale: aplicação em gestantes"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 14 de dezembro de 2006.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)