

Tradução e adaptação cultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para o português*

Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese

Traducción y adaptación cultural de la Breastfeeding Self-Efficacy Scale para el portugués

Mônica Oliveira Batista Oriá¹, Lorena Barbosa Ximenes²

RESUMO

Objetivos: traduzir e adaptar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), para a realidade cultural do Brasil e avaliar a validade de conteúdo da versão em português, para que possa ser utilizada na população brasileira. **Métodos:** O estudo envolveu duas fases (1. protocolo de tradução e adaptação cultural e 2. validade de conteúdo). **Resultados:** O escore total 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). A versão mostrou ser de fácil compreensão, obtendo-se adequada validação semântica e de consistência. O Índice de Validação de Conteúdo foi 0,84 e o coeficiente alfa de Cronbach = 0,90. **Conclusões:** Os achados sugerem que a BSES é adequada para *screening* da confiança materna no seu potencial para amamentar. No entanto, é necessário avaliar as propriedades psicométricas deste instrumento em amostra com diferentes níveis sociais e educacionais e em outras regiões do Brasil.

Descritores: Auto-eficácia; Aleitamento materno; Estudos de validação

ABSTRACT

Objectives: Translate and adapt the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) to the cultural reality of Brazil and evaluate the content validity of the Portuguese version, so that it can be used in the Brazilian population. **Methods:** The study was made in two phases (1- Protocol translation and cultural adaptation, and 2- Validity of Content). **Results:** The total score ranged from 93 to 162 points (M = 127.03, SD = 19.62). When considering only women who bore many children, the score scale ranged from 106 to 156 (M = 131.66, SD = 15.91). The translated version proved to be easy to understand, showing good consistency and semantic validation. The Index for the Validation of Content was 0.84 and the Cronbach's alpha = 0.90. **Conclusions:** The findings suggest that the BSES is suitable for screening the maternal confidence in its potentiality to breastfeed. However, it is necessary to evaluate the psychometric properties of this instrument in samples with different social and educational levels, and in other regions of Brazil

Keywords: Self efficacy; Breast feeding; Validation studies

RESUMEN

Objetivos: traducir y adaptar la escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), para la realidad cultural de Brasil y evaluar la validez de contenido de la versión en portugués para que pueda ser utilizada en la población brasileña. **Métodos:** El estudio se realizó en dos fases (1- protocolo de traducción y adaptación cultural, y 2- Validación del contenido). **Resultados:** El puntaje total varió de 93 a 162 puntos (P = 127,03; DE = 19,62). Cuando fueron consideradas apenas las múltiparas, la puntuación de la escala varió de 106 a 156 (P = 131,66; DE = 15,91). La versión mostró ser de fácil comprensión, obteniéndose una adecuada validación semántica y de consistencia. El Índice de Validación de Contenido fue 0,84 y el coeficiente alfa de Cronbach = 0,90. **Conclusiones:** Los hallazgos sugieren que la BSES es adecuada para detectar la confianza materna en su potencialidad para amamentar. Sin embargo, es necesario evaluar las propiedades psicométricas de este instrumento en muestras con diferentes niveles sociales y educacionales y en otras regiones de Brasil.

Descriptores: Autoeficacia; Lactancia maternal; Estudios de validación

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Ceará - Fortaleza (CE), Brasil.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Post-Doc Fellow da University of Virginia, USA. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. - Fortaleza (CE), Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. - Fortaleza (CE), Brasil.

INTRODUÇÃO

O desmame precoce repercute não apenas na saúde da criança, mas também interrompe, de forma abrupta, o vínculo mãe e filho, retarda o retorno da mulher às suas condições físicas anteriores à gravidez e afeta o orçamento familiar devido ao custo das fórmulas lácteas. A enfermagem brasileira tem tido um importante papel no Programa de Aleitamento Materno, encorajando as mulheres a amamentarem, vislumbrando o aumento das taxas de aleitamento exclusivo e, por conseguinte, a diminuição do desmame precoce e das doenças da infância⁽¹⁾.

Um dos aspectos que influencia no desmame precoce é a auto-eficácia ou confiança materna em sua habilidade para amamentar. Pesquisas apontam que 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação durante o período pré-natal interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana pós-parto⁽²⁾. 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⁽³⁾.

O construto da confiança ou auto-eficácia foi estudado por Bandura⁽⁴⁻⁶⁾ fazendo com que ele se destacasse da Teoria da Aprendizagem Social e passasse a definir sua própria teoria como Sócio-Cognitiva ou Teoria Social Cognitiva⁽⁷⁾, daí o motivo pelo qual a teoria sócio-cognitiva ser também conhecida como teoria da auto-eficácia.

Esse autor⁽⁸⁾ 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-los. Logo, a crença da mulher de que ela é capaz de amamentar (auto-eficácia) deve ocorrer antes que a amamentação seja empreendida.

Assim, a confiança no aleitamento materno descreve a crença ou expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito⁽⁹⁾. Fundamentadas na teoria da auto-eficácia⁽¹⁰⁾, autoras⁽¹¹⁾ afirmam que tal confiança se constrói a partir das quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa de auto-eficácia, a saber: experiência pessoal (experiências positivas anteriores), experiência vicária (observação de outras mães amamentarem, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher) e estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar). Destarte, estes elementos vão influenciar diretamente na escolha, realização e manutenção da amamentação exclusiva.

Reconhecendo que o comportamento da mulher diante do aleitamento materno ainda não havia sido estudado dentro da perspectiva da auto-eficácia, Dennis e Faux⁽¹¹⁾ desenvolveram uma escala (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale* - BSES) que pudesse avaliar a confiança materna na amamentação. Para o desenvolvimento da escala, foram realizadas revisões da literatura e uma análise criteriosa do conceito de auto-eficácia. O conteúdo que constituiria as assertivas da escala emergiu dos problemas relacionados à prática e duração da amamentação presentes na literatura⁽¹¹⁾.

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.

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⁽¹²⁾, hispânica⁽¹³⁾, chinesa⁽¹⁴⁾ e polonesa⁽¹⁵⁾, o que estimula a traduzi-la para o idioma português, e aplicá-la.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram traduzir e adaptar a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*⁽¹¹⁾ para a realidade cultural do Brasil e avaliar a validade de conteúdo da versão em português, para que possa ser utilizada na população brasileira. Acredita-se que a validação de um instrumento dessa natureza será de grande relevância para a promoção da saúde materno-infantil em áreas onde o desmame precoce (de acordo com o tempo de aleitamento exclusivo preconizado pela Organização Mundial da Saúde) é ainda freqüente.

MÉTODOS

Tipo de estudo e participantes

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, envolvendo duas fases. A primeira foi constituída do protocolo de tradução, retrotradução e adaptação cultural, que envolveu nove profissionais entre tradutores, revisores e juizes. Além disso, no pré-teste foram incluídas 30 mulheres que estavam sendo assistidas no pré-natal ou puerpério em serviços públicos de saúde. Os critérios utilizados para a seleção dos juizes foram: ser brasileiro com fluência no idioma inglês, ter experiência clínica e/ou de pesquisa relacionada à saúde da criança e/ou aleitamento materno e ter o título de doutor. Para a seleção das informantes foram adotados os seguintes critérios: mulheres sem restrições físicas ou mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento; mulheres que aceitassem ser entrevistadas no pré-natal ou no puerpério; mulheres cujos filhos não apresentavam problemas físicos que impossibilitassem a amamentação (ex. fenda palatina). Em relação às gestantes foram entrevistadas mulheres a partir do terceiro trimestre gestacional, e no caso das puérperas, foram entrevistadas mulheres com no mínimo seis horas após o parto.

Na segunda fase foi realizada a validade de conteúdo do instrumento adaptado a partir da avaliação de três profissionais que lidam com amamentação. O estudo foi realizado em Fortaleza, Ceará entre maio e junho de 2007 ao entrevistar gestantes e puérperas de duas unidades de saúde do setor público. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará e obedeceu às exigências da Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁶⁾. A autorização para tradução, adaptação e validação da escala foi obtida por contato eletrônico com a autora da BSES, Dra Cindy-Lee Dennis.

Questionário sociodemográfico

O perfil socio-econômico-cultural foi avaliado por meio de um questionário estruturado com o objetivo de avaliar as

principais características da amostra e a percepção das mulheres em relação à escala.

Breastfeeding Self-Efficacy Scale

Trata-se de uma escala do tipo Likert contendo 33 itens divididos em dois domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal. Cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta, com escores variando de 1 a 5. Os escores totais da escala variam de 33 a 165 pontos. Quanto maior o escore, maior a confiança da mulher no seu potencial de amamentar, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo.

Fases do estudo

Tradução e adaptação

A trajetória metodológica para adaptação da BSES seguiu as etapas de um protocolo de adaptação cultural, considerado bastante completo⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. 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. retrotradução ou tradução de volta ao idioma original (*back-translation*), 4. comitê de juizes e 5. pré-teste da versão final (Figura 1).

O comitê, composto de três juizes e um revisor de inglês, avaliou as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual propostos no protocolo de adaptação⁽¹⁷⁾. Durante o pré-teste foi registrado quanto tempo as mulheres dispensaram para responderem a escala, e depois lhes foi perguntado sobre a compreensão de cada afirmativa e dos itens de resposta.

Validação de conteúdo e confiabilidade

Neste estudo a validade de conteúdo foi realizada por três enfermeiras que 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. Uma das especialistas tinha experiência anterior com adaptação e validação de escalas psicométricas.

Após a versão final da escala ter sido confeccionada pelos tradutores e juizes, as especialistas em aleitamento materno receberam a escala e um instrumento contendo três questões a serem respondidas em relação a cada item: 1. avaliar a compreensão dos itens, 2. classificar os itens em domínios e 3. avaliar o grau de relevância dos itens da escala. A avaliação do grau de relevância foi realizada usando uma escala que varia de 1 a 4 pontos (1. Irrelevante, 2. Pouco relevante, 3. Realmente relevante, 4. Muito relevante) e serviu de base para o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC).

A validade de conteúdo permite ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a constituam são representativas do domínio do conteúdo que o pesquisador pretende medir⁽¹⁸⁾. 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 IVC preconizado por Waltz e Bausell⁽¹⁹⁾ e utilizado por outros pesquisadores para quantificar a extensão da concordância entre os especialistas⁽²⁰⁻²¹⁾.

O IVC foi calculado a partir da média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens da escala (S-CVI/Ave), proporção

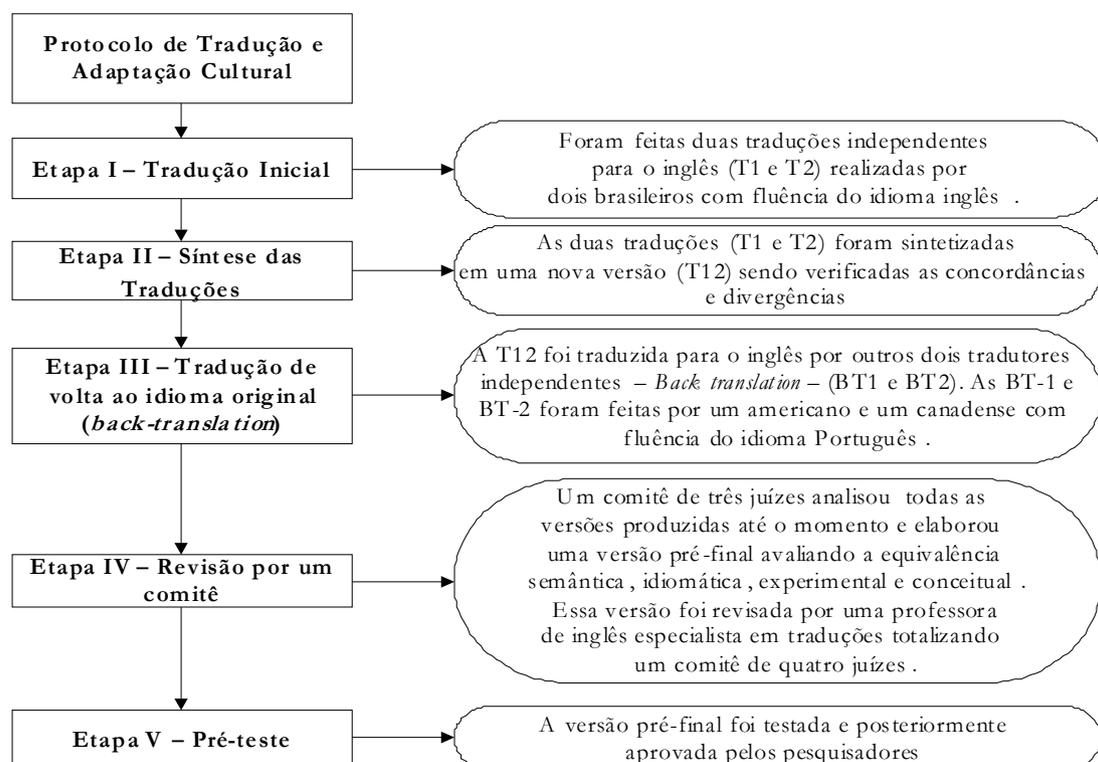


Figura 1 – Representação gráfica das etapas do protocolo de tradução e adaptação transcultural⁽⁷⁾.

de itens de uma escala que atinge escores 3 – relevante - e 4 – muito relevante - por todos os especialistas (S-CVI/UA) e validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI)⁽²²⁾.

Para verificar a consistência interna ou confiabilidade da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (Escala para a Auto-Eficácia da Amamentação) foi utilizado o alfa de Cronbach.

Análise estatística

As informações coletadas foram organizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos, versão 14.0) para que os dados pudessem ser processados. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos descritivos e de frequências, além do alfa de Cronbach. Um valor de $p < 0.05$ foi considerado significativo.

RESULTADOS

As versões obtidas durante o processo de tradução e adaptação estão apresentadas no Quadro 1. A escala final encontra-se na Tabela 1, na qual estão apresentadas também a relação item-total, a média e o alfa de Cronbach da escala de acordo com a exclusão de cada item.

Após a escala passar pelas três primeiras etapas do processo de adaptação descrito na Figura 1, os juízes que avaliaram a escala decidiram 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 clínica, não sendo uma linguagem muito utilizada entre a clientela de gestantes no Brasil, o que poderia acarretar problemas no entendimento dos itens. A palavra *breastfeeding* em alguns momentos foi substituída por “amamentar” e outras vezes por “dar de mamar” concedendo um tom mais amigável e próximo às mães.

As expressões *correctly* (corretamente), *properly* (apropriadamente) e *successfully* (com sucesso) foram, algumas vezes, substituídas pela expressão *direitinbo* (itens 9, 12, 30) como forma de deixar a escala mais leve, sem transmitir às mulheres qualquer sentido de imposição. 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) já que muitas mães têm dificuldades de avaliar a presença dos movimentos intestinais; *formula* (fórmulas lácteas) foi adaptada para *leite em pó* (item 11) por ser um termo mais comum à linguagem da clientela; *supply and demand rule* (regra da oferta e da procura) foi substituída pela expressão *de acordo com as necessidades do bebê* (item 16).

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

Durante a revisão da professora de inglês a expressão *I can always* (eu sempre posso) foi considerada autocrática e distante da mulher (uma peculiaridade do verbo *can*), logo a expressão só foi mantida quando da 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” mais o verbo conjugado no presente e não no infinitivo como no original.

Um ponto de difícil avaliação foram os itens de respostas a serem utilizados na escala. Na versão para o inglês, da tradução para o português as respostas variaram de 1= *not confident at all* – não confio de jeito nenhum a 5= *very confident* – muito confiante (padrão 1). Porém, por não ser culturalmente muito utilizada a terminologia de confiança, o comitê de juízes criou um novo padrão de resposta que variava de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente (padrão 2). Durante o pré-teste foram usados os dois padrões de resposta e foi perguntado às mulheres qual deles era o de mais fácil compreensão. Uma vez que a mulher escolhia qual o padrão a ser utilizado este foi seguido durante a aplicação de toda a escala. Destarte, 17 participantes optaram pelo padrão 2, sendo, portanto este 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 e já foi realizada em outras adaptações da BSES⁽¹⁴⁾.

Quadro 1 – Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês e a versão final em português. Fortaleza, jul/out, 2007.

	Original	Final
1	I can always hold my baby comfortably during breastfeeding.	Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.
2	I can always position my baby correctly at 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 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 sinto quando o bebê pega o peito.
5	I can always take my baby off the breast without pain to myself.	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 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 lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).

* Durante o estudo o câmbio flutuante era de US\$ 1 = R\$ 1,90.

Continua...

... continuação

	Original	Final
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.
9	I can always motivate myself to breastfeed successfully.	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 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 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 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 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.
15	I can always keep my baby awake at my breast during a feeding.	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 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 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 alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).
19	I can always stay motivated to breastfeed my baby.	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 das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas).
21	I can always keep wanting to breastfeed.	Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.
22	I can always feed my baby every 2-3 hours.	Eu sempre alimento 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 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 dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.
25	I can always be satisfied with my breastfeeding experience.	Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.
26	I can always comfortably breastfeed 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 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 alimento 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 continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).
30	I can always feel if my baby is sucking properly at 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 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 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 sei quando o meu bebê terminou a mamada.

Tabela 1 – Correlação item-total, média e alfa de Cronbach da Escala de Auto-Eficácia para Amamentação. Fortaleza, jul/out, 2007

	Versão final da Escala de Auto-Eficácia para amamentação	Correlação Item-Total	Média da escala se o item for deletado	Alfa de Cronbach se o item for deletado
Domínio Técnico				
1	Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	0,457	123,133	,906
2	Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	0,660	123,433	,903
4	Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	0,654	122,866	,904
5	Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	0,541	124,100	,904
6	Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	0,502	122,900	,905
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).	0,612	124,100	,903
11	Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	0,623	123,566	,903
12	Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	0,428	122,933	,906
14	Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	0,469	123,266	,905
15	Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	0,525	124,200	,905
16	Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	0,540	123,766	,904
18	Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	0,372	123,066	,907
22	Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	0,608	122,933	,903
26	Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	0,436	124,500	,906
28	Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	0,297	122,900	,908
29	Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	0,633	122,933	,903
30	Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	0,580	123,200	,904
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).	0,249	123,700	,909
32	Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	0,402	122,900	,906
33	Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	0,518	123,466	,905
Domínio Pensamento Intrapessoal				
3	Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	0,783	123,433	,901
7	Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supera com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	0,590	123,333	,904
8	Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	0,437	123,066	,906
9	Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	0,337	122,900	,907
13	Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	0,490	122,666	,906

... continua

... continuação

	Versão final da Escala de Auto-Eficácia para amamentação	Correlação Item-Total	Média da escala se o item for deletado	Alfa de Cronbach se o item for deletado
17	Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês).	0,057	123,300	,913
19	Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar).	0,463	122,733	,906
20	Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas).	0,401	123,833	,907
21	Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	0,463	123,166	,906
23	Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio. (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	0,214	123,900	,911
24	Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	0,607	123,300	,903
25	Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	0,418	122,733	,907
27	Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	0,235	123,100	,910

Para o pré-teste foram entrevistadas 30 mulheres sendo 15 gestantes (4 primigestas e 11 multigestas) e 15 puérperas (6 primíparas e 9 múltiparas), com idades variando de 16 a 43 anos ($M=26,33$ e $DP=7,17$). Em geral, 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 públicos de saúde, logo, esperava-se uma baixa renda familiar, embora tenha havido uma grande variação, com renda de R\$ 50,00 a R\$ 1.900,00/mensais com média de R\$ 672,14*. Entre as mulheres que tiveram 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 (12 gestantes e 2 puérperas) responderam sozinhas (sob a supervisão do pesquisador) e 16 preferiram ser entrevistadas. O fato de apenas duas puérperas terem respondido a escala sozinhas pode ter sido um reflexo do desgaste físico do pós-parto (mesmo a escala sendo aplicada seis horas após o parto) ou da atenção que a mãe está concedendo ao seu bebê, tendo em vista que a aplicação da escala foi realizada no alojamento conjunto.

O tempo utilizado pelas mulheres para completar a escala variou de 4 a 15 ($M=9$; $DP=2,75$) minutos. As participantes foram unânimes em considerar a escala fácil de compreender, no entanto 15 mulheres referiram dúvidas em pelo, menos, um item, sendo que duas mulheres tiveram 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 os juízes e foram construídos exemplos ou expressões adicionais que fo-

ram colocadas entre parênteses logo após os itens 3, 7, 10, 17, 19, 20, 23, 27, 29, 31 e 32. Após a inserção das expressões, a escala foi novamente aplicada às mesmas mulheres e elas concordaram que os itens ficaram mais compreensíveis.

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 ótima consistência interna. A correlação item-total (Tabela 1) revelou 5 itens abaixo de 0,30, contudo os itens permaneceram na escala para mais análises.

Em relação ao conteúdo, os itens foram considerados compreensíveis e em 66% das vezes os especialistas colocaram corretamente os itens nos domínios, conforme definidos na versão original. Os resultados da análise das especialistas em relação ao grau de relevância de cada item foram organizados em um banco de dados para que fosse calculado o IVC. Nas três formas utilizadas foi obtido um $IVC = 0,84$, indicando um bom nível de concordância entre os especialistas.

DISCUSSÃO

A prevalência da amamentação na Região Nordeste é de 85,9% nos primeiros 30 dias de vida, chegando a 74,8% aos 120 dias. Quando se considera apenas amamentação exclusiva, as prevalências caem para 49,9% e 19,3% aos 30 e 120 dias, respectivamente. No caso específico de Fortaleza -CE a prevalência da amamentação exclusiva é de 73,4% e 29%, aos 30 e 120 dias de vida, respectivamente⁽²³⁾. Essas estatísticas denotam a existência de uma importante prevalência do desmame precoce que pode contribuir para maiores taxas de doenças diarreicas. Estudos apontam que o desmame precoce se constitui em um dos fatores associados ao surgimento de episódios de diarreia em crianças menores de um ano⁽²⁴⁾. Além disso, o desmame precoce (antes de 12 semanas) pode repercutir na saúde da criança até os 18 meses de idade⁽²⁵⁾.

Diante desse quadro, o desenvolvimento de estratégias que possam contribuir para a promoção da amamentação exclusiva e redução do desmame precoce é importante para a saúde pública, e pode trazer implicações positivas para a promoção da saúde da criança e da família como um todo.

A BSES atualmente vem sendo utilizada para medir a confiança das mães na sua habilidade de amamentar em diversos países⁽¹¹⁻¹⁵⁾. O presente estudo realizou, pela primeira vez, a tradução e adaptação da BSES para um país da América do Sul, o que torna relevante sua aplicação na realidade cultural do Brasil.

A tradução e adaptação de instrumentos previamente validados em outros países é um procedimento legítimo, além de reduzir custos e facilitar o intercâmbio entre pesquisadores em âmbito internacional. “A adaptação de um instrumento para outro idioma é um processo complexo. Devido às diferenças culturais, não se pode realizar uma simples tradução [...]. Para adaptar um instrumento para outro idioma deve-se ter em conta aspectos técnicos, lingüísticos e semânticos”⁽²⁶⁾.

A BSES, como objeto principal desta investigação, passou por um processo de tradução e adaptação transcultural que levou mais de um ano para ser concluído. Alguns pontos colaboraram para a demora no processo de adaptação da BSES, a saber: a seleção criteriosa do protocolo de tradução e adaptação com o objetivo de obter maior rigor e fidedignidade na tradução e adaptação, de modo que optou-se por um protocolo rigoroso constituído de cinco fases⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Alguns pesquisadores têm sugerido processos menos complexos que otimizam o tempo e parecem ser tão válidos quanto os demais⁽²⁷⁾, contudo mais estudos utilizando métodos simplificados precisam ser realizados para avaliar se não há prejuízos na qualidade do instrumento traduzido e adaptado; a seleção dos sujeitos que colaborariam em cada uma das fases do protocolo também foi relevante para se obter um instrumento próximo do original (mensurando o mesmo construto), mas que fosse compatível com a realidade cultural do Brasil; e o pré-teste demanda tempo, mas é necessário e válido, pois sem a percepção inicial do público alvo não se pode prever as direções que a escala poderia assumir. Além disso, a amostra envolvida no pré-teste retrata a realidade da população feminina usuária do serviço público de saúde. A partir do pré-teste foi possível verificar palavras e expressões que provocaram confusão e poderiam interferir nos resultados.

A modificação das expressões em *semanas* para *meses* e do padrão de respostas também ocorreram em outras adaptações da BSES⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Além de ter considerado a perspectiva das mulheres a mudança no padrão de resposta foi discutida com a autora da escala por via eletrônica. 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. Além disso, essa estratégia tem sido utilizada por outros pesquisadores⁽²⁸⁾. Vale enfatizar que, ao considerar que o português é o idioma oficial de outros países novas adaptações podem ser necessárias para utilizá-la em outros países, de língua portuguesa.

A validade de conteúdo refere-se à adequação da cobertura

da área do conteúdo que está sendo medido, com base em um julgamento subjetivo. Como a BSES já teve seus domínios (Técnico e Pensamento intrapessoal) 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 faz sentido.

O conteúdo da BSES foi considerado compreensivo, categorizado em domínios e considerado relevante. A escala atingiu um IVC = 0,84 (muito próximo da escala original = 0,86)⁽¹¹⁾ indicando que a escala é representativa do conteúdo a ser estudado sobre a amamentação no Brasil, pois o desejável é um IVC maior que 0,80⁽³⁰⁾. Esses achados evidenciam 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 ser avaliado na realidade cultural do Brasil.

O alfa de Cronbach foi 0,90 indicando ótima consistência interna e muito próximo dos valores de alfa de Cronbach de versões aplicadas no Canadá (0,96)⁽¹¹⁾, Austrália (0,97)⁽¹²⁾, Porto Rico (0,96)⁽¹³⁾ e China (0,93)⁽¹⁴⁾. 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⁽¹¹⁾. Além disso, a retirada de qualquer um dos itens, separadamente, não influenciou no resultado final do alfa de Cronbach. Somente com a exclusão dos cinco itens em conjunto, o alfa de Cronbach aumentaria para 0,92. A retirada de itens com valores de correlação item-total menores que 0,30 é recomendada apenas quando o alfa de Cronbach é muito baixo (menor que 0,70)⁽³⁰⁾.

Vale ressaltar que o processo de adaptação buscou deixar a escala o mais simples possível, para que fosse compreensível para pessoas dos mais diversos estratos sociais e regiões do país, embora se considere importante que sejam realizadas pesquisas utilizando outros grupos amostrais.

CONCLUSÃO

O uso da referida escala permite ao profissional de saúde conhecer, previamente, a confiança que cada mulher tem para a prática da amamentação. Logo, a identificação de mulheres com menores chances de amamentar (escores menores), possibilita que o profissional conheça cada área em que a mulher tem menor nível de confiança (ao verificar a pontuação de cada item), possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno personalizado, minimizando o risco de não amamentar ou desmamar precocemente. Tal fato pode levar em médio e longo-prazo à redução das taxas de desmame precoce e prolongamento do período de, aleitamento materno exclusivo. Apesar da análise das propriedades psicométricas ter sido realizada em Fortaleza - CE, há a necessidade de serem avaliadas as propriedades psicométricas deste instrumento em amostras com diferentes níveis sociais e educacionais e em outras regiões do Brasil.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a FUNCAP (Edital FUNCAP/MCT/

CNPq/CT-INFRA N°04/ 2006, Processo n° 9970/06) e CAPES (Bolsa de Doutorado) pelo apoio concedido para o desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Oriá MOB, Glick DF, Alves MDS. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. *CadSaúde Pública = Rep Public Health*. 2005;21(1):20-8.
- Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chwalow AJ. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prev Med*. 1991;7(2):101-6.
- O'Campo P, Faden RR, Gielen AC, Wang MC. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. *Birth*. 1992;19(4):195-201.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. Comment in: *Percept Mot Skills*. 2002;94(3 Pt 1):1056.
- Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J Pers Soc Psychol*. 1977;35(3):125-39.
- Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewoods Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
- van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Sch Inq Nurs Pract*. 2001;15(3):189-207.
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company; 1997.
- Chezem J, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(1):40-7.
- Bandura A. Social learning theory. Englewoods Cliffs: Prentice Hall; 1977.
- Dennis CL, Faux S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399-409.
- Creedy DK, Dennis CL, Blyth R, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Res Nurs Health*. 2003;26(2):143-52.
- Molina Torres M, Dávila Torres RR, Parrilla Rodríguez AM, Dennis CL. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *J Hum Lact*. 2003;19(1):35-42.
- Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(5):350-6.
- Wutke K, Dennis CL. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(8):1439-46.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 1996.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 1998. p.1-27. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2002. p.1-27.
- LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Waltz CF, Bausell RB. Nursing research: design, statistics, and computer analysis. Philadelphia: F.A. Davis; 1981.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res*. 1986;35(6):382-5.
- Soeken KL. Validity of measures. In: Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. Measurement in nursing and health research. 3rd ed. New York: Springer; 2004.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
- Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2007;53(6):520-4.
- Melo MCN, Taddei JAAC, Diniz-Santos DR, Vieira C, Carneiro NB, Melo RF, Silva LR. Incidence of diarrhea in children living in urban slums in Salvador, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2008;12(1):89-93.
- Morgan JB, Lucas A, Fewtrell MS. Does weaning influence growth and health up to 18 months? *Arch Dis Child*. 2004;89(8):728-33.
- Alexandre NMC, Guirardello EB. Adaptación cultural de instrumentos utilizados en salud ocupacional. *Rev Panam Salud Pública = Pan Am J Public Health*. 2002;11(2):109-11.
- Salveti MG, Pimenta CAM. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a língua portuguesa. *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo)*. 2005;32(4):202-10.
- Victor JF. Tradução e validação da Exercise Benefits/Barriers Scale: aplicação em idosos [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem; 2007.
- Norwood SL. Research strategies for advanced practice nurses. Upper Saddle River: Prentice Hall Health; 2000.
- Pallant JF. SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS. 2nd ed. Berkshire: Open University Press; 2005.