



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

CLARICE BORGES LUCAS DENOBI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *BREASTFEEDING*  
*SELF-EFFICACY SCALE* PARA MÃES DE PREMATUROS  
NO BRASIL**

---

Londrina  
2021

CLARICE BORGES LUCAS DENOBI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *BREASTFEEDING*  
*SELF-EFFICACY SCALE* PARA MÃES DE PREMATUROS  
NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Dra. Edilaine Giovanini Rossetto

Londrina  
2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Denobi, Clarice Borges Lucas.

Adaptação Transcultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para Mães de Prematuros no Brasil / Clarice Borges Lucas Denobi. - Londrina, 2021.  
109 f. : il.

Orientador: Edilaine Giovanini Rossetto.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno, 2. Autoeficácia, 3. Adaptação Transcultural, 4. Recém-nascido prematuro - Tese. I. Rossetto, Edilaine Giovanini . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

CLARICE BORGES LUCAS DENOBI

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DA *BREASTFEEDING*  
*SELF-EFFICACY SCALE* PARA MÃES DE PREMATUROS  
NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial para à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Edilaine Giovanini  
Rossetto  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Marcos Hirata Soares  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 26 de agosto de 2021.

**DEDICATÓRIA**

*Aos meus filhos Caio e Isaac*

*Amor eterno*

## **AGRADECIMENTO(S)**

A Deus, por sua imensa misericórdia e por seus grandes feitos. Sua presença em minha vida representa força para a caminhada e para a vitória sobre “os gigantes” que insistiam em me amedrontar. “...tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4.13).

Aos meus filhos, Caio e Isaac, razões do meu viver. A alegria de vocês é meu combustível diário, em vocês tenho encontrado força para resistir às adversidades. Amo vocês incondicionalmente.

À minha orientadora, Profa. Dra. Edilaine G. Rossetto, pela orientação, apoio, acolhimento, paciência, parceria e incentivo. O qual nesses anos de convivência me ensinou e contribuiu para o meu crescimento científico, intelectual e pessoal. A minha eterna gratidão!

A Dra Cindy-Lee Dennis, enfermeira que elaborou a escala original e gentilmente permitiu que esse estudo fosse realizado no Brasil.

À minha irmã Roseli, pôr assumir minha casa como sua e cuidar dos meus filhos como seus. Tenha certeza de que sua presença no meu lar é condição para minha paz.

Às amigas Adriana e Jéssica, por estarem comigo em momentos de alegria e por tornar minha dor superável. Certamente ainda teremos muito o que comemorar.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, pela oportunidade de retornar ao papel de aluna e pela grata satisfação de me deparar com um corpo docente tão comprometido com o saber da Enfermagem.

Aos docentes, Profa. Dra Mônica B. Oriá e Prof. Dr. Marcos Hirata pela participação na banca de qualificação do meu projeto de Mestrado com contribuições tão pertinentes.

Aos especialistas/ juízes participantes pelas contribuições essenciais

para que esse estudo fosse concretizado.

À Lorena Fernandes e Gabriela Curan pelo importante auxílio na realização desse estudo.

A todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente e porventura não tenham sido mencionados, deixo o meu agradecimento.

Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir!

Augusto Cury

DENOBI, Clarice, Borges Lucas. **Adaptação Transcultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* para Mães de Prematuros no Brasil**. 2021. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

## RESUMO

A prevalência de aleitamento materno entre os prematuros tende a ser menor que aqueles nascidos a termo. A confiança de uma mulher em sua capacidade de amamentar é uma variável que influencia no início e na duração do aleitamento materno. Considerando a relevância da autoeficácia materna para o sucesso e manutenção do aleitamento materno do prematuro, este estudo teve como objetivo traduzir e adaptar culturalmente a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros para a língua portuguesa no contexto brasileiro. Trata-se de estudo metodológico para adaptação transcultural da BSES-SF que contemplou as seguintes etapas: 1. Tradução; 2. Avaliação dos Especialistas; 3. Reavaliação dos Especialistas; 4. Retrotradução com o parecer da autora original; 5. Pré-teste; 6. Validação de conteúdo pelo Comitê de juízes. No processo de tradução, buscou-se a equivalência entre a versão original e a versão traduzida no que se refere à essência do conteúdo, em detrimento da tradução literal, equivalência semântica, conceitual e idiomática. A realização do pré-teste com a população-alvo foi considerada satisfatória para avaliar semanticamente a versão da escala traduzida nos quesitos compreensão e clareza dos itens porque não foi encontrada divergência entre as 18 mães entrevistadas no estudo, independentemente do momento de coleta e idade gestacional. A avaliação geral da escala pela população-alvo foi considerada positiva, visto que, a maioria assinalou as opções muito boa ou excelente em todas as questões. O CVCt da escala foi de 0,91, e as três dimensões do instrumento avaliadas foi superior a 0,89, o que infere que o instrumento possui validade de conteúdo. No quesito clareza e compreensão, o CVC médio foi de 0,93, quando calculados os índices individualmente, o CVC mínimo apresentado foi de 0,88. Dentre os itens alusivos à relação com a amamentação, o CVC médio foi de 0,89, a menor concordância foi no item 1 com 0,80, no entanto, está dentro do mínimo recomendado. No quesito relevância, o CVC médio foi 0,92, sendo que todos os itens foram considerados relevantes pelos juízes. A escala manteve equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, com base na análise dos especialistas e da população alvo. Confirmou-se a validade de conteúdo do instrumento adaptado para o idioma português brasileiro. Mediante a escala traduzida e modificada, pode-se proceder o término do processo de validação, que será realizado em etapa subsequente a este estudo, e posteriormente ser utilizada na prática.

**Palavras-chave:** aleitamento materno; autoeficácia; estudo de validação; recém-nascido prematuro; pesquisa metodológica em enfermagem.

DENOBI, Clarice, Borges Lucas. **Cross-cultural Adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Preterm Infants in Brazil**. 2021. 107 p. Dissertation (Master's in Nursing) – State University of Londrina, Londrina, 2021.

## ABSTRACT

The prevalence of breastfeeding among preterm infants tends to be lower than among those born at term. A woman's confidence in her ability to breastfeed is a variable that influences the initiation and duration of breastfeeding. Considering the relevance of maternal self-efficacy for the success and maintenance of breastfeeding of preterm infants, this study aimed to translate and culturally adapt the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form) modified for mothers of sick or premature babies into Portuguese in the Portuguese language. Brazilian context. This is a methodological study for the cross-cultural adaptation of the BSES-SF that included the following steps: 1. Translation; 2. Expert Assessment; 3. Reassessment of Experts; 4. Back-translation with the opinion of the original author; 5. Pre-test; 6. Content validation by the Judges Committee. In the translation process, equivalence between the original version and the translated version was sought with regard to the essence of the content, rather than literal translation, semantic, conceptual and idiomatic equivalence. Conducting the pre-test with the target population was considered satisfactory to semantically assess the version of the scale translated into the items comprehension and clarity of items because no divergence was found among the 18 mothers interviewed in the study, regardless of the time of collection and gestational age. The general evaluation of the scale by the target population was considered positive, since most of them indicated very good or excellent options in all questions. The CVCt of the scale was 0.91, and the three dimensions of the instrument evaluated were greater than 0.89, which infers that the instrument has content validity. In terms of clarity and understanding, the average CVC was 0.93, when the indexes were calculated individually, the minimum CVC presented was 0.88. Among the items alluding to the relationship with breastfeeding, the mean CVC was 0.89, the lowest agreement was in item 1 with 0.80, however, it is within the recommended minimum. In terms of relevance, the average CVC was 0.92, with all items considered relevant by the judges. The scale maintained semantic, idiomatic, cultural and conceptual equivalence, based on the analysis of experts and the target population. The content validity of the instrument adapted to the Brazilian Portuguese language was confirmed. Through the translated and modified scale, the validation process can be completed, which will be carried out in a step subsequent to this study, and later be used in practice.

**Key words:** breastfeeding; self-efficacy; validation studie; premature newborn; methodological research in nursing.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Estrutura da autoeficácia na amamentação alicerçada na Teoria da Aprendizagem Social .....21
- Figura 2** - Fluxograma do processo de tradução e adaptação transcultural da escala BSES-SF modificada para mães de bebês prematuros para o português .....41
- Figura 3** - Algoritmo de cálculo do Coeficiente de Valide de Conteúdo.....47

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Cenários x necessidade de alguma adaptação cultural .....	27
<b>Quadro 2</b> - Etapas de adaptação transcultural recomendadas .....	28
<b>Quadro 3</b> - Etapas de adaptação descritas por Ferrer et al. (1996) .....	28
<b>Quadro 4</b> - Etapas de adaptação descrito pela WHO (2017) .....	29
<b>Quadro 5</b> - Principais etapas para avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de aferição .....	29
<b>Quadro 6</b> - Diretrizes para a tradução e adaptação dos testes .....	30
<b>Quadro 7</b> - Lista para o controle de qualidade da tradução e adaptação de itens.....	31
<b>Quadro 8</b> - Diretrizes do processo de tradução e adaptação da WHO .....	34
<b>Quadro 9</b> - Tradução inicial (T1 e T2) e síntese das traduções resultantes do processo de tradução da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF) among mothers of ill or preterm infants</i> ....	49
<b>Quadro 10</b> - Avaliação das equivalências pelos especialistas .....	51
<b>Quadro 11</b> - Comparação da Versão Português 1 (VP1) e Versão Português 2 (VP2) após a avaliação dos especialistas .....	52
<b>Quadro 12</b> - Comparação entre a versão inglês original da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants</i> com a Retrotradução final (RTF) .....	54
<b>Quadro 13</b> - Sugestões qualitativas acatadas após a avaliação do conteúdo ...	63
<b>Quadro 14</b> - Versão pré-final da Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros (Versão Brasileira) .....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> -	Caracterização sociodemográfica e ocupacional da população-alvo do estudo.....	55
<b>Tabela 2</b> -	Antecedentes obstétricos e gravidez atual da população-alvo do estudo .....	56
<b>Tabela 3</b> -	Avaliação da Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros, pelas mães de prematuros entrevistadas na etapa do pré-teste....	57
<b>Tabela 4</b> -	Cálculo coeficiente de validação de conteúdo dos itens da individuais (CVCi) e o total da escala (CVCt) .....	58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
ATC	Adaptação Transcultural
BSES	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i>
BSES-SF	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form</i>
BSES-VB	<i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Versão BR</i>
CVC	Coefficiente de Validação de Conteúdo
ITC	<i>International Testing Commission</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PT	Prematuro
RN	Recém-nascido
RT	Retrotradução
RTF	Retrotradução Final
ST	Síntese das Traduções
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
VP	Versão Português

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	19
2.1	TEORIA DA AUTOEFICÁCIA.....	19
2.2	AUTOEFICÁCIA DA MULHER NA AMAMENTAÇÃO .....	20
2.3	BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE.....	22
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO</b> .....	26
3.1	TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS .....	26
3.2	PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL .....	33
3.2.1	Tradução do Idioma Original para o Idioma Alvo.....	33
3.2.2	Comitê de Especialistas .....	35
3.3	VALIDADE DE CONTEÚDO .....	36
3.4	RETRO TRADUÇÃO (BACKTRANSLATION) .....	37
3.4.1	Teste Piloto e Avaliação da População Alvo .....	38
3.4.2	Versão Pré- Final.....	39
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	40
4.1	OBJETIVO GERAL .....	40
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
<b>5</b>	<b>MÉTODO</b> .....	41
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
5.2	OPERACIONALIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO ....	41
5.3	TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO ORIGINAL.....	43
5.4	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	47
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	49
6.1	ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC) .....	49
6.1.1	Tradução .....	49
6.1.2	Avaliação dos Especialistas .....	51
6.1.3	Reavaliação dos Especialistas .....	52

6.1.4	Retrotradução.....	53
6.1.5	Pré teste .....	55
6.1.6	Validade de Conteúdo .....	58
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>63</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>69</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>75</b>
	APÊNDICE A.....	76
	APÊNDICE B.....	78
	APÊNDICE C.....	79
	APÊNDICE D.....	81
	APÊNDICE E.....	83
	APÊNDICE F.....	85
	APÊNDICE G.....	87
	APÊNDICE H.....	89
	APÊNDICE I.....	91
	APÊNDICE J.....	92
	APÊNDICE L.....	93
	APÊNDICE M.....	94
	APÊNDICE N.....	96
	APÊNDICE O.....	98
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>99</b>
	ANEXO A.....	100
	ANEXO B.....	101
	ANEXO C.....	102

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é uma estratégia natural para o estreitamento do vínculo e afeto entre mãe e filho. Além de proteção, é o único alimento que apresenta uma composição específica que se ajusta às necessidades nutricionais, limitações metabólicas e fisiológicas dos lactentes. O AM é considerado uma das estratégias que mais contribui para a prevenção e redução da morbimortalidade infantil, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que seja iniciado dentro da primeira hora após o nascimento (BRASIL, 2015; WHO, 2018).

Apesar de o apoio e incentivo dos órgãos nacionais e internacionais de saúde, assim como a existência de diversas políticas públicas de amparo à amamentação, o desmame precoce ainda é um aspecto evidente entre as nutrizes brasileiras, constituindo um desafio a ser superado (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

De acordo com resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) do Ministério da Saúde (MS), os índices de aleitamento materno estão aumentando no Brasil. Ao comparar com os dados anteriores de 2006, observou-se o aumento na prevalência de aleitamento materno exclusivo, nas crianças menores de seis meses, contudo, as metas do AM ainda estão abaixo do esperado e preconizado pela OMS (WHO, 2018; BRASIL, 2020).

A amamentação durante os primeiros 6 meses é crucial para todas as crianças, especialmente as prematuras, pois apresentam maior risco de morte, complicações e problemas comportamentais, em comparação com os lactentes nascidos a termo (WANG et al, 2019).

O nascimento prematuro é a principal causa de morte neonatal e responde pela segunda causa de morte em crianças menores de 5 anos de idade, os bebês prematuros ou com baixo peso têm mais chances de adoecerem ao longo dos primeiros dias de vida. Em 2017, em torno de 2,5 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de vida, a maioria por causas evitáveis. No entanto, o aleitamento materno é considerado uma intervenção eficaz para evitar a maioria das mortes prematuras (BLENCOWE et al., 2012; HOWSON et al., 2013; BRASIL, 2015; LIU et al., 2016; OMS, 2018).

Pesquisas têm mostrado que a prevalência e duração da amamentação de bebês prematuros é menor em comparação com bebês nascidos a

termo, as mães de bebês prematuros ou doentes enfrentam desafios de amamentação em função das especificidades relacionadas à prematuridade (IKONEN, 2015; PEREIRA, 2015; ERICSON; PALMÉR, 2019; GOMES, 2019).

Embora as mães de prematuros expressem o anseio de amamentar, este processo é acompanhado por dificuldades que ocorrem tanto na unidade hospitalar quanto após a alta. O período de internação após um parto prematuro, muitas vezes deixa a família insegura em decorrência da prematuridade, gerando estresse e insegurança (FIALHO et al., 2014; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

As condições clínicas e a imaturidade fisiológica do RNPT geralmente não são favoráveis e podem tornar difíceis e desafiadoras a amamentação. Essa dificuldade pode ter relação com a fragilidade do bebê, as mães podem se sentir desconfortáveis, o que as fazem erroneamente concluir que são incapazes de amamentá-los (DE FREITAS et al., 2016; LUZ et al., 2018).

Apesar de as evidências que comprovam os benefícios e a importância do aleitamento materno, nem todas as mães que o iniciam continuam a amamentar. O período de internação após um parto prematuro, gera estresse e insegurança na família em decorrência da prematuridade. Outro aspecto relevante para a manutenção do AME refere-se à percepção materna para esse processo, como se sentem em relação à amamentação e se estão preparadas para amamentar (FIALHO et al., 2014; CRUZ; SEBASTIÃO, 2015).

Em busca de melhoria desse cenário, especialistas em saúde apontam a necessidade de intervenções baseadas em fatores modificáveis, como o comportamento das mulheres no processo de amamentar, o que inclui a autoeficácia na amamentação como uma variável importante que pode afetar os resultados da amamentação (WHEELER; DENNIS, 2013).

Reconhecendo que o comportamento da mulher diante do aleitamento materno ainda não havia sido estudado dentro da perspectiva da autoeficácia, Dennis e Faux (1999) desenvolveram um instrumento denominado *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – BSES* com o objetivo de determinar este comportamento da confiança ou autoeficácia materna na amamentação.

A autoeficácia das mulheres em amamentar, pode ser conceituada como a confiança que a mãe tem em amamentar seu filho com êxito, e envolve conhecimento e habilidade. Esse conceito foi desenvolvido com base na Teoria Social Cognitiva proposta por Bandura e relaciona-se à percepção da mulher sobre

sua capacidade para amamentar e influencia sua decisão sobre o início da amamentação e por quanto tempo continuará a fazê-lo (DENNIS; FAUX, 1999; WHEELER; DENNIS, 2013).

A BSES foi desenvolvida e validada no Canadá, contendo 33 assertivas, com dois domínios: Técnicos (referentes a questões técnicas da amamentação) intrapessoal (referente a questões psicoafetivas) (Dennis ; Faux, 1999). Em 2003, foi desenvolvido a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* (BSES-SF) contendo 14 assertivas com os mesmos domínios da BSES para ser aplicado ainda na maternidade ou no puerpério imediato (até 10 dias após o parto), para conhecer quais os domínios que a mulher apresenta maior dificuldade na adesão, para receber auxílio mais precocemente (DENNIS, 2003).

No Brasil, a versão completa da escala (BSES) com 33 itens foi traduzida, modificada e validada por Oriá e Ximenes (2010), assim como em sua forma curta - *Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form (BSES-SF)*, com 14 itens, também foi validada para a língua portuguesa brasileira por Dodt (2008).

Estudos apontaram que mulheres com autoeficácia elevada para amamentação apresentam maior esforço e persistência para superar as possíveis dificuldades relacionadas à amamentação, ao contrário das mulheres com baixos níveis de confiança que tende a interromper a amamentação precocemente (DENNIS, 2006; ORIÁ; XIMENES, 2010; DE SÁ GUIMARÃES, 2017; MELINDA et al., 2017; YANG; GUO; SHEN, 2020).

Segundo Vieira et al., (2018) as chances de interrupção do AME diminui em 80% quando as mulheres passam de médio para alto nível de autoeficácia, bem como aumentam em 48% ao passar de baixa para média autoeficácia na amamentação, demonstrando a associação positiva com o aleitamento materno exclusivo. Deste modo, a autoeficácia para a amamentação se revelou como um fator de proteção para o aleitamento materno exclusivo (MELINDA et al., 2017; YANG; GUO; SHEN, 2020).

As Escalas de Autoeficácia na Amamentação podem auxiliar o profissional de saúde a identificar antecipadamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia, e possibilita a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno antes da mãe optar por não amamentar ou desmamar precocemente (DENNIS, 2006; ORIÁ; XIMENES, 2010; MELINDA et al., 2017; YANG; GUO; SHEN 2020).

As escalas BSES e BSES-SF vêm sendo utilizadas no Brasil e em diversos países como China, Iran, Turquia, entre outros, para mensurar a autoeficácia das mães na sua habilidade de amamentar. Entretanto, elas são instrumentos apropriados para mães de crianças a termo, e possivelmente, não respondem às especificidades de mães de prematuros, considerando os diversos fatores que afetam a amamentação do prematuro. As mães de bebês prematuros hospitalizados apresentam alto risco de atraso na lactação, baixa autoeficácia da amamentação e, conseqüentemente, não iniciação ou cessação precoce da amamentação (MERLINDA, et al, 2017; AMINI, 2019; YANG; GUO; SHEN, 2020).

Após ampla revisão da literatura, a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants* foi o único instrumento encontrado para avaliar a autoeficácia das mães para o aleitamento materno de seus bebês prematuros em todo o mundo, e não foi encontrado nenhuma tradução, adaptação no idioma português, o que instigou e motivou a realização deste trabalho para tradução e adaptação no Brasil.

Considerando a relevância e potencial contribuição da avaliação da autoeficácia materna para o processo de início e manutenção do aleitamento materno do prematuro, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros em sua versão em português brasileira é apropriada para avaliar a autoeficácia da mulher em relação à prática da amamentação de seu filho prematuro?

A tradução, adaptação transcultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebê doente ou prematuro na realidade cultural do Brasil poderá contribuir com a prática identificando as lacunas de conhecimento e competências maternas e assim, fornecer subsídios relevantes para o planejamento individualizado de cuidado mediante estratégias para promover a confiança materna visando o sucesso do AM. A tradução validada da escala pode também motivar a condução de pesquisas utilizando a BSES-(Short-Form) modificada para mães de bebês doentes ou prematuros para avaliar a efetividade de estratégias que promovam o aprimoramento da confiança das mulheres que amamentam, de modo que maneiras modificadas e inovadoras de cuidado possam ser empregadas.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 TEORIA DA AUTOEFICÁCIA

O desenvolvimento da teoria da autoeficácia deve-se à concepção e aos trabalhos do psicólogo canadense Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento, com base na designada Teoria Social Cognitiva que inicialmente era conhecida como Teoria da Aprendizagem Social (BANDURA, 1986).

O construto da autoeficácia, proposto por Bandura na teoria social cognitiva, parte do pressuposto que autoeficácia é a crença ou confiança que uma pessoa tem na sua própria capacidade para completar uma tarefa ou resolver um determinado problema. Os indivíduos criam e desenvolvem percepções pessoais sobre si mesmos, as quais tornam instrumentais para os objetivos que perseguem e para o controle que exercem sobre o seu próprio ambiente (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

As crenças de autoeficácia constituem-se no principal fator de influência no comportamento humano, traça uma relação com a motivação e execução, e se refere às crenças do indivíduo acerca da sua capacidade de organizar e executar o curso de ação necessário para alcançar certos tipos de desempenho. Neste sentido, as crenças de autoeficácia intensificam as ações que controlam a forma como as pessoas utilizam seus conhecimentos e capacidades, e essas crenças determinam como as pessoas se sentem, pensam, se motivam e se comportam (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Segundo Bandura (1986) a crença de autoeficácia são percepções que os indivíduos têm sobre suas próprias capacidades e essas crenças de competência pessoal proporcionam a base para a motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais. A menos que acreditem que suas ações possam produzir resultados que desejam, as pessoas terão pouco incentivo para agir ou perseverar frente a dificuldades.

No entanto, a autoeficácia também pode ser um determinante crítico de como os indivíduos regulam o seu pensamento e o seu comportamento, pois o sucesso ou fracasso podem influenciar nas decisões. Já o conhecimento e as habilidades são inicialmente adquiridos e desempenham papéis críticos no que

decidem fazer ou não fazer. Contudo, Bandura (1986) enfatiza que os indivíduos devem interpretar os resultados de suas realizações e fazer o seu próprio julgamento sobre a qualidade do conhecimento e das suas habilidades.

A influência das crenças de autoeficácia sobre o funcionamento humano pode ser afetada por diversos fatores, assim como pode haver desmotivação e limitações ao desempenho. Mesmo pessoas habilidosas e com autoeficácia elevada podem não se comportar de acordo com as suas crenças e habilidades por não ter incentivos, recursos ou por perceberem limitações sociais para o resultado que imaginam (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

O sucesso e bem-estar em uma tarefa não dependem apenas de o sujeito possuir as capacidades necessárias, mas também de acreditar que as possui. As crenças de autoeficácia ajudam a determinar os resultados que se esperam, os indivíduos confiantes preveem resultados bem-sucedidos. Uma maneira de aumentar as crenças de autoeficácia é promover o bem-estar emocional e reduzir estados emocionais negativos (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008).

Bandura (1977), defendeu uma abordagem específica de comportamento para o estudo da autoeficácia, argumentando que uma medida de autoeficácia geral seria inadequada para explorar a eficácia de um indivíduo no gerenciamento de tarefas associadas a um comportamento específico. Baseado na teoria de autoeficácia de Bandura, diversos instrumentos de mensuração têm sido desenvolvidos para identificar indivíduos com alta ou baixa confiança em diferentes comportamentos.

## 2.2 AUTOEFICÁCIA DA MULHER NA AMAMENTAÇÃO

Uma vez identificado que o comportamento da mulher diante do aleitamento materno ainda não havia sido estudado dentro da perspectiva da autoeficácia, corroborando com a necessidade de auxiliar profissionais da saúde na avaliação e no planejamento de intervenções junto às mães no processo de amamentação, foi desenvolvido um instrumento baseado na teoria da autoeficácia para mensurar a confiança materna no AM (DENNIS, 1999).

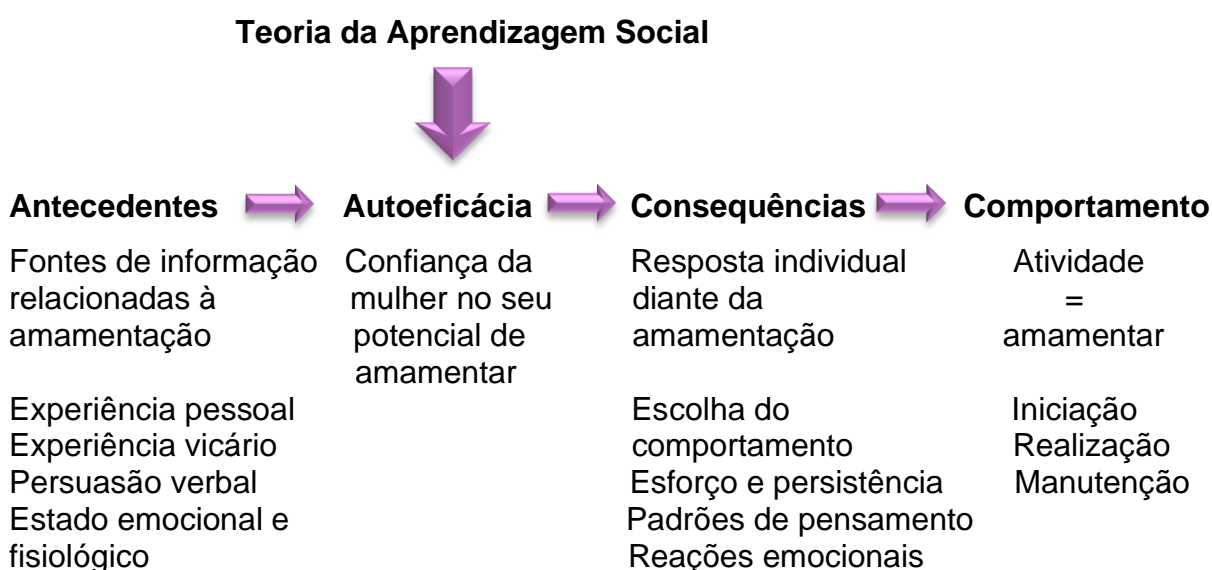
A autoeficácia da amamentação é definida como a confiança da mãe em sua capacidade de amamentar seu filho, e essa confiança materna é um fator importante para a continuação da amamentação (DENNIS; FAUX, 1999). Além de

técnicas para aumentar a produção de leite, a medição da autoeficácia entre as mães que amamentam tem sido frequentemente explorada por pesquisadores por ser considerada uma variável importante para identificar mães em risco de interrupção precoce da amamentação (DENNIS, 2006; LOKE; CHAN, 2013).

Para Dennis (1999), a mensuração da confiança das mães em suas habilidades para amamentar pode ser utilizada como ferramenta para avaliação do cuidado individualizado e nortear práticas profissionais específicas para novas mães.

A fim de promover o desenvolvimento conceitual da confiança na amamentação e para orientar intervenções de apoio eficazes, Dennis (1999) baseou-se na Teoria Social Cognitiva de Bandura (1977) e desenvolveu o conceito e o modelo teórico de autoeficácia na amamentação.

**Figura 1** – Estrutura da autoeficácia na amamentação alicerçada na Teoria da Aprendizagem Social.



Fonte: Adaptado por Dennis (1999). Traduzido pela autora.

Segundo Dennis (1999), a autoeficácia em amamentar refere-se à confiança da mãe em sua capacidade de amamentar seu filho e prediz:

- 1) se a mãe opta por amamentar ou não;
- 2) quanto esforço ela despenderá;
- 3) se ela terá padrões de pensamento que se potencializam ou se derrotam;

4) como ela responderá emocionalmente às dificuldades de amamentação;

Dennis (1999), refere que, a autoeficácia na amamentação é influenciada por quatro fontes principais de informação:

1) realizações de desempenho (por exemplo, experiências anteriores de amamentação);

2) experiências vicárias (por exemplo, observar outras mulheres amamentando);

3) persuasão verbal (por exemplo, incentivo de outras pessoas influentes, como amigos, família e consultores de lactação);

4) respostas fisiológicas (por exemplo, fadiga, estresse, ansiedade, satisfação).

### 2.3 BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE

A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES) foi criada por Dennis e Faux (1999) com o objetivo de avaliar as expectativas pessoais acerca da autoeficácia da mulher que amamenta. Além disso, a BSES pode identificar mães com uma baixa confiança para o AM e fornece informações avaliativas importantes para auxiliar o profissional da saúde a atender as necessidades das mães frente ao AM (DENNIS, 1999).

A BSES inicialmente era um instrumento de autorrelato com 33 itens organizados em duas categorias de domínio (Técnica e Pensamentos Intrapessoais) que foram gerados empiricamente, e esses itens foram relacionados e pontuados de acordo com a escala *Likert*. Foi realizada uma validação do conteúdo por um quadro de experts e sucessivamente submetido a um teste piloto com uma amostra por conveniência de 23 mães que amamentavam (DENNIS, 1999).

O estudo foi conduzido com o total de 130 mulheres para testar a confiabilidade e validade, incluindo consistência interna, análise fatorial de componentes principais, comparação de grupos contrastados e correlações com medidas de construtos semelhantes, resultando na versão original da escala BSES, e cada item avaliado recebeu uma pontuação (de 1 a 5 pontos) de acordo com o grau de concordância. Na validade preditiva foi demonstrado correlações positivas entre escores BSES e padrões de alimentação infantil em 6 semanas pós-parto (DENNIS, 1999).

Em 2003 após um segundo estudo metodológico, a BSES foi revisada e modificada. Como parte de um estudo longitudinal, as participantes preencheram questionários enviados em 1, 4 e 8 semanas após o parto envolvendo uma amostra populacional de 491 mães que amamentavam. Os resultados estatísticos de consistência interna com o BSES original sugeriram redundância de itens. Dessa forma o instrumento foi renomeado como *BSES-Short Form* (BSES-SF) porque passou de 33 para 14 itens, 19 itens foram excluídos, usando critérios explícitos de redução (DENNIS, 2003).

Com base na análise de confiabilidade da BSES-SF, com 14 itens, a validade do construto foi avaliada utilizando análise fatorial dos componentes principais, comparação de grupos contrastados e correlações com medidas de construtos similares. O suporte para validade preditiva foi demonstrado por meio de diferenças entre as mães que amamentaram ou não em 8 semanas pós-parto. Os padrões de resposta demográfica sugeriram que a BSES-SF é uma ferramenta exclusiva para identificar mães com risco de interromper prematuramente a amamentação e os resultados indicaram que a BSES-SF é uma excelente medida de autoeficácia na amamentação (DENNIS; 2003).

Ambas as escalas foram traduzidas para versões em vários idiomas e são amplamente utilizadas em muitos países. No entanto, essas ferramentas visam principalmente mães e bebês saudáveis e termo. Pesquisas anteriores demonstraram que a autoeficácia da amamentação prediz a duração da amamentação, no entanto, não havia sido estudado em mães de bebês doentes ou prematuros (WEELER; DENNIS, 2013).

Com base nas diferenças nos padrões de amamentação, comparado aos problemas entre bebês prematuros e nascidos a termo, e dadas às baixas taxas de aleitamento materno e os desafios específicos que as mães de bebês doentes ou prematuros enfrentam ao iniciar e continuar a amamentação, Wheeler e Dennis (2013) desenvolveram a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF) among mothers of ill or preterm infants*. A versão da escala modificada acrescentou quatro itens relacionados à ordenha e à transição da ordenha para a amamentação direta com base nos 14 itens da BSES-SF (WHEELER; DENNIS, 2013).

A BSES-SF modificada para mães de bebês doentes ou prematuros é um instrumento de autorrelato de 18 itens ancorados com uma escala de *Likert* de cinco pontos, variando entre 1 = nada confiante e 5 = sempre confiante. A escala é

uma ferramenta exclusivamente para identificar autoeficácia das mães de prematuros com risco de interromper precocemente a amamentação, possibilitando os profissionais de saúde desenvolver intervenções para promover e apoiar a amamentação com o foco nos fatores potencialmente modificáveis (WHEELER; DENNIS, 2013).

De acordo com os padrões de resposta, o estudo sugere que a BSES-SF modificada é capaz de identificar mães com risco de interromper precocemente a amamentação de bebês prematuros ou doentes. O estudo concluiu que a BSES-SF modificada é uma medida válida e confiável da autoeficácia da amamentação entre uma amostra de mães de bebês prematuros ou doentes.

Wheeler e Dennis (2013) foram uma das primeiras pesquisadoras a incluir mães doentes ou bebês prematuros (<37 semanas) em um instrumento que teve como objetivo testar psicometricamente o BSES-SF modificada. Atualmente a escala já foi utilizada por estudiosos da área de aleitamento materno em PT na China, Iran e Turquia (MERLINDA, et al, 2017; YANG; GUO; SHEN, 2020).

BSES-SF (modificada) para mães de bebês doentes ou prematuros recentemente foi validada em Izmir na Turquia. No estudo para avaliar psicometricamente a versão turca, participaram 135 mães que deram à luz antes das 37 semanas de gestação e cujos recém-nascidos necessitaram de cuidados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Como critério de inclusão utilizaram mães maiores de 18 anos e que estavam dispostas a amamentar (MELINDA et al., 2017).

Foram utilizados os instrumentos BSES-SF modificada para mães de bebês prematuros e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) no final da primeira semana após o nascimento durante a internação da mãe. O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento de autorrelato de 21 itens utilizado para avaliar sintomas de ansiedade. O BAI foi administrado para fornecer evidências para validade e confiabilidade do construto, os resultados do estudo sugerem que a versão turca da BSES-SF modificada pode ser usada com mães de bebês prematuros para identificar quem tem risco de interromper prematuramente a amamentação após a alta hospitalar, conseqüentemente, para planejar estratégias individualizadas de aumento da confiança (MERLINDA, et al, 2017).

Outro estudo publicado mais recentemente sobre a tradução e validação da BSES-SF para mães de bebês prematuros foi realizado na China. Após

a tradução foi realizado um teste piloto com 15 mães que atenderam aos critérios de inclusão, a fim de testar a compreensibilidade e legibilidade da versão chinesa da escala. A amostra do estudo consistiu em 153 mães que tiveram bebês prematuros na unidade materna de dois hospitais terciários na província de Hubei. As participantes foram selecionadas por amostragem de conveniência e o tamanho da amostra foi calculado de acordo com os critérios exigidos para a análise fatorial, entre cinco e dez sujeitos por item, considerando o número de itens da escala (DEVET et al. 2005). Como a BSES-SF modificada inclui 18 itens, cerca de 90 a 180 participantes são necessários (YANG; GUO; SHEN, 2020).

Um dos critérios de inclusão foi mães que deram à luz a bebê prematuro com idade gestacional <37 semanas. A consistência interna da escala foi examinada por meio do coeficiente alfa de Cronbach que foi de 0,97, o índice de validade de conteúdo foi de 0,95 indicando que a escala tinha boa validade de conteúdo. A validade de critério foi avaliada por meio da análise da relação entre a autoeficácia da amamentação e dados sociodemográficos e clínicos maternos, como escolaridade, nível de conhecimento sobre amamentação e apoio percebido pela mãe em amamentação, que demonstrou estar correlacionado com a autoeficácia da amamentação (YANG; GUO; SHEN, 2020).

O estudo forneceu evidências de que a versão chinesa da BSES-SF modificada é um instrumento confiável e válido para mensurar a autoeficácia da amamentação de mães em bebês prematuros, de modo a tornar possível identificar as mães com o risco de não iniciar ou cessar a amamentação precocemente e conseqüentemente tomar medidas direcionadas para promover resultados na amamentação (YANG; GUO; SHEN, 2020).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

#### 3.1 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS

O termo “adaptação transcultural” abrange o processo que analisa as questões de linguagem (tradução) e adaptação cultural na preparação de um questionário para aplicação em outro ambiente (BEATON et al., 2000).

A adaptação de instrumentos de mensuração tem sido amplamente adotada em diversas áreas, principalmente no âmbito de pesquisas científicas multinacionais e multiculturais relacionadas à saúde, pois a maioria dos questionários foi desenvolvido em países de língua inglesa (GUILLEMIN, 1993; BEATON et al., 2007).

Segundo GIUSTI e BEFI-LOPES(2008), a tradução e a adaptação de instrumentos estrangeiros pode ser uma saída para a escassez de instrumentos para avaliação e diagnóstico. Sabe-se que os reais objetivos de um processo de avaliação só podem ser atingidos quando são utilizados instrumentos e procedimentos adequados.

Os procedimentos adotados neste processo devem ser criteriosos e cuidadosos, pois a adaptação transcultural de um questionário para o uso em outro país, cultura e / ou idioma requer a utilização de uma metodologia para alcançar a equivalência entre a fonte original com a versão alvo. Esse processo é complexo e requer rigor metodológico a fim de obter bom resultado (BEATON et al, 2002; CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Recomenda-se que os instrumentos de mensuração sejam usados entre diferentes culturas, seus itens não devem ser apenas traduzidos linguisticamente, mas também devem ser adaptados culturalmente, a fim de manter a validade do conteúdo do instrumento nas diferentes culturas (BEATON et al, 2002). Acredita-se que uma adaptação realizada corretamente pode diminuir os vieses da cultura da qual o instrumento original provém (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Na literatura especializada, pode-se encontrar diferentes guias e protocolos para tradução e adaptação cultural de uma escala para outras culturas e idiomas. Guillemin; Bombardier; Beaton (1993) sugerem cinco cenários distintos de acordo com o Quadro 1 e refletem as situações em que a tradução e / ou

adaptações serão necessárias.

**Quadro 1** - Cenários x necessidade de alguma adaptação cultural.

Cenários	Idioma da População Alvo	Cultura da População Alvo	País de Uso	Adaptação Necessária Tradução	Adaptação Necessária Cultural
1	Idioma similar	Cultura similar	Mesmo país	Não	Não
2	Idioma similar	Cultura distinta	Mesmo país	Não	Sim
3	Idioma similar	Cultura distinta	Outro país	Não	Sim
4	Idioma distinto	Cultura distinta	Mesmo país	Sim	Sim
5	Idioma distinto	Cultura distinta	Outro país	Sim	Sim

**Fonte:** Beaton et al., (2007) (Adaptado Guillemim, 1993). Traduzido e adaptado pela autora (2021).

Conforme o quadro descrito acima, a maioria dos cenários apresentados exige adaptação do instrumento para a utilização em países diferentes, com cultura e idioma diferentes. A busca pelo máximo de equivalência entre o instrumento original e sua versão traduzida deve guiar todo o processo, de maneira a evitar formas de distorção, muitas vezes sutis (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1998).

No entanto, apesar da existência de diversas publicações sobre a temática, não há consenso na literatura acerca da metodologia envolvida de como adaptar um instrumento para uso em outro contexto cultural. Tal procedimento vai depender da análise criteriosa das características do instrumento, do contexto de sua aplicação e da população a quem se destina (REICHENHEIM; MORAES, 2007; BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Um referencial teórico para pesquisas metodológicas é Guillemim, Bombardier e Beaton (1993) e Beaton et al (2002; 2007) que propuseram diretrizes para a obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual na tradução pelas etapas: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, revisão do comitê de *experts*, pré-teste, avaliação do processo de adaptação cultural. O quadro 2 a seguir descreve o processo de adaptação transcultural recomendado pelos autores supracitados.

**Quadro 2** - Etapas de adaptação transcultural recomendadas.

<b>ETAPAS</b>	<b>DOCUMENTOS PRODUZIDOS</b>	<b>REQUISITOS</b>
<b>1ª Etapa Tradução Inicial</b>	-Versão original = - Traduções T1 e T2	Dois tradutores (T1 e T2), nativos do país “alvo” – para onde está sendo feita a tradução – sendo apenas um conhecedor do tema abordado.
<b>2ª Etapa Síntese</b>	- Síntese (T1 e T2) = - Versão única T12	Presença mínima dos dois tradutores (T1 e T2), e de um “juiz neutro”. Devem fazer uma versão única das duas traduções (T12).
<b>3ª Etapa Retrotradução</b>	- Retrotradução da versão T12 = - Versões BT1 e BT2	Dois tradutores (T1 e T2), nativos do mesmo país do instrumento original. Devem ser leigos do assunto abordado no questionário e ter bom domínio da língua “alvo”. Traduzem a versão T12 e produzem a BT1 e BT2.
<b>4ª Etapa Revisão comitê especialistas</b>	- Consolidação das versões T1, T2, T12, BT1 e BT2 comitê de experts. = - Versão pré-final	Presença mínima dos 4 tradutores, do juiz, um metodologista, um perito em línguas, um profissional de saúde. O material é composto pelas T1, T2, T12, BT1, BT2 e todas as anotações feitas até então. Finalizam a primeira versão do questionário para pré-teste
<b>5ª Etapa Pré teste</b>	- Pré Teste	Realização de 30 a 40 entrevistas com população alvo, verificando a equivalência dos itens.

Fonte: Beaton et al (2002). Traduzido e adaptado pela autora (2021).

Outro método consolidado descrito por Ferrer et al., (1996) é o método de tradução e retrotradução por bilíngues com consulta a um comitê de profissionais e população alvo.

**Quadro 3** – Etapas de adaptação descrito por Ferrer et al (1996)

**1. Tradução por um bilíngue (primeira versão)**

**2. Comitê de profissionais (segunda versão)**

**3. Retro tradução e comparação com a versão original**

**4. Painel de avaliação com a população alvo (terceira versão)**

**6. Teste piloto**

**7. Versão final**

Fonte: Ferrer et al (1996), traduzido e adaptado pela autora (2021).

Para a WHO (2017), no processo de tradução e adaptação, o

instrumento traduzido deve-se alcançar o mesmo objetivo do original, o foco da tradução deve estar na adaptação cultural e conceitual, e não na equivalência linguística. Após a análise de diversos estudos, a OMS indicou um método bem estabelecido para alcançar esse objetivo incluindo as seguintes etapas elencadas no quadro abaixo.

**Quadro 4 – Etapas de adaptação descrito pela WHO (2017)**

---

**1. Tradução**

---

**2. Avaliação dos especialistas**

---

**3. Retro tradução**

---

**4. Pré-teste**

---

**5. Versão final**

---

Fonte: WHO (2017), traduzido e adaptado pela autora (2020).

No processo de adaptação cultural, é necessário avaliar as equivalências, REICHENHEIM; MORAES, (2007), propõem uma sistemática operativa para avaliar o processo da ATC por etapas, dessa forma, averiguar a equivalência do instrumento em diferentes perspectivas. Este processo está sistematizado no Quadro 5.

**Quadro 5 - Principais etapas para avaliação da equivalência transcultural de instrumentos de aferição.**

<b>Aspecto avaliado</b>	<b>Estratégia para avaliação</b>
<b>Equivalência conceitual</b>	• Revisão bibliográfica envolvendo publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo
<b>Equivalência de itens</b>	• Discussão com especialistas • Discussão com população-alvo
<b>Equivalência semântica</b>	• Discussão com especialistas • Discussão com população-alvo • Traduções • Retrotradução • Avaliação da equivalência semântica entre as retro traduções e o original • Discussão com população alvo • Discussão com especialistas para ajustes finais • Pré-teste da versão

<b>Equivalência operacional</b>	traduzida
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação pelo grupo de pesquisa quanto à pertinência e adequação do instrumento. - Formato das questões/instruções. - Cenário de administração. - Modo de aplicação. - Modo de categorização.</li> </ul>
<b>Equivalência mensuração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudos psicométricos- Enfoque 1: Avaliação de validade dimensional e adequação de itens componentes. - Enfoque 2: Avaliação de confiabilidade. - Enfoque 3: Avaliação de validade de construto e validade de critério.</li> </ul>
<b>Equivalência funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dada pelas equivalências identificadas nas demais etapas de avaliação.</li> </ul>

**Fonte:** Reichenheim; Moraes, (2007)

Os autores fizeram considerações sobre a necessidade do uso de instrumentos de aferição robustos; a importância de instrumentos “universais” que permitam sintonias transculturais; e a necessidade de partir para adaptação em contraposição ao desenvolvimento de um instrumento novo (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Um grupo de seis especialistas internacionais revisou as diretrizes originais propostas pela *International Testing Commission* (ITC) e foram propostas vinte diretrizes para orientar a tradução e adaptação de testes de uma cultura para outra. O objetivo das diretrizes é que o construto atinja máxima equivalência linguística, cultural, conceitual e métrica em comparação com o teste original. (FERNÁNDEZ; OLIDEN; HAMBLETON, 2013).

As diretrizes do ITC reúnem em um documento simples as recomendações a serem seguidas para garantir o mais alto nível de equivalência entre as versões originais e adaptadas de um teste, que podem ser resumidas de acordo com o quadro abaixo.

**Quadro 6** - Diretrizes para a tradução e adaptação dos testes.

a) considerações legais preliminares que afetam a propriedade intelectual;
b) avaliação do construto na população-alvo;

c) projetos de adaptação que levam em consideração as características linguística, psicológica e cultural do texto adaptado, bem como sua adequação prática;
d) a importância dos testes-piloto;
e) a seleção qualitativa e quantitativa adequada da amostra de adaptação;
f) a importância dos estudos de equivalência;
g) a delimitação do grau de comparabilidade entre os escores;
h) a importância das condições corretas de aplicação e interpretação;
i) informações completas sobre mudanças realizadas no teste adaptado.

**Fonte:** (Fernández; Oliden; Hambleton, 2013). Traduzido e adaptado pela autora.

Essas diretrizes constituem uma atualização e reorganização dos estudos originalmente publicados anteriormente, visando aproveitar a experiência adquirida com a publicação da primeira edição (FERNÁNDEZ; OLIDEN; HAMBLETON, 2013).

Para auxiliar na aplicação empírica do Hambleton e Zenisky (2011) propõem vinte e cinco questões para responder sobre cada um dos itens do teste a ser adaptado.

**Quadro 7-** Lista para o controle de qualidade da tradução e adaptação de itens.

<b>Geral</b>
01. O item tem significado igual ou muito semelhante nos dois idiomas?
02. O tipo de idioma do item traduzido tem dificuldade e familiaridade comparáveis ao idioma original?
03. A tradução introduz alterações no texto (omissões, substituições ou acréscimos) que podem influenciar na dificuldade do item?
04. Existem diferenças entre a versão original do item e a versão traduzida em relação ao uso de metáforas, torções ou expressões coloquiais?
<b>Formato do item</b>
05. O formato do item, incluindo os aspectos físicos, é o mesmo nos dois idiomas?
06. O comprimento da afirmação e as alternativas de resposta, se houver, são semelhantes em ambas as versões?
07. O formato do item e a tarefa a ser realizada pela pessoa avaliada são familiares de forma semelhante nas duas versões?
08. Se uma palavra ou frase foi destacada (negrito, itálico, sublinhado etc.) na versão original, também foi destacada no item traduzido?
09. No caso de testes educacionais, há resposta correta em ambas as versões do

item?
<b>Gramática e escrita</b>
10. Existe alguma modificação na estrutura gramatical do item, como a colocação das frases ou a ordem das palavras, que poderia tornar o item mais ou menos complexo em uma versão do que em outra?
11. Existe alguma pista gramatical que pode tornar o item mais fácil ou mais difícil na versão traduzida?
12. Existem estruturas gramaticais na versão original do item que não possuem equivalente na versão traduzida?
13. Há alguma referência ao gênero ou outros aspectos que possam dar pistas sobre o item na versão traduzida?
14. Existem palavras no item que possuem um significado único, mas na versão traduzida podem ter mais de um significado?
15. Existem mudanças na pontuação entre as duas versões que poderiam tornar o item mais fácil ou mais difícil na versão traduzida?
<b>Ingressos (quando disponível)</b>
16. Quando uma passagem é traduzida, as palavras e frases na versão traduzida transmitem o mesmo conteúdo e ideias da versão original?
17. A passagem descreve indivíduos ou grupos de uma forma estereotipada em relação à sua ocupação, emoções, situação ou outro aspecto?
18. A maneira como a passagem foi escrita é controversa ou controversa, ou pode ser vista como humilhante ou ofensiva?
19. A passagem inclui conteúdo ou requer habilidades que podem ser incomuns em qualquer idioma ou grupo cultural?
20. Além das mudanças exigidas pela tradução, os gráficos, tabelas ou outros elementos são iguais nas duas versões do item?
<b>Cultura</b>
21. Os termos usados no item no idioma original foram adaptados de forma adequada ao contexto cultural da versão traduzida?
22. Existem diferenças culturais que têm um efeito diferencial na probabilidade de uma resposta ser escolhida na versão original e na versão traduzida?
23. As unidades de medida e moedas (distância etc.) da versão original do item estão adequadamente adaptadas na versão traduzida?
24. Os conceitos envolvidos no item estão no mesmo nível de abstração nas duas versões?
25. O conceito ou construção do item é igualmente familiar e tem o mesmo significado em ambas as versões?

**Fonte:** Hambleton; Zenisky (2011). Traduzido e adaptado pela autora (2020).

De acordo com Hambleton, Zenisky (2011) essas questões não cobrem integralmente todos os aspectos das diretrizes, porém, são indicadas para detectar potenciais lacunas na qualidade da tradução e adaptação realizada.

### 3.2 PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

Observou-se na literatura científica a ausência de instrumento universal no processo de tradução, adaptação e validação de instrumentos, as etapas serão especificadas com base no referencial teórico e a descrição dos procedimentos realizados na pesquisa serão abordados na metodologia.

#### 3.2.1 Tradução do Idioma Original para o Idioma Alvo

Ao se adaptar um instrumento, deverão ser considerados os aspectos semânticos, culturais, idiomáticos e contextuais referentes à sua tradução. A primeira etapa da adaptação é a tradução do idioma original para o idioma alvo, um dos aspectos mais importantes a ser considerado, pois é um processo complexo, e exige uma série de cuidados a fim de se obter uma versão final adequada para o novo contexto, mas também equivalente com a versão original (BEATON et al., 2007; BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

A literatura na área salienta a necessidade de evitar a tradução literal dos itens a fim de evitar frases incompreensíveis e incoerentes. Autores sugerem que a tradução seja realizada por dois tradutores bilíngues independentes, que tenham o idioma alvo como língua materna. Recomenda-se ainda que seja realizada pelo menos duas traduções, a fim de serem comparadas e as discrepâncias entre as palavras traduzidas serem identificadas minimizando o risco de vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão teórica e prática (BEATON et al., 2007; CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010; FERNÁNDEZ; OLIDEN; HAMBLETON, 2013).

Os dois tradutores devem ter perfis ou origens diferentes para garantir maior equivalência. Recomenda-se que um dos tradutores apresente familiaridade com o construto, pois tenderia a fornecer maior semelhança científica do instrumento, proporcionando maior equivalência na perspectiva psicométrica. O segundo tradutor é recomendado que não esteja ciente dos conceitos, e

preferencialmente não deve ter conhecimentos médicos/clínicos. Chamado como tradutor "ingênuo", ele está mais propenso a detectar as diferenças mais sutis no significado dos itens, por estar menos influenciado pelo objetivo acadêmico da tradução tenderia a oferecer uma versão que melhor reflita a linguagem utilizada pela população-alvo (GUILLEMIN, 1993; BEATON et al., 2000).

Além das indicações citadas anteriormente, a Organização Mundial de Saúde (WHO) recomenda que um tradutor, de preferência seja um profissional de saúde, familiarizado com a terminologia da área de abrangência do instrumento e com habilidades para mensuração de dados (WHO, 2017). O pesquisador deve fornecer as instruções de acordo com as seguintes diretrizes descritas no quadro abaixo.

**Quadro 8** – Diretrizes do processo de tradução e adaptação da WHO.

Os tradutores devem sempre buscar o equivalente conceitual de uma palavra ou frase, não uma tradução palavra por palavra, ou seja, não uma tradução literal. Eles devem considerar a definição do termo original e tentar traduzi-lo da maneira mais relevante;
Os tradutores devem se esforçar para ser simples, claros e concisos ao formular uma pergunta. Menos palavras são melhores. Frases longas com muitas cláusulas devem ser evitadas;
O idioma de destino deve ter como alvo o público mais comum. Os tradutores devem evitar se dirigir a públicos profissionais, como os da medicina ou qualquer outro grupo profissional. Eles devem considerar o respondente típico para o instrumento que está sendo traduzido e o que o respondente entenderá quando ouvir a pergunta;
Os tradutores devem evitar o uso de qualquer jargão. Por exemplo, eles não devem usar: termos técnicos que não podem ser entendidos claramente; e coloquialismo, expressões idiomáticas ou termos vernáculos que não podem ser compreendidos pelas pessoas comuns na vida cotidiana;
Os tradutores devem considerar questões de aplicabilidade de gênero e idade e evitar quaisquer termos que possam ser considerados ofensivos para a população-alvo.

Fonte: WHO (2017), traduzido e adaptado pela autora (2020).

Ao término do processo de tradução do instrumento, o pesquisador

deve possuir, pelo menos duas versões traduzidas, dando início ao processo de síntese das versões comparando as diferentes traduções para avaliar as suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com o objetivo de se chegar a uma versão única (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

Segundo Beaton et al (2007), para produzir uma síntese das duas traduções, uma terceira pessoa imparcial deve ser inserida à equipe. O papel dessa pessoa é servir como mediador nas discussões sobre diferenças de tradução. Trabalhando a partir do questionário original assim como a primeira versão do tradutor (T1) e a do segundo tradutor (T2), uma síntese destas traduções é produzida, resultando em uma tradução comum (T-12).

### 3.2.2 Comitê de Especialistas

Segundo WHO (2017), um comitê de especialistas bilíngues deve ser formado com o objetivo de identificar e resolver as expressões/conceitos inadequados da tradução, bem como quaisquer discrepâncias entre a tradução direta e as versões anteriores existentes ou comparáveis das perguntas, se houver. O painel de especialistas pode questionar algumas palavras ou expressões e sugerir alternativas (WHO, 2017).

A composição do Comitê de Especialistas é fundamental para alcançar a equivalência transcultural do instrumento traduzido. O número de especialistas no painel pode variar. Em geral, a composição mínima do Comitê de Especialistas inclui o tradutor original, especialistas em saúde, bem como especialistas com experiência em desenvolvimento e tradução de instrumentos. O papel do Comitê de Especialistas é consolidar todas as versões e componentes do questionário, incluindo o instrumento original, a fim de desenvolver a versão pré-final do questionário para realização do pré-teste (GUILLEMIN, 1993; BEATON et al, 2007; WHO, 2017).

Nesta etapa, o comitê de especialistas deve avaliar aspectos tais como a estrutura, o layout, as instruções do instrumento e a abrangência e adequação das expressões contidas nos itens. Os experts irão considerar, se os termos ou as expressões podem ser generalizados para diferentes contextos e populações e se as expressões são adequadas para aquele público a que o

instrumento se destina. Também deverão ser analisados aspectos da diagramação do instrumento, a clareza, a adequação do tipo e do tamanho da fonte utilizada, a disposição das informações no instrumento, entre outros aspectos. O resultado deste processo produzirá uma versão traduzida completa do questionário. (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

O comitê (juízes e autores) deve avaliar a equivalência entre as versões traduzidas e o instrumento original em quatro diferentes áreas (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

1) **Equivalência semântica** – objetiva avaliar se as palavras apresentam o mesmo significado, se o item apresenta mais de um significado e se existem erros gramaticais na tradução;

2) **Equivalência idiomática** – refere-se a avaliar as dificuldades em traduzir expressões coloquiais de um determinado idioma, trata da tradução do instrumento original se foram adaptados por uma expressão equivalente que não tenha mudado o significado cultural do item;

3) **Equivalência experiencial** - refere-se a observar se determinado item de um instrumento é aplicável na nova cultura e, em caso negativo, substituir por algum item equivalente;

4) **Equivalência conceitual** – busca avaliar se determinado termo ou expressão, mesmo que traduzido adequadamente, avalia o mesmo aspecto em diferentes culturas.

### 3.3 VALIDADE DE CONTEÚDO

A validação de um instrumento tem a finalidade de verificar se ele mede exatamente o que se propõe a medir, avaliando a capacidade do instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado, sendo considerado válido quando consegue avaliar o objetivo proposto (TAVAKOL; DENNICK, 2011; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; OLIVEIRA, et al., 2018).

A validação de conteúdo consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa do universo finito de comportamentos. Trata-se de uma hipótese que visa comprovar a validade do instrumento através de testes empíricos baseados consiste no julgamento subjetivo por um comitê de especialistas, que avaliam a proporção na qual os itens de uma medida determinam o mesmo

conteúdo e se estes são relevantes e representativos de um determinado construto (FAYERS, 2007; PASCUALI, 2009; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Segundo Polit (2015), a validade de conteúdo se refere ao grau em que o conteúdo de um instrumento reflete adequadamente o construto que está sendo medido, sendo de suma importância para aumentar a validade de um instrumento. Para avaliar a validade de conteúdo recomenda-se também utilizar procedimentos quantitativos e qualitativos (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995; KIMBERLIN; WINTERSTEIN, 2008).

Utiliza-se a avaliação qualitativa tanto nos processos de construção de novos instrumentos de medida, quanto nos processos de adaptação cultural de instrumentos de medida preexistente, que propõe avaliar a qualidade do instrumento, sua clareza, pertinência, relevância e representatividade dos itens e envolve também a avaliação das equivalências semântica, idiomática, conceitual e cultural do instrumento. Essas avaliações permitem ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a constitui são representativas do domínio de conteúdo que o pesquisador pretende medir (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

De acordo com o estudo de Souza; Alexandre; Guinardello, (2017), há um consenso entre autores que, a validade de conteúdo deve expressar o grau de relevância dos itens de um teste na representação de todo o universo ou dimensão de conteúdo teórico de um determinado fenômeno investigado. Desse modo, a validade envolve um conjunto de evidências que comprova que uma escala está de fato mensurando o construto que supostamente pretende medir (FAYERS, 2007; SOUZA; ALEXANDRE; GUINARDELLO, 2017).

#### 3.4 RETRO TRADUÇÃO (BACKTRANSLATION)

A retrotradução refere-se a traduzir a versão sintetizada e revisada do instrumento para o idioma de origem. Seu objetivo é avaliar em que medida a versão traduzida está refletindo o conteúdo do item, conforme propõe a versão original. As duas traduções reversas independentes do mesmo instrumento (BT1 e BT2), devem ser produzidas por duas pessoas bilíngues com a linguagem de origem como língua materna e que não seja aqueles que realizaram a primeira tradução. Quando duas ou mais traduções independentes são produzidas, as adaptações são feitas simultaneamente e uma versão final é feita com base nas mesmas (BEATON et al, 2007; GUDMUNDSSON, 2009; BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

Segundo Borsa, Damásio, Bandeira, (2012), é importante considerar que o objetivo da tradução reversa não deve ser a obtenção de uma equivalência literal entre as versões traduzidas e a versão original, mas a similaridade conceitual. Para Beaton et al, (2007) o processo da tradução reversa deve ser utilizado como uma ferramenta para identificar palavras que não ficaram claras no idioma-alvo, buscando encontrar inconsistências ou erros conceituais na versão final, quando comparada à versão original (BEATON et al., 2000).

A tradução reversa pode ser utilizada como uma ferramenta de comunicação entre o pesquisador e o autor do instrumento original. Quando o autor tem acesso à versão retro traduzida (*backtranslation*) do instrumento, ele tem condições de afirmar se os itens têm, em sua essência, a mesma ideia conceitual que os itens originais, que consiste em um controle de qualidade da ATC. O processo de tradução e retro tradução de um instrumento pode ser repetido mais de uma vez, o critério para a qualidade da tradução é a semelhança da versão original do instrumento com a versão retro traduzida (GUDMUNDSSON, 2009; BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

#### 3.4.1 Teste Piloto e Avaliação da População Alvo

Após o processo de tradução é necessário a aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra da amostra/população-alvo com o objetivo evitar vieses (GUDMUNDSSON, 2009). A tradução e adaptação de um instrumento precisa ser testada empiricamente, o teste-piloto é realizado para avaliar se o instrumento está pronto para ser utilizado ou levar a mudanças na versão (BORSA, DAMÁSIO, BANDEIRA, 2012).

Durante a realização do teste, deve-se avaliar a adequação dos itens em relação ao seu significado e à sua dificuldade de compreensão, bem como as instruções para a realização do teste. A aplicação do teste deve ocorrer em apenas uma pequena amostra de uma população alvo. No entanto, a amostra deve refletir preferencialmente algumas características que são consideradas importantes nessa determinada população (GUDMUNDSSON, 2009).

### 3.4.2 Versão Pré- Final

A versão pré-final do instrumento no idioma de destino deve ser o resultado de todas as interações descritas acima.

Nessa perspectiva, diante das recomendações para processo de tradução e adaptação transcultural, tendo em vista, a importância de se ter um instrumento de mensuração de autoeficácia validado para a população brasileira e específico para mães de prematuros, o presente estudo teve como objetivo realizar adaptação transcultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* para mães de bebês doentes ou prematuros para a língua portuguesa no contexto brasileiro. Entende-se que este estudo se configura como pertinente e de grande relevância.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar a adaptação transcultural *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros para a língua portuguesa no contexto brasileiro.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Traduzir a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros para o idioma português no contexto brasileiro;

Avaliar as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual dos itens da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros traduzida para o português no contexto brasileiro;

Realizar o teste piloto da versão final da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros.

## 5 MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

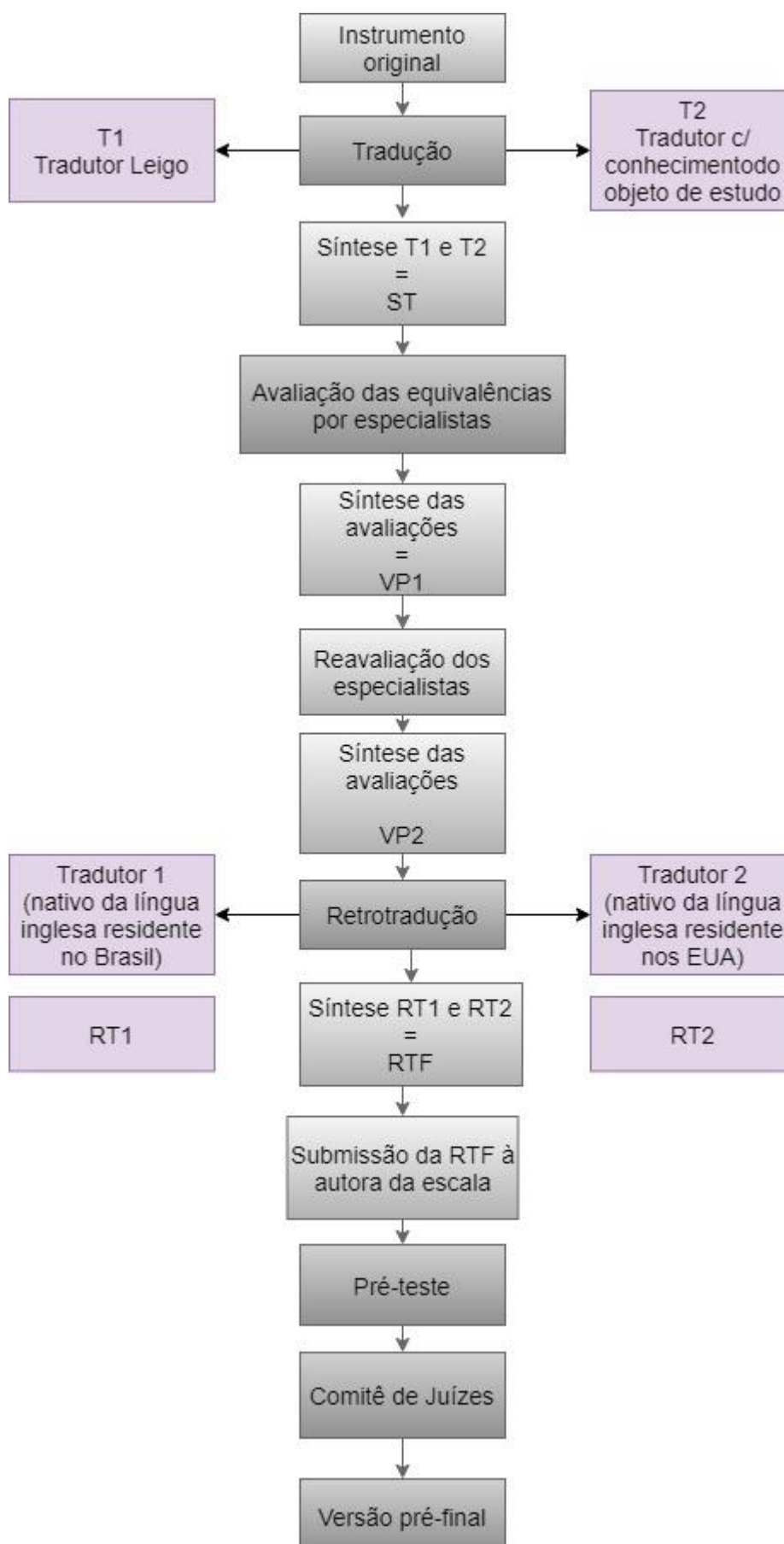
Trata-se de estudo metodológico, recorte de um projeto maior intitulado *Coaching* de Enfermagem via App: Uma Abordagem Inovadora para o Aleitamento Materno de Bebês Prematuros, o qual tem como objetivo desenvolver, validar e avaliar o impacto da utilização de um App para a promoção do AM de bebês prematuros baseado nos princípios do *Coaching*.

Para o uso da escala a fim de mensurar o efeito do App, foi necessário submetê-lo ao processo de tradução e adaptação cultural para a língua alvo (BEATON, et al., 2007; WHO, 2017). Os estudos metodológicos possuem métodos complexos que tem como propósito desenvolver e refinar métodos de obtenção e organização dos dados tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas, instrumentos e estratégias de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

### 5.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO

Nesse contexto, considerando as diversas possibilidades metodológicas, optou-se neste estudo pela utilização do método de equivalências proposto por Reichenheim e Moraes (2007). As etapas adaptadas estão sintetizadas na figura 2 e descritas em detalhes nos resultados desta pesquisa.

**Figura 2** - Fluxograma do processo de tradução e adaptação transcultural da escala BSES-SF modificada para mães de bebês prematuros para o português. Londrina, Pr, 2021.



Fonte: os autores (2021)

### 5.3 TRADUÇÃO DO INSTRUMENTO ORIGINAL

#### 1) Equivalência conceitual e de itens:

Para o desenvolvimento dessa etapa, foi realizado uma ampla revisão bibliográfica, sendo explorados conceitos relacionados à autoeficácia da amamentação em bebês doentes ou prematuros, a fim de verificar se as dimensões do instrumento são relevantes e apropriadas ao contexto da realidade brasileira.

#### 2) Equivalência semântica:

**Etapa 1 – Tradução:** as duas traduções independentes para o idioma português (T1 e T2) foram realizadas por duas brasileiras com domínio do idioma inglês, sendo que uma delas especialista na área materno-infantil, enquanto a outra era leiga sobre os conceitos do estudo, mas professora de inglês e tradutora. Cada tradutora elaborou um relatório independente de sua tradução, apontando os itens com expressões difíceis de traduzir, suas dúvidas e as escolhas realizadas.

**Etapa 2 - Síntese das Traduções:** as versões traduzidas foram analisadas cuidadosamente e comparadas por duas pesquisadoras principais identificando as discrepâncias e dificuldades de tradução. Após a síntese das traduções foi reenviado para as tradutoras a fim de obter concordância com a versão síntese (Apêndice C).

**Etapa 3 – Avaliação dos especialistas:** o comitê foi composto por dez especialistas de diferentes regiões do Brasil (Sul, Sudeste e Nordeste), a amostra foi por conveniência, com 100% de aceite. Os critérios para seleção dos juízes especialistas que avaliaram a versão traduzida foram: profissionais de saúde, com conhecimento da língua inglesa, experiência em pesquisa e no atendimento em neonatologia ou saúde da criança.

Uma carta convite foi enviada aos profissionais, por correio eletrônico, contendo os objetivos, metodologia do estudo, justificativa do processo de tradução, adaptação do instrumento, e a solicitação da participação na pesquisa como juiz avaliador, por meio do acesso ao *Google Docs*. Caso os convidados não respondessem o questionário em sete dias, um novo correio eletrônico era enviado para reforçar o convite. Os especialistas receberam por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), as instruções (Apêndice B)

e a Síntese das traduções (ST) e a versão original da escala (Anexo B), além do link de acesso ao *Google Docs*.

A avaliação solicitada aos juízes consistiu em comparar cada item traduzido com a versão original e atribuir seu parecer para a análise das equivalências, emitindo comentários com sugestões para a melhoria do instrumento. 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). Para análise dos dados, utilizou-se da ferramenta estatística disponibilizada pelo Google Forms após o preenchimento dos respondentes de acordo com os dados obtidos em cada equivalência. A fórmula utilizada para calcular a porcentagem de concordância entre os juízes está descrita a seguir (CUMMINGS, 2003).

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de participantes que concordaram}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de participantes}} \times 100$$

**Etapa 4** - Síntese das sugestões dos especialistas: algumas palavras foram incluídas, outras excluídas, ou consideradas irrelevantes, impróprias ou ambíguas, adequando a formulação das questões de acordo com a população-alvo, especialmente nos itens que ficaram abaixo dos 80% de concordância, e foi constituída a versão português 1 (VP1) (Apêndice D).

**Etapa 5** - Reavaliação dos especialistas: a VP1 foi submetida a uma nova rodada de avaliação dos especialistas, com a mesma composição da etapa anterior (11 especialistas). Após a segunda rodada dos especialistas, obteve-se uma média de concordância de 96%, foi realizada uma revisão das sugestões, na sequência foi criada a versão português 2 (VP 2) (Apêndice E) e encaminhada para retrotradução.

**Etapa 6** – Retrotradução: é considerada essencial nos processos de tradução e de adaptação transcultural, permite a investigação de incoerências e/ou possibilita a revisão dos itens dos instrumentos. A retrotradução foi realizada por

dois tradutores independentes que não participaram da primeira etapa de tradução, nativos do idioma inglês, um morador no Brasil e outro nos EUA, ambos com fluência no português para produzir as retrotraduções (RT1 e RT2) (Apêndice F; G). A síntese das retrotraduções pelos pesquisadores, originou a versão retrotradução final (RTF) (Apêndice H) da escala que foi enviada para aprovação da autora original.

**Etapa 7 - Pré-teste;** O pré-teste foi realizado na população-alvo com o objetivo de verificar a clareza e compreensão da escala traduzida. O local do pré-teste foi um hospital terciário localizado no norte do Paraná, referência para as gestações de risco e partos prematuros, além de possuir o selo de Hospital Amigo da Criança.

O Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL) é uma instituição pública de referência regional na assistência ao parto e recém-nascido de risco de cinco macrorregionais do Norte do Paraná. O HU-UEL mantém o Pronto Socorro Obstétrico (PSO) em regime de plantão permanente, oferecendo atendimentos especializados de urgência e emergência na área de Ginecologia e Obstetrícia, integrado aos Sistemas Estaduais de referência para atendimento à Gestante de Alto Risco.

O pré-teste foi realizado no período de janeiro a março de 2021, em uma amostra de conveniência da população alvo com o objetivo de avaliar a compreensão do instrumento e a clareza das questões, e contribuir na avaliação de sua equivalência semântica, idiomática e cultural.

Os critérios de inclusão foram mães de bebês prematuros ou doentes com no mínimo 33 semanas e no máximo 37 semanas (idade corrigida), que tenha referido o desejo de amamentar, e que estavam com o bebê internado na UCI-NEO ou em alojamento conjunto na maternidade do HU-UEL. Primeiramente, as mães foram orientadas sobre o objetivo da pesquisa e preencheram o TCLE com o aceite de participação, na sequência o questionário sociodemográfico (Apêndice J), a versão português 2 (VP2) e uma parte da amostra finalizaram preenchendo a avaliação semântica da escala (Apêndice L).

Para a avaliação qualitativa as mães avaliaram a compreensão da escala através de um questionário composto por 7 questões com escala gradual de 5 pontos, que correspondem: 1 = Ruim; 2 = Razoável; 3 = Bom; 4 = Muito Bom; 5 = Excelente. As questões que compreendiam a avaliação geral da escala se referiam:

a clareza das instruções de preenchimento; a compreensão dos itens da escala; o grau de facilidade para responder a escala; à compreensão sobre as palavras utilizadas na elaboração da escala; clareza das perguntas e facilidade de serem respondidas; ao tempo gasto para o preenchimento da escala, além de um espaço aberto para descrever as dificuldades, incompreensões ou sugestões para que a escala se tornasse mais compreensiva e fácil de aplicar.

**Etapa 8** - Comitê Juízes: após o pré-teste, foi organizado um comitê composto por cinco juízes especialistas, multiprofissionais de saúde, com experiência no cuidado de prematuros e aleitamento materno, experiência em pesquisas e validação de instrumentos de medida. O objetivo dessa fase foi validar o conteúdo por meio do coeficiente de validade de conteúdo (CVC) do instrumento que engloba os conceitos da clareza de linguagem, da pertinência prática e relevância teórica.

Para seleção dos juízes dessa etapa, 11 profissionais receberam a carta convite via correio eletrônico e oito responderam efetivamente a todo processo, porém, para o cálculo do CVC foram considerados apenas os cinco primeiros envios. Os juízes receberam um e-mail contendo a descrição dos propósitos da escala e objetivos do estudo, a escala traduzida, o link de acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para juízes (Apêndice M) e o questionário para avaliação do conteúdo (Apêndice N).

Foi utilizado a escala de 5 pontos (1-discordo totalmente, 2-discordo, 3-concordo parcialmente, 4-concordo e 5 concordo totalmente). O coeficiente de validação de conteúdo (CVC<sub>i</sub>) para cada item foi calculado através da divisão da média dos valores atribuídos pelos juízes ( $\sum x_j$ ) pelo valor máximo da última categoria da escala *Likert* ( $V_{max}$ ) para um determinado item  $x$ .

O CVC total da escala (CVC<sub>t</sub>) foi dado pela subtração do CVC dos juízes especialistas (CVC<sub>j</sub>) para a escala como um todo pelo Erro Padrão ( $Pe_j$ ) da polarização dos juízes. O CVC<sub>j</sub> é a divisão da média total dos escores (atribuídos a todos os itens da escala) pelo valor máximo da escala *Likert*.  $Pe_j$ , por sua vez, é calculado pela razão entre 1 e o número absoluto de juízes ( $N_j$ ), elevada ao próprio número absoluto de juízes, conforme descrito na figura abaixo (FILGUEIRAS et al., 2015).

**Figura 3** - Algoritmo de cálculo do Coeficiente de Valide de Conteúdo.

(1) Cálculo de  $CVC_i$  para cada item da escala:

$$CVC_i = \frac{\sum_j^x}{V_{\max_x}}$$

(2) Cálculo do  $CVC_j$  de cada juiz para escala como um todo

$$CVC_j = \frac{\sum_j^e}{V_{\max_e}}$$

(3) Cálculo do erro  $Pe_j$  para a polarização dos juizes:

$$Pe_j = \left(\frac{1}{N_j}\right)^{N_j}$$

(4) Cálculo do  $CVC_i$  de cada aspecto julgado:

$$CVC_i = \text{Média do } CVC_j - Pe_j$$

**Fonte:** Filgueiras et al., (2015).

Após o cálculo considerou-se como aceitável as questões que obtiveram  $CVC \geq 0,80$ , conforme proposto por Hernández-Nieto (2002). Para realização dessa etapa, foram percorridas 3 fases. A organização e tabulação para análise dos dados utilizou o programa *Excel* 2016, as informações foram apresentadas através de tabelas e as sugestões dos especialistas foram agrupadas e acatadas quando pertinentes. Após análise das sugestões dos juízes especialistas foi composta a versão pré-final do instrumento.

#### 5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foi concedido a autorização formal da pesquisadora principal Enfermeira Doutora Cindy Dennis, responsável pelo desenvolvimento da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short-Form)* modificada para mães de bebês doentes ou prematuros, a qual autorizou o uso da escala nos processos de tradução e adaptação transcultural para a Língua Portuguesa do Brasil (Anexo A).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina - UEL; conforme Resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 e 510/2016, sob número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 27703419.8.0000.5231,

número do parecer: 3.852.898 (Anexo C). Foram seguidos os preceitos éticos, com aceite eletronicamente do TCLE profissionais (Apêndices A; M) e TCLE mães (Apêndice I), além de ser mantido sigilo e anonimato dos participantes.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL (ATC)

Os dados apresentados nesta seção resultam do processo de adaptação transcultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants*.

#### 6.1.1 Tradução

As duas traduções, T1 e T2 apresentaram algumas palavras e expressões diferentes, mas pouco discrepantes. As variações foram apuradas e solucionadas em uma síntese realizada pelas pesquisadoras e orientadora da pesquisa (ST), a qual foi novamente submetida à aprovação das tradutoras.

**Quadro 9** - Tradução inicial (T1 e T2) e síntese das traduções (ST) resultantes do processo de tradução da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants*. Londrina, 2021.

T1	T2	ST
Escala de autoeficácia <b>no Aleitamento Materno</b> para mães de bebês prematuros <b>ou</b> doentes	Escala de autoeficácia <b>em amamentação</b> para mães de bebês doentes <b>e/ou</b> prematuros	Escala de autoeficácia <b>em amamentação</b> para mães de bebês doentes <b>e/ou</b> prematuros
Para cada uma das <b>alternativas, por favor</b> escolha a resposta que melhor descreve <b>quão confiante você se sente em relação à amamentação do seu filho recém-nascido. Por favor, assinale</b> sua resposta, circulando o número que <b>mais se aproxima de</b> como você se sente. Não <b>existe resposta</b> certa ou errada. 1 = nem um pouco confiante 2 = não muito confiante 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante	Para cada uma das <b>afirmações a seguir</b> , escolha a resposta que melhor descreve <b>sua confiança em amamentar seu novo bebê. Marque</b> sua resposta, circulando o número <b>mais próximo de</b> como você se sente. <b>Não há respostas</b> certas ou erradas. 1 = nada confiante 2 = não muito confiante 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante	Para cada uma das <b>afirmações a seguir, por favor</b> escolha a resposta que melhor descreve <b>sua autoconfiança em amamentar seu recém-nascido. Por favor, assinale</b> sua resposta, circulando o número que <b>descreva melhor</b> como você se sente. <b>Não há respostas</b> certas ou erradas. 1 = nada confiante 2 = não muito confiante 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante
1. <b>Eu consigo retirar</b> leite suficiente para meu bebê	1. <b>Posso bombear</b> leite suficiente para o meu bebê	1. <b>Eu consigo retirar</b> leite suficiente para o meu bebê (T1)
2. <b>Posso lidar</b> com o fato de que <b>esgotar a mama e amamentar</b> pode ser <b>demorado</b>	2. <b>Posso lidar</b> com o fato de que <b>o bombeamento e a amamentação</b> podem <b>consumir tempo</b>	2. <b>Eu consigo lidar</b> com o fato de que <b>a retirada de leite e amamentar</b> pode ser <b>demorado</b>
3. <b>Eu posso lidar</b> com <b>sucesso</b>	3. <b>Consigo lidar</b> com <b>a</b>	3. <b>Eu consigo lidar</b> com

com a amamentação ( <b>esgotar a mama e amamentar</b> ) da mesma maneira que eu faço com outras tarefas desafiadoras.	<b>situação da amamentação (bombeamento e amamentação) mesmo tendo outras tarefas desafiadoras</b>	<b>qualquer situação da amamentação (retirada de leite e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas desafiadoras</b>
4. <b>Eu posso lidar com a amamentação para me satisfazer</b>	4. <b>Posso administrar a amamentação de forma satisfatória</b>	4. <b>Eu consigo lidar com a amamentação de forma que me sinto satisfeita</b>
5. <b>Eu continuo desejando amamentar</b>	5. <b>Posso continuar querendo amamentar</b>	5. <b>Eu continuo desejando amamentar</b>
6. <b>Estou satisfeita com minha experiência na amamentação</b>	6. <b>Posso estar satisfeito com minha experiência de amamentar</b>	6. <b>Eu estou satisfeita com minha experiência de amamentar</b>
7. <b>Eu posso conseguir ajuda com a amamentação se e/ou quando eu precisar</b>	7. <b>Posso obter ajuda com a amamentação se e/ou precisar</b>	7. <b>Eu consigo obter ajuda com a amamentação se/quando eu precisar</b>
Quando meu bebê estiver pronto para <b>mamar no peito:</b>	Quando meu bebê estiver pronto para <b>ser amamentado:</b>	Quando meu bebê estiver pronto para <b>mamar no peito:</b>
8. Serei capaz de determinar quando meu <b>filho precisa</b> ser alimentado	8. Serei capaz de determinar quando meu <b>bebê precisa</b> ser alimentado	8. <b>Eu serei capaz de determinar quando meu bebê precisará</b> ser alimentado
9. <b>Serei capaz de garantir que meu filho esteja bem posicionado na mama durante toda a mamada</b>	9. <b>Poderei garantir que a boca do meu bebê esteja abocanhando por completo o bico do meu seio durante toda amamentação</b>	9. <b>Eu serei capaz de garantir que a boca do meu bebê esteja abocanhando corretamente o meu peito durante toda a mamada</b>
10. Serei capaz de <b>dizer que</b> meu bebê está recebendo leite suficiente	10. Serei capaz de <b>saber se</b> meu bebê está recebendo leite suficiente	10. <b>Eu serei capaz de saber se</b> meu bebê está recebendo leite suficiente
11. Serei capaz de lidar com a amamentação mesmo <b>se</b> meu bebê <b>estiver chorando</b>	11. Serei capaz de lidar com a amamentação mesmo <b>que</b> meu bebê <b>esteja chorando</b>	11. <b>Eu serei capaz de lidar com a amamentação mesmo que</b> meu bebê <b>esteja chorando</b>
12. Serei capaz de amamentar meu bebê sem usar <b>outro</b> leite como <b>complemento</b>	12. Serei capaz de amamentar meu bebê sem usar <b>fórmula</b> como <b>suplemento</b>	12. <b>Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outro</b> leite como <b>complemento</b>
13. Serei capaz de amamentar confortavelmente <b>na presença dos</b> membros da minha família	13. Serei capaz de amamentar confortavelmente <b>com os</b> membros da minha família <b>presente</b>	13. <b>Eu serei capaz de amamentar confortavelmente com os</b> membros da minha família <b>presente</b>
14. Serei capaz de terminar de <b>amamentar</b> meu bebê <b>em</b> um peito antes de <b>trocar</b> para o outro	14. Serei capaz de terminar de <b>alimentar</b> meu bebê <b>com</b> um <b>seio</b> antes de <b>mudar</b> para o outro <b>seio</b>	14. <b>Eu serei capaz de terminar de amamentar</b> meu bebê <b>em</b> um <b>peito</b> antes de <b>mudar</b> para o outro
15. Serei capaz de amamentar meu bebê <b>em todas as mamadas</b>	15. Serei capaz de amamentar meu bebê <b>a cada mamada</b>	15. <b>Eu serei capaz de amamentar meu bebê todas as vezes que ele precisar ser alimentado</b>
16. Serei capaz de <b>acompanhar as demandas</b> de amamentação do meu bebê	16. Serei capaz de <b>lidar com a demanda</b> de amamentação do meu bebê	16. <b>Eu serei capaz de lidar com a demanda</b> de amamentação do meu bebê
17. Serei capaz de <b>dizer</b> quando meu bebê <b>terminou de amamentar</b>	17. Serei capaz de <b>determinar</b> quando meu bebê <b>tiver sido alimentado</b>	17. <b>Eu serei capaz de reconhecer</b> quando meu bebê <b>terminou de mamar</b>
18. Serei capaz de mudar <b>de retirar leite a maioria das vezes para amamentar meu bebê a maioria das vezes ou completamente</b>	18. Serei capaz de mudar <b>do bombeamento para amamentação para alimentar meu bebê</b>	18. <b>Eu serei capaz de trocar a retirada do leite, na maioria das vezes, pela amamentação, na maioria das vezes ou em todas às vezes, para alimentar meu bebê</b>

Fonte: os autores (2021)

### 6.1.2 Avaliação dos Especialistas

Nesta fase da ATC, a ST proveniente das versões traduzidas (T1 e T2) foi enviada para o parecer dos especialistas. A avaliação teve como objetivo avaliar o significado das palavras e expressões coloquiais, considerando as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Na avaliação dos especialistas, as médias de adequação das equivalências foram: semântica (85%), idiomática (89%), cultural (86%) e conceitual (94%), totalizando 88% como média de percentual de concordância total das equivalências. Entretanto, o item 18 apresentou uma concordância média de 47,5% e por ser menor que 50%, decidiu-se pela reformulação deste e aprimoramento dos demais itens por meio das sugestões qualitativas e submeter à uma segunda rodada de avaliação a nova versão português 1 (VP1).

**Quadro 10 – Avaliação das equivalências pelos especialistas. Londrina, 2021.**

Item	Termo Inglês	Termos Discrepantes	Equivalência Sugestão	Consenso
<b>Título da escala</b>	Baby	Recém-nascido	Conceitual 80% Bebê	Bebê
<b>Instruções</b>	Mark	90% Assinale	Semântica 80% Descreva	Consenso Marque
<b>Pontuação</b>	Not very confident	não muito confiante	Idiomática 70% pouco confiante	muito pouco confiante
<b>2</b>	Breast pumping	Retirada	Semântica 70% Idiomática 70% Ordenha Extração	Retirar
<b>3</b>	Challenging	Desafiadoras	Semântica 70% Idiomática 70% Cultural 70% Exclusão do termo Desafiadora	Difíceis
<b>5</b>	Wanting	Desejando	Conceitual 80% Querendo	Querendo
<b>7</b>	If and/or when	se/quando	Semântica 50% se e/ou quando	se eu precisar (ou quando precisar)
<b>8</b>	Determine	determinar	Semântica 70% Saber	Saber
<b>16</b>	Demands	Demanda	Cultural 70%	Necessidades
<b>18</b>	I will be able to switch	Eu serei capaz de trocar a retirada do leite, <b>na</b>	Semântica 30% Idiomática 50%	Eu serei capaz de trocar a retirada do

	from mostly pumping to mostly or completely breastfeeding my baby	<b>maioria das vezes</b> , pela amamentação, na maioria das <b>vezes ou em todas às vezes, para alimentar meu bebê</b>	Cultural 50% Conceitual 60%	leite <b>das mamas</b> pela amamentação, na maioria das <b>mamadas ou em todas elas</b> .
--	---	--	--------------------------------	---

Fonte: os autores (2021)

### 6.1.3 Reavaliação dos Especialistas

A versão português 1 (VP1) deu origem à versão português 2 (VP2) que foi obtida após a reavaliação dos juízes especialistas, com o objetivo de confirmar a concordância após a realização das mudanças que foram sugeridas: 1. Troca de palavras e expressões mais aplicáveis no contexto cultural; 2. Adição de palavras e expressão para melhorar a compreensão das sentenças. As mudanças sugeridas foram pontuais, os destaques sinalizados no quadro 11 mostram as alterações efetuadas comparando a VP1 e a VP2.

**Quadro 11** – Comparação da Versão Português 1 (VP1) e Versão Português 2 (VP2) após a avaliação dos especialistas. Londrina, 2021.

ITEM	VP 1 DA ESCALA MÉDIA 88% CONCORDÂNCIA	VP2 DA ESCALA MÉDIA 96% CONCORDÂNCIA
<b>Título da escala</b>	Escala de autoeficácia em amamentação para mães de <b>recém-nascidos</b> doentes e/ou prematuros	Escala de autoeficácia em amamentação para mães de <b>bebês</b> doentes e/ou prematuros
<b>Instruções</b>	Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu <b>recém-nascido</b> . Por favor, <b>assinale</b> sua resposta, circulando o número que <b>descreva</b> melhor como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.	Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu <b>bebê</b> . Por favor, <b>marque</b> sua resposta, circulando o número que melhor <b>descreve</b> como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.
<b>Pontuação</b>	1 = nada confiante 2 = <b>não muito confiante</b> 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante	1 = nada confiante 2 = <b>muito pouco confiante</b> 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante
<b>1</b>	Eu consigo retirar leite suficiente para o meu bebê	Eu consigo retirar leite suficiente <b>da mama</b> para o meu bebê
<b>2</b>	Eu consigo lidar com <b>o fato</b> de que a <b>retirada</b> de leite e amamentar pode ser demorado	Eu consigo lidar com <b>os fatos</b> de que <b>retirar</b> leite <b>da mama</b> e amamentar <b>podem</b> ser demorados
<b>3</b>	Eu consigo lidar com qualquer situação da amamentação (retirada de leite e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas <b>desafiadoras</b>	Eu consigo lidar <b>bem</b> com qualquer situação da amamentação (retirada de leite <b>da mama</b> e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas <b>difíceis</b>

4	Eu consigo lidar com a amamentação de forma que me sinto satisfeita	Eu consigo lidar com a amamentação de forma que <b>eu</b> me sinta satisfeita
5	Eu continuo <b>desejando</b> amamentar	Eu continuo <b>querendo</b> amamentar
6	Eu estou satisfeita com minha experiência de amamentar	Eu estou satisfeita com <b>a</b> minha experiência de amamentar
7	Eu consigo obter ajuda com a amamentação <b>se/quando</b> eu precisar	Eu consigo obter ajuda com a amamentação <b>se eu precisar (ou quando precisar)</b>
<b>Segunda sessão</b>	Quando meu bebê estiver pronto para mamar no peito:	Quando meu bebê estiver <b>efetivamente</b> pronto para mamar no peito:
8	Eu serei capaz de <b>determinar</b> quando meu bebê precisará ser alimentado	Eu serei capaz de <b>saber</b> quando meu bebê precisa ser amamentado
9	Eu serei capaz de garantir que <b>a boca do meu bebê esteja abocanhando corretamente o meu peito durante toda a mamada</b>	Eu serei capaz de garantir que <b>meu bebê está pegando o peito corretamente durante toda a mamada</b>
10	Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente	Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente <b>no meu peito</b>
11	Eu serei capaz de <b>lidar com a amamentação</b> mesmo que meu bebê esteja chorando	Eu serei capaz de <b>amamentar</b> mesmo que meu bebê esteja chorando
12	Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar <b>outro leite como complemento</b>	Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar <b>outros tipos de leite como complemento</b>
13	Eu serei capaz de amamentar confortavelmente <b>com os membros da minha família presente</b>	Eu serei capaz de amamentar confortavelmente <b>na frente de pessoas da minha família</b>
14	Eu serei capaz de <b>terminar de amamentar meu bebê em um</b> peito antes de mudar para o outro	Eu serei capaz de <b>amamentar meu bebê até esvaziar o</b> peito antes de mudar para o outro
15	Eu serei capaz de amamentar meu bebê <b>todas as vezes que ele precisar ser alimentado</b>	Eu serei capaz de amamentar meu bebê <b>em todas as mamadas</b>
16	Eu <b>serei capaz de lidar com a demanda</b> de amamentação do meu bebê	Eu <b>conseguirei atender as necessidades</b> de amamentação do meu bebê.
17	Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar	Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar
18	Eu serei capaz de trocar a retirada do leite, <b>na maioria das vezes, pela amamentação</b> , na maioria das <b>vezes ou em todas às vezes, para alimentar meu bebê</b>	Eu serei capaz de trocar a retirada do leite <b>das mamas pela amamentação</b> , na maioria das <b>mamadas ou em todas elas.</b>

Fonte: os autores (2021)

#### 6.1.4 Retrotradução

As pesquisadoras discutiram as duas versões das retrotraduções intituladas RT1 e RT2, a fim de alcançar uma síntese que resultou na retrotradução final (RTF). No Quadro 11, pode-se analisar a versão original e retrotradução final (RTF)

**Quadro 12** – Comparação entre a versão inglês original da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants* com a Retrotradução final (RTF). Londrina, 2021.

VERSÃO ORIGINAL	RETROTRADUÇÃO FINAL (RTF)
Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants	Self-Efficacy Breastfeeding Scale for Mothers of Sick and /or Premature Babies
For each of the following statements, please choose the answer that best describes how confident <b>you are about</b> breastfeeding your <b>new</b> baby. Please mark your answer by circling the number <b>that is closest</b> to how you feel. There are no right or wrong answers. 1 = not <b>at all</b> confident 2 = <b>not very</b> confident 3 = <b>sometimes</b> confident 4 = confident 5 = <b>very</b> confident	For each of the following statements, please choose the answer that best describes your self-confidence in breastfeeding your baby. Please mark your answer by circling the number that best describes how you feel. There are no right or wrong answers. 1 = not confident 2 = slightly confident 3 = occasionally confident 4 = confident 5 = really confident
1. I <b>can pump enough</b> milk for my baby	1. I have enough breast milk for my baby
2. I can deal with the fact that <b>breast pumping</b> and breastfeeding <b>can be</b> time consuming	2. I can deal with the fact that expressing milk and breastfeeding might be time consuming
3. I can <b>successfully cope with the</b> breastfeeding situation ( <b>pumping and actual</b> breastfeeding) <b>like I have with</b> other <b>challenging</b> tasks	3. I can handle any breastfeeding situation well (expressing milk and breastfeeding itself) just as well as any other difficult task.
4. I <b>can manage the</b> breastfeeding <b>situation to my satisfaction</b>	4. I handle breastfeeding in a way that makes me feel satisfied.
5. I <b>can keep wanting</b> to breastfeed	5. I still want to breastfeed.
6. I <b>can be</b> satisfied with my breastfeeding experience	6. I am satisfied with my experience of breastfeeding.
7. I can get help with breastfeeding if <b>and/or when</b> I need it	7. I can get help with breastfeeding if I need it (or whenever I need it).
When my baby is ready to actually breastfeed:	When my baby is actually ready to breastfeed:
8. I will be able to <b>determine</b> when my baby <b>needs to be fed</b>	8. I will be able to know when my baby is hungry.
9. I will be able to <b>ensure</b> that my baby is <b>properly</b> latched on <b>for the whole feeding</b>	9. I will be able to make sure that my baby is latched on correctly during the entire feed.
10. I will be able to <b>determine that</b> my baby is getting enough milk	10. I will be able to know if my baby is getting enough milk from my breast.
11. I will be able to <b>manage</b> to breastfeed even if my baby is crying	11. I will be able to breastfeed even if my baby is crying.
12. I will be able to breastfeed my baby without <b>using formula as a</b> supplement	12. I will be able to breastfeed my baby without any other types of milk as a supplement.
13. I will be able to comfortably breastfeed <b>with my family members present</b>	13. I will be able to breastfeed comfortably in front of people in my family.
14. I will be able to <b>finish feeding</b> my baby on one breast before <b>switching to the other</b> breast	14. I will be able to breastfeed my baby until I empty one breast before moving on to the other.
15. I will be able to breastfeed my baby <b>for</b> every feeding	15. I will be able to breastfeed my baby every feeding.
16. I will be able to <b>manage to keep up with my</b> baby's Breastfeeding <b>demands</b>	16. I will be able to meet my baby's breastfeeding needs.
17. I will be able to <b>tell when</b> my baby is <b>finished breastfeeding</b>	17. I will be able to know when my baby is full.
18. I will be able to switch from <b>mostly pumping to mostly or completely breastfeeding my baby</b>	18. I will be able to switch from expressing milk to breastfeeding on most or all feeds.

Fonte: os autores (2021)

A RTF foi enviada a autora, Enfermeira Doutora Cindy Dennis, que é

uma das responsáveis pela elaboração da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants*, a qual parabenizou o trabalho e emitiu o parecer favorável, não sugerindo qualquer alteração (ANEXO C)

#### 6.1.5 Pré Teste

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra de 18 mães que avaliaram semanticamente os itens da escala. O perfil predominante foi de mulheres com idade entre 31 e 44 anos (8; 44,4%), com igualdade entre as mulheres solteiras e as que mantém uma relação estável com seus parceiros (9; 50%), a maioria possuía entre 7 e 11 anos de estudo (14; 77,7%), se ocupavam dos afazeres domésticos em suas próprias residências (11; 61,7%), como fonte de sustento da família ou contribuem para o orçamento doméstico (7; 38,8%). Entretanto, a renda familiar é baixa com 8 (44,4%) famílias tendo uma renda *per capita* de no máximo 1 salário-mínimo por ocasião da coleta de dados: R\$ 1.100,00 (equivalente a US\$ 217), 16,6% mulheres estavam expostas aos riscos do tabaco e referiram ter ingerido bebidas alcoólicas durante a gravidez.

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica e ocupacional da população-alvo do estudo. Londrina, jan./março, 2021.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
12 – 19	03	16,6
20 – 30	07	38,8
31 – 44	08	44,4
<b>Estado civil</b>		
Casada/união	09	50,0
Solteira	09	50,0
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
≤ 6 anos	03	16,6
7 – 11	14	77,7
≥ 12	01	05,5
<b>Ocupação</b>		
Trabalha fora de casa	07	38,8
Não trabalha fora de casa	11	61,1
<b>Renda familiar</b>		
≤ 1	08	44,4
2	07	38,8
≥ 3	03	16,6

<b>Tabagismo</b>		
Sim	03	16,6
Não	15	83,3
<b>Alcoolismo</b>		
Sim	03	16,6
Não	15	83,3

**Fonte:** os autores (2021)

Em relação aos antecedentes obstétricos (tabela 2), verificou-se que 12 (66,6%) das mulheres nunca sofreram abortamento, 9 (50%) tinham apenas um filho vivo e amamentaram anteriormente seus filhos. Dessas mulheres que tinham experiência anterior na amamentação, 4 (22,22%) interromperam com menos de 6 meses.

Em relação a gravidez atual, 12 (66,6%) tinham 32 a 37 semanas gestacionais e tinham realizado 6 ou mais consultas pré-natais, e 94,4% referiram o desejo de amamentar seus bebês.

**Tabela 2** – Antecedentes obstétricos e gravidez atual da população-alvo do estudo. Londrina, jan./março, 2021.

<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GRAVIDEZ ATUAL</b>		
<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Paridade</b>		
Primípara	09	50,0
Múltipara	09	50,0
<b>Aborto</b>		
Sim	06	33,3
Não	12	66,6
<b>Filhos vivos</b>		
1	09	50,0
2	06	33,3
3 ou +	03	16,6
<b>Amamentou anteriormente?</b>		
Sim	09	50,0
Não	09	50,0
<b>Tempo de amamentação (meses)</b>		
Não amamentou	09	50,0
< 6	04	22,2
6 - 12	02	11,1
> 12	03	16,6
<b>Nº de consultas no PN</b>		
< 6	06	33,3
6 ou +	12	66,6
<b>IG no parto (semanas)</b>		

< 28	02	11,1
28 - 32	04	22,2
33 - 37	12	66,66
<b>Desejo em amamentar</b>		
Sim	17	94,4
Talvez	01	5,50

Fonte: os autores (2021)

Após a realização do pré-teste, as entrevistadas avaliaram a compreensão e adequação dos itens. Os resultados sobre a análise semântica da VPF da escala de autoeficácia em amamentação (BSES-SF) modificada para mães de bebês doentes e/ou prematuros pela população-alvo estão descritos na tabela 3.

**Tabela 3** - Avaliação da Escala de Autoeficácia em Amamentação BSES-SF) modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros, pelas mães de prematuros entrevistadas na etapa do pré-teste. Londrina-PR, 2021.

<b>PRÉ-TESTE</b>				
<b>AVALIAÇÃO DA ESCALA</b>	<b>CATEGORIAS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
1- De modo geral, como você avalia a escala de autoeficácia em amamentação para mães de bebês doentes e/ou prematuros?	1 = Ruim			
	2 = Razoável			
	3 = Bom	03	16,7	
	4 = Muito Bom	05	27,8	
	5 = Excelente	10	55,6	
2- As instruções de preenchimento da escala estão claras?	1 = Ruim			
	2 = Razoável			
	3 = Bom	01	5,6	
	4 = Muito Bom	04	22,2	
	5 = Excelente	13	72,2	
3- Como você considera a compreensão dos itens da escala?	1 = Ruim			
	2 = Razoável			
	3 = Bom	04	22,2	
	4 = Muito Bom	04	22,2	
	5 = Excelente	10	55,6	
4- Qual foi o grau de facilidade para responder a escala?	1 = Ruim	01	5,60	
	2 = Razoável			
	3 = Bom	03	16,7	
	4 = Muito Bom	03	16,7	
	5 = Excelente	11	61,1	
5- Como você considera a compreensão sobre as palavras utilizadas na elaboração da escala?	1 = Ruim			
	2 = Razoável	02	11,1	
	3 = Bom	01	5,60	
	4 = Muito Bom	05	27,8	
	5 = Excelente	10	55,6	
6- As perguntas estão claras e fáceis de serem respondidas?	1 = Ruim			
	2 = Razoável			
	3 = Bom	01	5,60	
	4 = Muito Bom	02	11,1	

7- O que você achou do tempo gasto para o preenchimento da escala?	5 = Excelente	15	83,3
	1 = Ruim		
	2 = Razoável	01	5,60
	3 = Bom	02	11,1
	4 = Muito Bom	04	22,2
	5 = Excelente	11	61,1
Caso tenha respondido alguma opção 1 ou 2 ou se você teve dificuldade em responder alguma pergunta, por favor, identifique a questão e explique o(s) motivo(s)	Nenhuma resposta		
Você pode utilizar esse espaço para escrever qualquer tipo de incompreensão do instrumento que você identificou e para sugerir alterações	1 resposta "É importante abordar o assunto"		

**Fonte:** os autores (2021)

Todas as impressões da amostra durante o pré-teste foram criteriosamente consideradas para a confecção da versão final da escala.

#### 6.1.6 Validade de Conteúdo

O comitê de juízes especialistas foi composto por duas fonoaudiólogas e três enfermeiras, que desenvolviam, além da docência, atividade assistencial, consultoria e pesquisa. Dessas especialistas, duas são mestres, duas são doutoras e uma é PhD; quatro possuem experiência com aleitamento materno há mais de 10 anos e apenas uma possui entre 5 e 10 anos de experiência, sendo que todas já participaram em processos de validação de escalas.

Foi solicitado aos participantes dessa etapa que julgassem os itens do instrumento quanto à 1. clareza e compreensão; 2. relação da confiança materna(autoeficácia) com a amamentação na prática 3. relevância, utilizando-se uma escala de 1 a 5 pontos para avaliar o nível de adequação dos itens conforme apresentado na tabela 5.

**Tabela 4** - Cálculo coeficiente de validação de conteúdo dos itens da individuais (CVCi) e o total da escala (CVCt). Londrina-PR, 202.

Item	Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) Modificada para Mães de Bebês doentes e/ou Prematuros	CVCi		
		Clareza	Relação com a Prática	Relevância
1	Eu consigo retirar leite suficiente da mama para o meu bebê	0,88	0,80	0,92

2	Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama e amamentar podem ser demorados	0,92	0,92	0,92
3	Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis	0,80	0,92	0,88
4	Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita	0,96	0,88	0,92
5	Eu continuo querendo amamentar	0,96	0,88	0,96
6	Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar	0,92	0,88	0,88
7	Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar)	0,96	0,84	0,96
8	Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado	0,96	0,88	0,92
9	Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada	0,96	0,92	0,92
10	Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito	0,96	0,92	0,96
11	Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando	0,96	0,88	0,92
12	Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento	0,96	0,88	0,92
13	Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família	0,92	0,88	0,88
14	Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro	0,96	0,92	0,96
15	Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas	0,96	0,92	0,92
16	Eu serei capaz de atender as necessidades de amamentação do meu bebê	0,88	0,88	0,88
17	Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar	0,96	0,92	0,92
18	Eu serei capaz de trocar a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas	0,92	0,92	0,92
	<b>Média CVCi</b>	<b>0,93</b>	<b>0,89</b>	<b>0,92</b>

<b>CVC Total da Escala</b>	<b>0,9148</b>	<b>Pej</b>	<b>0,9145</b>
		<b>0,00032</b>	

**Fonte:** os autores (2021)

As sugestões emitidas pelos juízes foram sintetizadas para verificação de cada item abordado, as sugestões julgadas pertinentes pelos pesquisadores e acatadas estão descritas no quadro abaixo.

**Quadro 13** –Sugestões qualitativas acatadas após a avaliação do conteúdo. Londrina, 2021.

<b>Item 1:</b> Eu consigo <b>retirar da mama</b> leite suficiente para o meu bebê	<b>Modificado:</b> Eu consigo <b>retirar leite da mama</b> suficiente para o meu bebê
<b>Item 2:</b> Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama <b>e</b> amamentar podem ser demorados	<b>Modificado:</b> Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama <b>e/ou</b> amamentar podem ser demorados
<b>Item 17:</b> Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê <b>terminou de mamar</b>	<b>Modificado:</b> Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê <b>estiver satisfeito</b>
<b>Item 18:</b> Eu serei capaz de <b>trocar</b> a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas	<b>Modificado:</b> Eu serei capaz de <b>substituir</b> a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas

**Fonte:** os autores (2021)

Após a realização das mudanças sugeridas pelo comitê de especialistas, foi composta a versão pré-final da Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros (Versão Brasileira). No quadro 14, a versão pré-final após percorridas todas as etapas da ATC.

**Quadro 14:** Versão pré-final da Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) Modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros (Versão Brasileira). Londrina, 2021.

**Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) Modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros (Versão Brasileira)**

Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu bebê. Por favor, marque

sua resposta circulando o número que melhor descreve como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.

- 1 = nada confiante  
 2 = muito pouco confiante  
 3 = às vezes confiante  
 4 = confiante  
 5 = muito confiante

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Eu consigo retirar leite da mama suficiente para o meu bebê   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Eu consigo lidar com os fatos de que retirar leite da mama e/ou amamentar podem ser demorados   | 1 2 3 4 5 |
| 3. Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis | 1 2 3 4 5 |
| 4. Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita  | 1 2 3 4 5 |
| 5. Eu continuo querendo amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 6. Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 7. Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar)  | 1 2 3 4 5 |

**Quando meu bebê estiver realmente pronto para mamar no peito:**

- |  |           |
|--|-----------|
| 8. Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado                                      | 1 2 3 4 5 |
| 9. Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada | 1 2 3 4 5 |
| 10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito                   | 1 2 3 4 5 |
| 11. Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja  | 1 2 3 4 5 |
| 12. Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento               | 1 2 3 4 5 |
| 13. Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família                 | 1 2 3 4 5 |
| 14. Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro              | 1 2 3 4 5 |
| 15. Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas   | 1 2 3 4 5 |
| 16. Eu serei capaz de atender as necessidades de amamentação do meu                                    | 1 2 3 4 5 |

bebê

17. Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê estiver satisfeito 1 2 3 4 5

18. Eu serei capaz de substituir a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas 1 2 3 4 5

**Fonte:** os autores (2021)

## 7 DISCUSSÃO

O processo realizado neste estudo para a adaptação transcultural da escala reforça a importância e contribuição que o cuidado e rigor metodológico oferecem para a adoção de instrumentos criados em contextos e culturas diferentes. Durante todo o processo de tradução, buscou-se as equivalências entre a versão original e a versão traduzida no que se refere à essência do conteúdo, (equivalência semântica), ao conceito do fenômeno avaliado (equivalência conceitual), aos coloquialismos e expressões linguísticas (equivalência idiomática) e às experiências culturais (equivalência conceitual), que foram alcançadas mediante as avaliações dos especialistas e não apenas a tradução literal das palavras (BEATON et al., 2007).

Na etapa de tradução, vale ressaltar que, a inclusão de dois tradutores contribuiu com maior disparidade e amplitude na equivalência das sentenças. O fato de um dos tradutores não ter conhecimento na área do objeto de estudo contribuiu para uma linguagem mais próxima da população-alvo (BEATON et al., 2007; CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010; FERNÁNDEZ; OLIDEN; HAMBLETON, 2013; WHO, 2017).

Destaca-se a realização da avaliação dos especialistas antes da retrotradução, conforme sugerida por Ferrer et al., (1996) e WHO (2020) que recomendam o parecer dos especialistas após as traduções, com o propósito de identificar inconsistências e incompreensões dos itens traduzidos antes de enviar para retro tradução.

Segundo Cassepp-Borges; Balbinotti; Teodoro (2010), após a tradução do instrumento é necessário a consolidação da versão preliminar do instrumento. Recomenda-se esse que processo seja realizado por um comitê que deve avaliar os pontos convergentes e divergentes das traduções, com o objetivo de evitar vieses linguísticos, psicológicos, culturais e de compreensão.

Quando se trata de adaptação cultural, sugere-se a formação de um comitê de peritos multidisciplinar, bilingues, especialistas na área do instrumento (BEATON et al., 2000). Nesse contexto, para formação do comitê de especialistas, além dessas recomendações, levou-se em consideração a diversidade cultural do Brasil, e optou-se por incluir especialistas de diferentes regiões (Sul, Sudeste e Nordeste).

Para a consolidação da versão preliminar do estudo a fim de obter a melhor tradução de cada item para o idioma alvo, os especialistas convidados avaliaram semanticamente a síntese das traduções e contribuíram para que a equivalência transcultural do instrumento traduzido fosse alcançada. A equivalência semântica foi a que obteve menores percentuais de concordância entre os especialistas, e a conceitual que alcançou a melhor média, mas nesta fase foi valorizada as sugestões qualitativas em detrimento das quantitativas, e, buscou-se a adequação dos itens que foram considerados não claros ou incompreensíveis. Ou seja, acatou-se boa parte das sugestões dos especialistas, inclusive dos itens que tinham alcançado níveis de concordância acima de 80%, os quais foram reestruturados, buscando melhor entendimento e equivalência dos mesmos.

O termo recém-nascido (RN) é considerado até 28 dias de nascimento, entretanto, levando em consideração que a amamentação é preconizada que seja exclusiva até o 6<sup>o</sup>. mês de vida, podendo estender-se até 2 anos de idade, optou-se por modificar o termo RN para bebê caso a escala seja aplicada após os 30 dias de vida.

A escala de *likert* obteve 70% de concordância na equivalência idiomática. A tradução dos itens das pontuações, 2. pouco confiante e 3. às vezes confiante teriam praticamente o mesmo sentido, então optou-se por 2. muito pouco confiante e 3. às vezes confiante.

Na avaliação das equivalências semântica e cultural, os juízes discordaram da tradução do termo “*Pump*” para “retirar”, sugeriram “bombear ou ordenhar”, porém, considerou-se que, a palavra “ordenhar” no dicionário significa a ação de retirar leite das tetas de animais (DICIO, 2021). O termo “ordenhar” pode não ser bem aceito por algumas mulheres que se sentem tratadas culturalmente como objeto produtor de leite, feito máquinas ordenhadeiras, desprovidas de valores e escolhas. Segundo Beaton (2007), a tradução não deve ser realizada no sentido literal, sendo assim, optou-se pela palavra “retirar” e incluímos a palavra “mama” para melhorar o sentido e compreensão da frase. Tem sido comum a utilização científica do termo extração de leite, entretanto, coloquialmente, poderia não ser o termo mais facilmente compreendido. Na ocasião do pré-teste mostrou-se bem aceito e compreendido.

No item 7 a modificação do trecho “se/quando eu precisar” para “se eu precisar” (ou quando precisar) foi necessária devido o item ter apresentado o

segundo percentual mais baixo com apenas 50% de concordância na equivalência semântica. No entanto, após essa modificação o item obteve 100% de concordância na reavaliação.

O item 18 foi questionado em todas as equivalências, e obteve o menor índice de concordância com apenas 30% na equivalência semântica, sendo necessário ajustar a questão quase por completo. De acordo com os juízes, o item estava confuso e repetitivo. Sendo assim, mediante as considerações e sugestões dos juízes, os pesquisadores optaram pela versão final do item para “Eu serei capaz de substituir a retirada do leite das mamas por amamentar, na maioria das mamadas ou em todas elas”.

Esse processo de revisão e reavaliação é uma etapa importante da tradução, e diferencia a metodologia de tradução de outras. O fato de ter vários revisores permite uma contribuição mais independente, chamada de técnica de Delphi, que consiste em método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (SILVA; TANAKA, 1999; EREMENCO; CELLA; ARNOLD, 2005).

Com relação ao número mínimo da população-alvo para a realização do pré-teste, não há consenso entre os pesquisadores. Outras pesquisas no tema também utilizaram menor número, Wheeler; Dennis (2013) utilizaram 10 mães no pré-teste da primeira versão da escala, outro estudo para tradução e adaptação cultural da BSES (SF) modificada para mães de bebês prematuros na língua turca, Merlinda et al., (2017) utilizaram 12 mães e o estudo mais recente publicado na língua chinesa, Yang; Shen, (2020) utilizaram 15 mães no pré-teste. Considerando a proposta reduzida dos participantes do pré-teste no presente estudo parece não ter interferido sobre a qualidade e rigor dessa fase dados os resultados obtidos sobre aceitação do instrumento pelas entrevistadas.

Uma das especificidades dessa escala é a necessidade de aplicar em diferentes momentos de amamentação, além de aplicá-lo em mães de RN de diferentes idades gestacionais. Considerando que não foi encontrada divergência entre as mães entrevistadas no nosso estudo, o quantitativo de 18 mulheres, independente do momento e idade gestacional, foi considerado satisfatório para avaliar semanticamente a versão da escala traduzida nos quesitos compreensão e clareza dos itens, além de demonstrar a receptividade do instrumento pela

população alvo, muito importante num processo de adaptação transcultural (Oriá, 2008). A avaliação geral da escala pela população-alvo foi considerada positiva, visto que, a maioria assinalou as opções muito boa ou excelente em todas as questões. Com exceção das questões 3 e 4, que abordam a compreensão dos itens e o grau de facilidade em responder a escala, que obteve 78% de concordância entre muito bom e excelente, seguido de 22% como bom.

Sobre a etapa de validação de conteúdo, vale ressaltar que, os juízes que participaram dessa etapa do estudo não foram os mesmos que participaram da etapa de tradução e adaptação cultural da escala. Esse processo foi considerado de suma importância para o desenvolvimento do processo da ATC. Segundo Sousa e Rojjanasrirat (2007), para determinar ainda mais a equivalência conceitual e de conteúdo dos itens da versão pré-final, é recomendado nessa fase o uso de um grupo de especialistas.

Para avaliação da validade de conteúdo não existe um teste estatístico específico, e envolve vários métodos para quantificar o grau de concordância entre um comitê de especialistas (CUNHA; DE ALMEIDA NETO; STACKFLETH, 2016; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). No cálculo do CVC, é sugerido que se obtenha uma concordância mínima de 0,80, porém, o ponto de corte pode ser relativizado, pois sabe-se que os juízes podem ter diferentes opiniões (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

De acordo com a tabela 5, o CVC<sub>t</sub> da escala foi de 0,91, e as três dimensões do instrumento avaliadas foi superior a 0,89, o que infere que o instrumento possui validade de conteúdo. No quesito clareza e compreensão, o CVC médio foi de 0,93, quando calculados os índices individualmente, o CVC mínimo apresentado foi de 0,88. Dentre os itens alusivos à relação com a amamentação, o CVC médio foi de 0,89, a menor concordância foi no item 1 com 0,80, no entanto, está dentro do mínimo recomendado. No quesito relevância, o CVC médio foi 0,92, sendo que todos os itens foram considerados relevantes pelos juízes.

Considerando a confiança um sentimento subjetivo, o que reforça a necessidade de elaboração de escalas psicométricas com essa finalidade de mensurar a autoeficácia materna. Dessa forma, após as alterações foi composta a versão português pré-final do instrumento com o conteúdo validado (Apêndice O).

O estudo apresentou algumas limitações aqui apresentadas que devem ser recebidas com algumas ressalvas: (1) A amostra do pré-teste da escala

contemplou apenas mães de prematuros, considerando que a escala tem potencial para mães de bebês doentes que não sejam prematuros, necessita ser aplicado também em mães de bebês doentes que não sejam prematuros. Além disso, o pré-teste do instrumento foi aplicado em população de apenas uma região do país, considerando que o Brasil tem diferenças linguísticas e regionais bem marcantes, seria interessante que o instrumento fosse aplicado nas diversas regiões brasileiras. Por outro lado, essa limitação foi minimizada pela participação de juízes provenientes de outras regiões.

Apesar do rigor metodológico adotado no processo de adaptação transcultural da Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros, é importante salientar que o processo de validação do instrumento foi apenas iniciado pela validade de conteúdo, e que as demais evidências de validade devem ser realizadas na sequência para que o instrumento possa ser utilizado na prática do contexto brasileiro.

## 8 CONCLUSÃO

Considerando os objetivos da pesquisa e os resultados evidenciados, foram realizadas todas as etapas recomendadas para tradução e adaptação cultural de um instrumento seguindo as indicações metodológicas quanto ao processo de ATC presentes na literatura nacional e internacional. A escala apresentou evidências de equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual, conforme a versão original do instrumento e com base na análise dos especialistas e da população alvo. Confirmou-se a validade de conteúdo do instrumento adaptado para a língua portuguesa por meio do coeficiente de validade de conteúdo (CVC) de 0,91 que corresponde a valor superior ao mínimo aceitável.

Apesar de ter sido finalizado o processo de adaptação cultural e validação do conteúdo para o contexto brasileiro da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF) among mothers of ill or preterm infants*, recomenda-se a sua utilização na prática após o término do processo de validação, que será realizado em etapa subsequente. Para o processo de validação da BSES-SF para bebês doentes e/ou prematuros, é necessário validar o constructo e, dessa forma, torná-lo aplicável.

## REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.
- ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fabio da Veiga. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015.
- AMINI, Payam et al. The breastfeeding self-efficacy scale-short form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers. **BMC research notes**, v. 12, n. 1, p. 1-6, 2019.
- BANDURA, A. "Toward a Unifying Theory of Behavioral Change". **Psychological Review**, 1977. v.84 n(2),191-215.
- BANDURA, Albert. A teoria social cognitiva na perspectiva da agência. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed**, p. 69-96, 2008.
- BANDURA, Albert. Social foundations of thought and action. **Englewood Cliffs, NJ**, v. 1986, n. 23-28, 1986.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of Cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191
- BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000.
- BEATON, Dorcas et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. **New York: American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 12, p. 1-9, 2002.
- BEATON, Dorcas et al. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures. **Institute for Work & Health**, v. 1, n. 1, p. 1-45, 2007.
- BLENCOWE, Hannah et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The lancet**, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.
- BORSA, Juliane Callegaro; DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptación y validación de instrumentos psicológicos entre culturas: Algunas consideraciones. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Leite materno: índices de amamentação crescem**

no Brasil. Publicado em 06/08/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/leite-materno-indices-de-amamentacao-crescem-no-brasil>. Acesso em: 23 abril. 2021.

BRASIL. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. **Ministério da Saúde**, 2015. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_mater\\_no\\_cab23.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_mater_no_cab23.pdf)

CASSEPP-BORGES, Vicente; BALBINOTTI, Marcus AA; TEODORO, Maycoln LM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. Instrumentação psicológica: **Fundamentos e práticas**, p. 506-520, 2010.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 925-936, 2015.

CRONBACH, J. L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. V. 16. No. 3, pp. 297-334, Psychometrika, setembro de 1951.

CRUZ, Mariana Ramalho; SEBASTIÃO, Luciana Tavares. Amamentação em prematuros: conhecimentos, sentimentos e vivências das mães. **Distúrbios da Comunicação**, v. 27, n. 1, 2015.

CUNHA, Cristiane Martins; DE ALMEIDA NETO, Omar Pereira; STACKFLETH, Renata. Principais métodos de avaliação psicométrica da validade de instrumentos de medida. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 47, p. 75-83, 2016.

CUMMINGS, S. R. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

DE ANDRADE MARTINS, Gilberto. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios-RBGN**, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

DE FREITAS, Brunnella Alcantara Chagas et al. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. **Revista Paulista de Pediatria (English Edition)**, v. 34, n. 2, p. 189-196, 2016.

DE SÁ GUIMARÃES, Carolina Maria et al. Factors related with breastfeeding self-efficacy immediate after birth in puerperal adolescents/Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 109, 2017.

DE VET, Henrica CW et al. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. **Quality of life research**, v. 14, n. 5, p. 1203-1218, 2005.

DENNIS, C.LE. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate

postpartum period. **Res Nurs Health**. 2006; 29(4):256–68.

DENNIS, Cindy-Lee. The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 6, p. 734-744, 2003.

DENNIS, Cindy-Lee. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. **Journal of human lactation**, v. 15, n. 3, p. 195-201, 1999.

DENNIS, Cindy-Lee; FAUX, Sandra. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Research in nursing & health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999.

DODT, Regina Cláudia Melo. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF). 2008.

EREMENCO, Sonya L.; CELLA, David; ARNOLD, Benjamin J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation & the health professions**, v. 28, n. 2, p. 212-232, 2005.

ERICSON, Jenny; PALMÉR, Lina. Mothers of preterm infants' experiences of breastfeeding support in the first 12 months after birth: a qualitative study. **Birth**, v. 46, n. 1, p. 129-136, 2019.

FAYERS, P. M. Quality of Life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes/Peter M. **Fayers and David Machin**, v. 2, 2007.

FERNÁNDEZ, José Muñoz; OLIDEN, Paula Elosua; HAMBLETON, Ronald K. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. **Psicothema**, v. 25, n. 2, p. 151-157, 2013.

FERRER, M. et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. **European Respiratory Journal**, v. 9, n. 6, p. 1160-1166, 1996.

FIALHO, Flávia Andrade et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Cuidarte**, v. 5, n. 1, p. 670-678, 2014.

FILGUEIRAS, Alberto et al. Tradução e adaptação semântica do Questionário de Controle Atencional para o Contexto Brasileiro. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 173-185, 2015.

GIUSTI, Elisabete; BEFI-LOPES, Débora Maria. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 3, p. 207-210, 2008.

GOMES, Ana Leticia Monteiro et al. Práticas de incentivo e apoio à amamentação de recém-nascidos prematuros na perspectiva da mãe. **Advances in Nursing and Health**, v. 1.

GUDMUNDSSON, Einar. Guidelines for translating and adapting psychological

instruments. **Nordic Psychology**, v. 61, n. 2, p. 29-45, 2009.

Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology** 1993; 46: 1417-1432.

HAMBLETON, Ronald K.; ZENISKY, April L. Translating and adapting tests for cross-cultural assessments. 2011.

HAYNES, Stephen N.; RICHARD, David; KUBANY, Edward S. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. **Psychological assessment**, v. 7, n. 3, p. 238, 1995.

HOWSON, Christopher P. et al. Born too soon: preterm birth matters. **Reproductive health**, v. 10, n. 1, p. 1-9, 2013.

IKONEN, Riikka et al. Preterm infants' mothers' experiences with milk expression and breastfeeding. **Advances in Neonatal Care**, v. 15, n. 6, p. 394-406, 2015.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION. The ITC Guidelines for Translating and Adapting Testes (Second edition). Translation authorized by Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (IBAP). 2017.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, n. 4, p. 769-76, out. 1994.

KIMBERLIN, Carole L.; WINTERSTEIN, Almut G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American journal of health-system pharmacy**, v. 65, n. 23, p. 2276-2284, 2008.

LIU, Li et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3027-3035, 2016.

LOKE, Alice Yuen; CHAN, Lai-Kwai S. Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 6, p. 672-684, 2013.

LUZ, Lucyana Silva et al. Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, 2018.

LYNN, Mary R. Determination and quantification of content validity. **Nursing research**, 1986.

MERLINDA, Alus Tokat et al. Psychometric Assessment of Turkish Modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Preterm Infant, 2017.

MUÑIZ, José; ELOSUA, Paula; HAMBLETON, Ronald K. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. **Psicothema**, v. 25, n. 2, p.

151-157, 2013.

OLIVEIRA, Flávia de et al. Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018.

ORDENHAR. In: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em: [Ordenhar - Dicio, Dicionário Online de Português](#). Acesso em: 19/05/2021.

ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010.

PASQUALI, Luiz. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. SPE, p. 992-999, 2009.

PEREIRA, Luciana Barbosa et al. Vivências maternas frente às peculiaridades da prematuridade que dificultam a amamentação. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 55-63, 2015.

POLIT, Denise F. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. **International journal of nursing studies**, v. 52, n. 11, p. 1746-1753, 2015.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in nursing & health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

SILVA, Roseli Ferreira da; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 3, p. 207-216, 1999.

SOUSA, Valmi D.; ROJJANASRIRAT, Wilaiporn. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 649-659, 2017.

SOUZA, Ana Cláudia de; MILANI, Daniela; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Adaptação cultural de um instrumento para avaliar a satisfação no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 132, p. 219-227, 2015.

TAVAKOL, Mohsen; DENNICK, Reg. Making sense of Cronbach's alpha. **International journal of medical education**, v. 2, p. 53, 2011.

Terwee CB, Bot SD, Boer MR, van der Windt, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol**. 2007 Jan;60(1):34-42.

VIEIRA, Erika de Sá et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, 2018.

WANG, Ying et al. Factors affecting breastfeeding outcomes at six months in preterm infants. **Journal of human lactation**, v. 35, n. 1, p. 80-89, 2019.

WHEELER, Barbara J.; DENNIS, Cindy-Lee. Psychometric Testing of the Modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short Form) Among Mothers of Ill or Preterm Infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 42, n. 1, p. 70-80, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Research Tools: Process of translation and adaptation of instruments. World Health Organization. [www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/), accessed, v. 16, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. Geneva: WHO; 2009. 111 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm Birth**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 20 abril. 2021

YANG, Yuanyuan; GUO, Litao; SHEN, Zhijuan. Psychometric properties of the modified breastfeeding self-efficacy scale—short form (BSES-SF) among Chinese mothers of preterm infants. **Midwifery**, v. 91, p. 102834, 2020.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Especialistas

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
ESPECIALISTAS (AVALIAÇÃO SEMÂNTICA)**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar na qualidade de juíza da pesquisa “**Tradução e validação cultural brasileira da *Modified Breastfeeding self-efficacy scale (short form)***”. O objetivo da pesquisa é desenvolver a tradução e validação cultural da *Modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale (short form)* dentro da realidade brasileira. Esta pesquisa está vinculada ao curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), desenvolvida como trabalho de conclusão de curso (TCC) da acadêmica Lorena Maria Fernandes da Silva, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edilaine Giovanini Rossetto. A pesquisa integra um estudo maior denominado “*Coaching de enfermagem via App: uma abordagem inovadora para o aleitamento materno de bebês prematuros*”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Stricto Senso da UEL.

Caso você aceite, será convidado(a) a avaliar o instrumento em três momentos: 1) Avaliação das duas traduções (T1 e T2) para obtenção da síntese das traduções (T12); 2) Análise da equivalência semântica, cultural, idiomática e conceitual de cada item da escala, considerando a escala original; 3) Análise da versão final após a realização do pré-teste, que será realizado com uma amostra intencional de mães de bebês prematuros.

Reforçamos que sua participação é muito importante e totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Salientamos que as informações serão utilizadas somente para os fins de pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que quaisquer despesas ou infortúnios decorrentes da pesquisa serão de responsabilidade dos

pesquisadores.

Os benefícios desta pesquisa se aplicam à oportunidade de você, mediante a avaliação da escala traduzida, ajudará a validar o primeiro instrumento em português brasileiro construído para mensurar a autoeficácia percebida por mães de prematuros para o aleitamento materno (AM), contribuindo para o avanço na promoção do AM nesta população.

Quanto aos riscos, que são mínimos, se relacionam com o tempo destinado à leitura e preenchimento dos materiais enviados, além do esforço e cansaço mental. Para minimizar esse fator, organizamos o material de tal maneira que possa iniciar as leituras e a avaliação do roteiro no momento em que julgar mais conveniente, possibilitando interrupções e retomadas neste processo sem perder o trabalho anteriormente realizado, além de poder desistir da participação mesmo após o aceite.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá fazer contato com: **a graduanda de enfermagem** Lorena Maria Fernandes da Silva, (43) 98479-4942, Rua Braga, nº274, Jardim Piza, CEP: 86041040, Londrina-PR, a enfermeira Ms. Gabriela Ramos Ferreira Curan, (43) 99921-6607, Rua Reverendo João Batista Ribeiro Neto, 75, apto 1903 torre 1 – Gleba Palhano, Londrina, [gcuran@uel.br](mailto:gcuran@uel.br), ou a Dra. Edilaine G. Rossetto, (43) 988376610, Av Gil de Abreu e Souza, 1501, CEP: 86058100 Londrina-PR, [ediluzrossetto@gmail.com](mailto:ediluzrossetto@gmail.com) ou ainda procurar pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Londrina, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**Lorena Maria Fernandes da Silva** RG: 14772468-3

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B

### Instruções ao Grupo de Juízes - (Avaliação Semântica)

*A Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants – Short Form (BSES-SF)* é um instrumento que se destina a avaliar a autoeficácia na amamentação, sendo composto por 18 itens, o qual está disposto em duas partes: os primeiros 7 itens são destinados ao binômio que não está realizando a amamentação no peito e os outros 11 itens quando já está. Cada item pode ser pontuado pela mãe, com variação de 1 a 5 de acordo com a escala de Likert.

A primeira sessão do formulário para a avaliação da escala tem como objetivo traçar o perfil de cada profissional que aceitou participar ativamente do nosso estudo, com perguntas simples sobre informações pessoais e profissionais. A partir da segunda sessão, inicia-se a avaliação. Cada sessão é direcionada para a avaliação de cada item da escala, inclusive título, instruções e pontuações. Nela, identifica-se qual parte do instrumento está sendo avaliado no momento, a sentença na versão original e na versão traduzida após passar pelos tradutores. Tendo como referência a versão original do instrumento, cada item deverá ser avaliado quanto a:

**Equivalência semântica:** equivalência entre os idiomas quanto a gramática, vocabulário e o significado das palavras.

**Equivalência idiomática:** equivalência entre expressões dificilmente traduzíveis, que ao serem traduzidas possam perder completamente o significado ou contexto dentro da frase, sendo necessária a substituição por expressões equivalentes que preservem o significado original.

**Equivalência cultural:** refere-se às situações retratadas nos itens que devem corresponder às vivências em nosso contexto cultural.

**Equivalência conceitual:** equivalência de conteúdo, expressando os mesmos conceitos nos dois idiomas.

Para a avaliação, você deverá expressar se está de acordo ou não está de acordo com a tradução de cada sentença. Em caso de resposta negativa, você deverá apresentar a sugestão de modificação daquele item no espaço ao final de cada conceito.

## APÊNDICE C

## Síntese traduções (ST)

**Escala de autoeficácia em amamentação para mães de bebês doentes e/ou prematuros**

Para cada uma das afirmações a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu recém-nascido. Por favor, assinale sua resposta circulando o número que descreva melhor como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.

- 1 = nada confiante  
 2 = não muito confiante  
 3 = às vezes confiante  
 4 = confiante  
 5 = muito confiante

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Eu consigo retirar leite suficiente para o meu bebê   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Eu consigo lidar com o fato de que a retirada de leite e amamentar pode ser demorado  | 1 2 3 4 5 |
| 3. Eu consigo lidar com qualquer situação da amamentação (retirada de leite e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas desafiadoras | 1 2 3 4 5 |
| 4. Eu consigo lidar com a amamentação de forma que me sinto satisfeita   | 1 2 3 4 5 |
| 5. Eu continuo desejando amamentar   | 1 2 3 4 5 |
| 6. Eu estou satisfeita com minha experiência de amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 7. Eu consigo obter ajuda com a amamentação se/quando eu precisar  | 1 2 3 4 5 |
| <b>Quando meu bebê estiver pronto para mamar no peito:</b>   |           |
| 8. Eu serei capaz de determinar quando meu bebê precisa ser alimentado   | 1 2 3 4 5 |
| 9. Eu serei capaz de garantir que a boca do meu bebê esteja abocanhando corretamente o meu peito durante toda a mamada                                     | 1 2 3 4 5 |
| 10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente  | 1 2 3 4 5 |
| 11. Eu serei capaz de lidar com a amamentação mesmo que meu bebê esteja chorando   | 1 2 3 4 5 |
| 12. Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outro leite como complemento   | 1 2 3 4 5 |

- 13.** Eu serei capaz de amamentar confortavelmente com os membros da minha família presente 1 2 3 4 5
- 14.** Eu serei capaz de terminar de amamentar meu bebê em um peito antes de mudar para o outro 1 2 3 4 5
- 15.** Eu serei capaz de amamentar meu bebê todas as vezes que ele precisar ser alimentado 1 2 3 4 5
- 16.** Eu serei capaz de lidar com a demanda de amamentação do meu bebê 1 2 3 4 5
- 17.** Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar 1 2 3 4 5
- 18.** Eu serei capaz de trocar a retirada do leite, na maioria das vezes, pela amamentação, na maioria das vezes ou em todas as vezes, para alimentar meu bebê 1 2 3 4 5

## APÊNDICE D

Versão Português 1 - VP1

**ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO PARA MÃES DE BEBÊS  
DOENTES E/OU PREMATUROS (VERSÃO PORTUGUÊS 1 - VP1)**

Para cada uma das afirmações a seguir, por favor escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu recém-nascido. Por favor, assinale sua resposta circulando o número que descreva melhor como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.

- 1 = nada confiante  
 2 = não muito confiante  
 3 = às vezes confiante  
 4 = confiante  
 5 = muito confiante

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Eu consigo retirar leite suficiente para o meu bebê   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Eu consigo lidar com o fato de que a retirada de leite e amamentar pode ser demorado  | 1 2 3 4 5 |
| 3. Eu consigo lidar com qualquer situação da amamentação (retirada de leite e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas desafiadoras | 1 2 3 4 5 |
| 4. Eu consigo lidar com a amamentação de forma que me sinto satisfeita   | 1 2 3 4 5 |
| 5. Eu continuo desejando amamentar   | 1 2 3 4 5 |
| 6. Eu estou satisfeita com minha experiência de amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 7. Eu consigo obter ajuda com a amamentação se/quando eu precisar  | 1 2 3 4 5 |

**Quando meu bebê estiver pronto para mamar no peito:**

- |  |           |
|--|-----------|
| 8. Eu serei capaz de determinar quando meu bebê precisa ser alimentado   | 1 2 3 4 5 |
| 9. Eu serei capaz de garantir que a boca do meu bebê esteja abocanhando corretamente o meu peito durante toda a mamada | 1 2 3 4 5 |
| 10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente  | 1 2 3 4 5 |
| 11. Eu serei capaz de lidar com a amamentação mesmo que meu bebê   | 1 2 3 4 5 |

esteja chorando

- 12.** Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outro leite como complemento 1 2 3 4 5
- 13.** Eu serei capaz de amamentar confortavelmente com os membros da minha família presente 1 2 3 4 5
- 14.** Eu serei capaz de terminar de amamentar meu bebê em um peito antes de mudar para o outro 1 2 3 4 5
- 15.** Eu serei capaz de amamentar meu bebê todas as vezes que ele precisar ser alimentado 1 2 3 4 5
- 16.** Eu serei capaz de lidar com a demanda de amamentação do meu bebê 1 2 3 4 5
- 17.** Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar 1 2 3 4 5
- 18.** Eu serei capaz de trocar a retirada do leite, na maioria das vezes, pela amamentação, na maioria das vezes ou em todas as vezes, para alimentar meu bebê 1 2 3 4 5

## APÊNDICE E

Versão Português 2 – VP2

### ESCALA DE AUTOEFICÁCIA EM AMAMENTAÇÃO PARA MÃES DE BEBÊS DOENTES E/OU PREMATUROS (VERSÃO PORTUGUÊS 2 - VP2)

Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu bebê. Por favor, marque sua resposta circulando o número que melhor descreve como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.

- 1 = nada confiante
- 2 = muito pouco confiante
- 3 = às vezes confiante
- 4 = confiante
- 5 = muito confiante

- |  |           |
|--|-----------|
| 1- Eu consigo retirar da mama leite suficiente para o meu bebê   | 1 2 3 4 5 |
| 2- Eu consigo lidar com os fatos de que retirar leite da mama e amamentar podem ser demorados  | 1 2 3 4 5 |
| 3- Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis | 1 2 3 4 5 |
| 4- Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita  | 1 2 3 4 5 |
| 5- Eu continuo querendo amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 6- Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 7- Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar)  | 1 2 3 4 5 |
| <b>Quando meu bebê estiver efetivamente pronto para mamar no peito:</b>  |           |
| 8- Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado  | 1 2 3 4 5 |
| 9- Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o peito corretamente durante toda a mamada   | 1 2 3 4 5 |
| 10- Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente na mamada  | 1 2 3 4 5 |

- 11- Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando 1 2 3 4 5
- 12- Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento 1 2 3 4 5
- 13- Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família 1 2 3 4 5
- 14- Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro 1 2 3 4 5
- 15- Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas 1 2 3 4 5
- 16- Eu conseguirei atender as necessidades de amamentação do meu bebê 1 2 3 4 5
- 17- Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar 1 2 3 4 5
- 18- Eu serei capaz de trocar a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas 1 2 3 4 5

## APÊNDICE F

## Retrotradução 1

**SELF-EFFICACY BREASTFEEDING SCALE FOR MOTHERS OF SICK AND / OR  
PREMATURE BABIES (RETROTRADUÇÃO 1 - RT1)**

For each of the following statements, please choose the answer that best describes your self-confidence in breastfeeding your baby. Please mark your answer by circling the number that best describes how you feel. There are no right or wrong answers.

- 1 = not confident  
2 = slightly confident  
3 = occasionally confident  
4 = confident  
5 = really confidente

- |  |           |
|--|-----------|
| 1- I have enough breast milk for my baby   | 1 2 3 4 5 |
| 2- I can deal with the fact that expressing milk and breastfeeding might be time consuming   | 1 2 3 4 5 |
| 3- I can handle any breastfeeding situation well (expressing milk and breastfeeding itself) just as well as any other difficult task | 1 2 3 4 5 |
| 4- I handle breastfeeding in a way that makes me feel satisfied  | 1 2 3 4 5 |
| 5- I still want to breastfeed  | 1 2 3 4 5 |
| 6- I am satisfied with my experience of breastfeeding.   | 1 2 3 4 5 |
| 7- I can get help with breastfeeding if I need it (or whenever I need it)  | 1 2 3 4 5 |
| <b>When my baby is actually ready to breastfeed:</b>   |           |
| 8- I will be able to know when my baby is hungry   | 1 2 3 4 5 |
| 9- I will be able to make sure that my baby is latched on correctly during the entire feed   | 1 2 3 4 5 |
| 10- I will be able to know if my baby is getting enough milk from my breast  | 1 2 3 4 5 |
| 11- I will be able to breastfeed even if my baby is crying   | 1 2 3 4 5 |
| 12- I will be able to breastfeed my baby without any other types of milk as a supplement   | 1 2 3 4 5 |

- 13- I will be able to breastfeed comfortably in front of people in my family 1 2 3 4 5
- 14- I will be able to breastfeed my baby until I empty one breast before moving on to the other 1 2 3 4 5
- 15- I will be able to breastfeed my baby every feeding 1 2 3 4 5
- 16- I will be able to meet my baby's breastfeeding needs 1 2 3 4 5
- 17- I will be able to know when my baby is full 1 2 3 4 5
- 18- I will be able to switch from expressing milk to breastfeeding on most or all feeds 1 2 3 4 5

## APÊNDICE G

## Retrotradução 2

**SCALE FOR SELF-EFFICACY OF BREASTFEEDING MOTHERS OF ILL AND/OR  
PREMATURE BABIES (RETROTRADUÇÃO 2 - RT2)**

For each following statement, please select the response that best describes the self confidence that you have in breast feeding your baby. Please circle the answer that best describes how you feel. There are no incorrect answers.

- 1 – Not confident  
2 – Very little confident  
3 – Somewhat confident  
4 – Confident  
5 – Very confident

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. I am able to sufficiently express breast milk to nurse my baby  | 1 2 3 4 5 |
| 2. I am able to accept the fact that expressing and nursing may be a long process  | 1 2 3 4 5 |
| 3. I am able to deal with any aspect of nursing (pumping or breastfeeding in and of itself) the same way that I am able to deal with other difficult tasks | 1 2 3 4 5 |
| 4. I am able to deal with nursing in a way that I may feel satisfied   | 1 2 3 4 5 |
| 5. I willing to continue breastfeeding   | 1 2 3 4 5 |
| 6. I am satisfied with my breastfeeding experience   | 1 2 3 4 5 |
| 7. I am able to get help with breastfeeding if needed (or as needed)   | 1 2 3 4 5 |
| <b>When my baby is actually ready to nurse:</b>  |           |
| 8. I will be able to tell when my baby is ready to breastfeed  | 1 2 3 4 5 |
| 9. I will be able to guarantee that my baby is properly latching during the breastfeeding process  | 1 2 3 4 5 |
| 10. I will be able to tell whether my baby is receiving the proper amount of breastmilk during feeding   | 1 2 3 4 5 |
| 11. I will be able to nurse even when my baby is crying  | 1 2 3 4 5 |
| 12. I will be able to breastfeed my baby without the need for other types of supplemental milk   | 1 2 3 4 5 |
| 13. I will be able to comfortably breastfeed in front of members of my family  | 1 2 3 4 5 |

- |   |           |
|---|-----------|
| 14. I will be able to properly nurse my baby until the milk is exhausted in one breast before switching to the other breast | 1 2 3 4 5 |
| 15. I will be able to nurse my baby at all feedings   | 1 2 3 4 5 |
| 16. I will be able to meet the nursing needs of my baby   | 1 2 3 4 5 |
| 17. I will be able to recognize when my baby has finished breastfeeding   | 1 2 3 4 5 |
| 18. I will be able to switch between breast pumping and nursing, at most feedings or at all of them                         | 1 2 3 4 5 |

## APÊNDICE H

## Retrotradução Final

**SELF-EFFICACY BREASTFEEDING SCALE FOR MOTHERS OF SICK AND / OR  
PREMATURE BABIES (RETROTRADUÇÃO FINAL - RTF)**

For each of the following statements, please choose the answer that best describes your self-confidence in breastfeeding your baby. Please mark your answer by circling the number that best describes how you feel. There are no right or wrong answers.

- 1 = not confident  
2 = slightly confident  
3 = occasionally confident  
4 = confident  
5 = really confident

- |  |           |
|--|-----------|
| 1- I have enough breast milk for my baby   | 1 2 3 4 5 |
| 2- I can deal with the fact that expressing milk and breastfeeding might be time consuming   | 1 2 3 4 5 |
| 3- I can handle any breastfeeding situation well (expressing milk and breastfeeding itself) just as well as any other difficult task | 1 2 3 4 5 |
| 4- I handle breastfeeding in a way that makes me feel satisfied  | 1 2 3 4 5 |
| 5- I still want to breastfeed  | 1 2 3 4 5 |
| 6- I am satisfied with my experience of breastfeeding  | 1 2 3 4 5 |
| 7- I can get help with breastfeeding if I need it (or whenever I need it)  | 1 2 3 4 5 |
| <b>When my baby is actually ready to breastfeed:</b>   |           |
| 8- I will be able to know when my baby is hungry   | 1 2 3 4 5 |
| 9- I will be able to make sure that my baby is latched on correctly during the entire feed   | 1 2 3 4 5 |
| 10- I will be able to know if my baby is getting enough milk from my breast  | 1 2 3 4 5 |
| 11- I will be able to breastfeed even if my baby is crying   | 1 2 3 4 5 |
| 12- I will be able to breastfeed my baby without any other types of milk as a supplement   | 1 2 3 4 5 |

- 13- I will be able to breastfeed comfortably in front of people in my family 1 2 3 4 5
- 14- I will be able to breastfeed my baby until I empty one breast before moving on to the other 1 2 3 4 5
- 15- I will be able to breastfeed my baby every feeding 1 2 3 4 5
- 16- I will be able to meet my baby's breastfeeding needs 1 2 3 4 5
- 17- I will be able to know when my baby is full 1 2 3 4 5
- 18- I will be able to switch from expressing milk to breastfeeding on most or all feeds 1 2 3 4 5

## APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Mães

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PRÉ-TESTE MÃES)**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “Coaching de enfermagem via App: uma abordagem inovadora para o aleitamento materno de bebês prematuros”, a ser realizada no Hospital Universitário de Londrina. O objetivo da pesquisa é desenvolver a tradução e validação cultural da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short Form)*, uma escala utilizada para avaliação da autoeficácia na amamentação de bebês prematuros.

Sua participação é muito importante e ela se dará através da aplicação dessa escala para avaliação da tradução realizada, além da equivalência cultural. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Salientamos também que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa são de responsabilidade dos pesquisadores. O benefício dessa pesquisa será que sua participação poderá contribuir para a validação de uma escala que auxilie no processo de autoconfiança materna na amamentação, promovendo conhecimentos e informações sobre o AM.

Quanto aos riscos, que são mínimos, se aplicam ao tempo destinado à leitura e resposta do questionário, e para minimizar esse fator, você poderá interromper a entrevista a qualquer momento, retomando quando achar conveniente. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a sempre que for necessário.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Lorena Maria Fernandes da Silva, (43) 984794942, rua Braga 274 – Jd. Piza, 86041040; Clarice Borges Lucas Denobi, (43) 98572750, rua Jaguaribe 293 – Jd. Oguido, 86025490, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido via plataforma do Google Forms, sendo uma via encaminhada via e-mail devidamente preenchida, com o aceite e entregue ao(à) senhor(a).

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome completo)

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

( ) Concordo ( ) Não Concordo

## APÊNDICE J

## Questionário Sociodemográfico e Antecedentes Obstétricos (Pré-Teste Mães)

Idade (anos) :      ( ) 12 – 19   ( ) 20 – 30   ( ) 31 - 44
Estado civil: ( ) Casada/união   ( ) Solteira
Escolaridade (anos de estudo): ( ) Até 6 anos   ( ) 7 – 11      ( ) 12 ou +
Ocupação: ( ) Trabalha fora de casa   ( ) Não trabalha fora de casa
Renda familiar (salário-mínimo): ( ) Até 1      ( ) 2 – 3      ( ) 3 ou +
Tabagismo: ( ) Sim   ( ) Não
Alcoolismo:      ( ) Sim      ( ) Não
Antecedentes obstétricos e gravidez atual
Paridade: ( ) Primípara      ( ) Multípara
Aborto: ( ) Sim      ( ) Não
Filhos vivos: ( ) 1   ( ) 2   ( ) 3 ou +
Amamentou anteriormente?      ( ) Sim      ( ) Não
Tempo de amamentação (meses): ( ) Não amamentou   ( ) < 6   ( ) 6 - 12   ( ) > 12
Nº de consultas no PN: ( ) < 6      ( ) 6 ou +
IG no parto (semanas): ( ) < 28      ( ) 28 – 32      ( ) 33 - 37
Desejo em amamentar: ( ) Sim      ( ) Não      ( ) Talvez

## APÊNDICE L

## Avaliação Semântica da Escala - Pré-Teste

**Escala de autoeficácia em amamentação para mães de bebês doentes e/ou prematuros**

Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta circulando o número que melhor descreve sua compreensão em relação as questões ou palavras da escala. Não há respostas certas ou erradas.

1 = Ruim

2 = Razoável

3 = Bom

4 = Muito Bom

5 = Excelente

**1- De modo geral, como você avalia a escala de autoeficácia em amamentação para mães de bebês doentes e/ou prematuros?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

**2- As instruções de preenchimento da escala estão claras?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

**3- Como você considera a compreensão dos itens da escala?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

**4) Qual foi o grau de facilidade para responder a escala?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

**5- Como você considera a compreensão sobre as palavras utilizadas na elaboração da escala?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

**6- As perguntas estão claras e fáceis de serem respondidas?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

**7- O que você achou do tempo gasto para o preenchimento da escala?**

1- ( ) Ruim    2- ( ) Razoável    3- ( ) Bom    4- ( ) Muito bom    5- ( ) Excelente

Caso tenha respondido alguma opção 1 ou 2 ou se você teve dificuldade em responder alguma pergunta, por favor, identifique a questão e explique o(s) motivo(s).

Você pode utilizar esse espaço para escrever qualquer tipo de incompreensão do instrumento que você identificou e para sugerir alterações.

## APÊNDICE M

Termo de Consentimento Livre E Esclarecido - Juízes

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (COMITÊ JUÍZES - VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO)**

Prezada:

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar na qualidade de juíza da pesquisa “Tradução e validação cultural brasileira da *Modified Breastfeeding self-efficacy scale (short form)*”. O objetivo da pesquisa é desenvolver a tradução e validação cultural da *Modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale (short form)* dentro da realidade brasileira. Esta pesquisa está vinculada ao programa de pós-graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), desenvolvida como dissertação da mestranda Clarice Borges Lucas Denobi, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edilaine Giovanini Rossetto.

A pesquisa integra um estudo maior denominado “Coaching de enfermagem via App: uma abordagem inovadora para o aleitamento materno de bebês prematuros”, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem *Stricto Senso* da UEL. Caso você aceite, será convidada a validar o conteúdo instrumento traduzido para o português, no qual consiste em avaliar o conteúdo nos quesitos: 1. a clareza e a compreensão; 2. a objetividade; 3. associação com a confiança materna no ato de amamentar; 4. classificar os itens em domínios; 5. a relevância e 6. o grau de relevância dos itens da escala.

Reforçamos que sua participação é muito importante e totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Salientamos que as informações serão utilizadas somente para os fins de pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Esclarecemos ainda que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que quaisquer despesas ou infortúnios decorrentes da pesquisa serão de responsabilidade dos pesquisadores. Os benefícios desta pesquisa se aplicam à oportunidade de você, mediante a avaliação da escala traduzida, ajudará a validar o primeiro instrumento

em português brasileiro construído para mensurar a autoeficácia percebida por mães de prematuros para o aleitamento materno (AM), contribuindo para o avanço na promoção do AM nesta população.

Quanto aos riscos, que são mínimos, se relacionam com o tempo destinado à leitura e preenchimento dos materiais enviados, além do esforço e cansaço mental. Para minimizar esse fator, organizamos o material de tal maneira que possa iniciar as leituras e a avaliação do roteiro quando julgar mais conveniente, entretanto, após o início da avaliação é necessário que conclua para não correr o risco de perder o conteúdo já avaliado. Lembrando que você pode desistir da participação mesmo após o aceite.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá fazer contato com: mestranda em enfermagem Clarice Borges Lucas Denobi, (43) 99857-2750, Rua Jaguaribe, 293, Jd. Oguido, Londrina-PR, clariceblucas@hotmail.com; enfermeira doutoranda Gabriela Ramos Ferreira Curan, (43) 99921-6607, Rua Reverendo João Batista Ribeiro Neto, 75, apto 1903 torre 1 – Gleba Palhano, Londrina, gcuran@uel.br, ou a Dra. Edilaine G. Rossetto, (43) 988376610, Av. Gil de Abreu e Souza, 1501, CEP: 86058100 Londrina-PR, ediluzrossetto@gmail.com ou ainda procurar pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao prédio do LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido eletronicamente.

Londrina, 22 de março de 2021.

Clarice Borges Lucas Denobi RG: 6.762.019-4

Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

( ) Sim      ( ) Não

## APÊNDICE N

**Validação de conteúdo com juízes especialistas**

Especialista Nº: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_  
 Experiência com aleitamento materno (anos): \_\_\_\_\_ Experiência anterior com  
 validação de escalas: 1.Sim 2. Não Ocupação atual: 1. Assistência 2.  
 Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

<b>Para cada um dos itens a serem avaliados responda às seguintes questões:</b>	
<b>1) Este item lhe parece claro e compreensivo?</b> 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo parcialmente 4. Concordo 5. Concordo totalmente	<b>2) Este item está associado à confiança materna na amamentação?</b> 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo parcialmente 4. Concordo 5. Concordo totalmente
<b>3) Sua presença na escala é relevante?</b> 1. Discordo totalmente 2. Discordo 3. Concordo parcialmente 4. Concordo 5. Concordo totalmente	
<b>Texto explicativo da escala</b>	Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu bebê. Por favor, marque sua resposta circulando o número que melhor descreve como você se sente. Não há respostas certas ou erradas
	Os itens descritos na escala de <i>likert</i> abaixo lhe parecem condizentes com a proposta de mensuração da escala de Autoeficácia? 1 = nada confiante 2 = muito pouco confiante 3 = às vezes confiante 4 = confiante 5 = muito confiante
<b>1</b>	Eu consigo retirar da mama leite suficiente para o meu bebê
<b>2</b>	Eu consigo lidar com o fato de que retirar leite da mama e amamentar podem ser demorados
<b>3</b>	Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis
<b>4</b>	Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita
<b>5</b>	Eu continuo querendo amamentar
<b>6</b>	Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar
<b>7</b>	Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar)
<b>8</b>	Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado

<b>9</b>	Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada
<b>10</b>	Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito
<b>11</b>	Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando
<b>12</b>	Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento
<b>13</b>	Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família
<b>14</b>	Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro
<b>15</b>	Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas
<b>16</b>	Eu serei capaz de atender as necessidades de amamentação do meu bebê
<b>17</b>	Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê terminou de mamar
<b>18</b>	Eu serei capaz de trocar a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas

## APÊNDICE O

### Escala de Autoeficácia em Amamentação (BSES-SF) Modificada para Mães de Bebês Doentes e/ou Prematuros (Versão Brasileira)

Para cada uma das afirmações a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve sua autoconfiança em amamentar seu bebê. Por favor, marque sua resposta circulando o número que melhor descreve como você se sente. Não há respostas certas ou erradas.

- 1 = nada confiante  
 2 = muito pouco confiante  
 3 = às vezes confiante  
 4 = confiante  
 5 = muito confiante

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Eu consigo retirar leite da mama suficiente para o meu bebê   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Eu consigo lidar com os fatos de que retirar leite da mama e/ou amamentar podem ser demorados   | 1 2 3 4 5 |
| 3. Eu consigo lidar bem com qualquer situação da amamentação (retirada de leite da mama e a amamentação em si) da mesma forma que faço com outras tarefas difíceis | 1 2 3 4 5 |
| 4. Eu consigo lidar com a amamentação de forma que eu me sinta satisfeita  | 1 2 3 4 5 |
| 5. Eu continuo querendo amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 6. Eu estou satisfeita com a minha experiência de amamentar  | 1 2 3 4 5 |
| 7. Eu consigo obter ajuda com a amamentação se eu precisar (ou quando precisar)  | 1 2 3 4 5 |
| <b>Quando meu bebê estiver realmente pronto para mamar no peito:</b>   |           |
| 8. Eu serei capaz de saber quando meu bebê precisa ser amamentado  | 1 2 3 4 5 |
| 9. Eu serei capaz de garantir que meu bebê está pegando o meu peito corretamente durante toda a mamada   | 1 2 3 4 5 |
| 10. Eu serei capaz de saber se meu bebê está recebendo leite suficiente no meu peito   | 1 2 3 4 5 |
| 11. Eu serei capaz de amamentar mesmo que meu bebê esteja chorando   | 1 2 3 4 5 |
| 12. Eu serei capaz de amamentar meu bebê sem usar outros tipos de leite como complemento   | 1 2 3 4 5 |
| 13. Eu serei capaz de amamentar confortavelmente na frente de pessoas da minha família   | 1 2 3 4 5 |
| 14. Eu serei capaz de amamentar meu bebê até esvaziar o peito antes de mudar para o outro  | 1 2 3 4 5 |
| 15. Eu serei capaz de amamentar meu bebê em todas as mamadas   | 1 2 3 4 5 |
| 16. Eu serei capaz de atender as necessidades de amamentação do meu bebê   | 1 2 3 4 5 |
| 17. Eu serei capaz de reconhecer quando meu bebê estiver satisfeito  | 1 2 3 4 5 |
| 18. Eu serei capaz de substituir a retirada do leite das mamas pela amamentação, na maioria das mamadas ou em todas elas   | 1 2 3 4 5 |

## ANEXOS

## ANEXO A

## Autorização da Autora

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Cindy-Lee Dennis** <[cindylee.dennis@utoronto.ca](mailto:cindylee.dennis@utoronto.ca)>

Data: qui., 19 de dez. de 2019 às 12:49

Assunto: RE: BSES-SF for ill or preterm babies on BRAZIL

Para: Gabriela Ramos Ferreira Curan <[gcuran@uel.br](mailto:gcuran@uel.br)>

Dear Gabriela,

Thank you for your email. Yes, you have my permission to translate the NICU version of my Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Portuguese to use among Brazilian mothers. I would be interested in working with you on any translated psychometric versions for publication. I also need to see the back translated version to ensure it is accurate.

Warm regards

Cindy-Lee

Cindy-Lee Dennis, PhD, FCAHS

Professor in Nursing and Medicine, Dept. of Psychiatry, University of Toronto;

Women's Health Research Chair, Li Ka Shing Knowledge Institute, St. Michael's Hospital;

Fellow, Canadian Academy of Health Sciences

University of Toronto

[155 College St](#)

[Toronto, Ontario](#)

[Canada M5T 1P8](#)

Tel: (416) 946-8608

[www.cindyleedennis.ca](http://www.cindyleedennis.ca)

---

## ANEXO B

## Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants

**Breastfeeding Self-Efficacy Scale for Mothers of Ill and/or Preterm Infants**

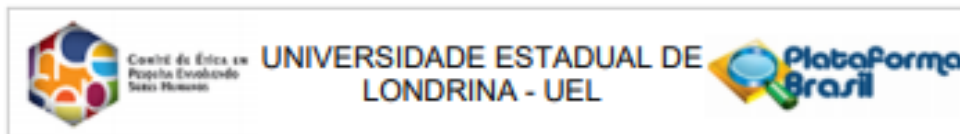
For each of the following statements, please choose the answer that best describes how confident you are about breastfeeding your new baby. Please mark your answer by circling the number that is closest to how you feel. There are no right or wrong answers.

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

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. I can pump enough milk for my baby   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. I can deal with the fact that breast pumping and breastfeeding can be time consuming   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. I can successfully cope with the breastfeeding situation (pumping and actual breastfeeding) like I have with other challenging tasks | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. I can manage the breastfeeding situation to my satisfaction  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. I can keep wanting to breastfeed   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. I can be satisfied with my breastfeeding experience  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. I can get help with breastfeeding if and/or when I need it   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <b><u>When my baby is ready to actually breastfeed:</u></b>   |   |   |   |   |   |
| 8. I will be able to determine when my baby needs to be fed   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. I will be able to ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. I will be able to determine that my baby is getting enough milk   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. I will be able to manage to breastfeed even if my baby is crying  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. I will be able to breastfeed my baby without using formula as a supplement  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. I will be able to comfortably breastfeed with my family members present   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. I will be able to finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. I will be able to breastfeed my baby for every feeding  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. I will be able to manage to keep up with my baby's breastfeeding demands  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. I will be able to tell when my baby is finished breastfeeding   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. I will be able to switch from mostly pumping to mostly or completely breastfeeding my baby  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## ANEXO C

## Parecer Consubstanciado do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** COACHING DE ENFERMAGEM VIA APP: UMA ABORDAGEM INOVADORA PARA O ALEITAMENTO MATERNO DE BEBÊS PREMATUROS

**Pesquisador:** EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 27703419.8.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.833.539

#### Apresentação do Projeto:

Conforme descrito no documento PB\_ Informações Básicas:

"Estudo multimétodo realizado por meio de seis subprojetos. O cenário será o Hospital Universitário de Londrina (HUL), um serviço público, de alta complexidade, com maternidade, uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). A variável independente será o uso do App. Os objetivos do App serão: auxiliar as mães de prematuros a partir de ferramentas do Coaching para obtenção de melhores resultados na amamentação; promover uma fonte de informações sobre o processo de AM do seu bebê prematuro e propiciar uma plataforma para registro de informações relevantes para o AM de prematuros. As variáveis dependentes serão: as pontuações de autoeficácia das mães, as taxas de aleitamento materno, a vivência e o conceito de sucesso das mães no processo do AM de seus filhos prematuros apoiado pelo App. A autoeficácia materna será da pontuada com a versão brasileira da Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form modificada para bebês prematuros ou doentes, obtida pela tradução e adaptação transcultural do instrumento original (Subprojeto 1). Desenvolvimento do App (Subprojeto 2): Será realizado levantamento com cerca de 12 mães de RNs menores de 37 semanas investigando o uso de smartphones e de Apps, o acesso à internet, e as principais dúvidas e/ou dificuldades relacionadas ao AM. Participarão mães de prematuros clinicamente aptas para o AM que aceitem participar do estudo. Será também realizada uma revisão integrativa de literatura sobre o emprego de Apps para promoção do AM (Subprojeto

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

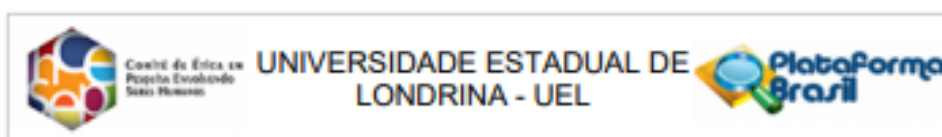
**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5435

**E-mail:** cep268@uel.br

## Continuação Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.833.539

3).

Estes passos subsidiarão a elaboração do roteiro de conteúdos do App, que será dividido em duas partes: 1) roteiros de conteúdos educacionais, com conceitos importantes relacionados ao AM do prematuro, e 2) roteiros de conteúdo de engajamento, baseado no constructo da autoeficácia para o aleitamento materno e apoiado nas técnicas e ferramentas do Coaching. Pesquisadores da Ciência da Computação e do Design participarão da programação e construção do App. Subprojeto 4: Validação aparente e de conteúdo do App. Serão convidados para desempenhar o papel de juízes

seis profissionais da área da saúde especialistas em AM de prematuros, e quatro e da área do Coaching. Eles deverão analisar o conteúdo, a apresentação, a clareza e a compreensão do roteiro do App. Serão solicitadas correções e sugestões. A abordagem dos juízes será realizada via email. A validação do conteúdo ocorrerá por meio da técnica Delphi. Subprojeto 5: Validação clínica do App por meio de Ensaio Clínico Aleatorizado. Nesta etapa, a população de mães/bebês será constituída a partir dos passos previstos no Diagrama de fluxo do CONSORT. Será realizada randomização simples pelo Programa GraphPad Software online para a constituição de dois grupos, o Grupo Intervenção (GI), recebendo o cuidado usual prestado na Unidade acrescido da utilização do App pelas mães, e o Grupo Controle (GC), onde as mães receberão apenas o cuidado usual prestado para a promoção do AM. Os pesquisadores acompanharão o uso do App pelas mães do GI por meio de um sistema interligado via Application Programming Interface (API). Desta forma, a programação do App viabilizará que ele funcione tanto como a plataforma do Coaching de enfermagem para a promoção do AM, quanto como uma fonte de coleta de dados. Todas as mães deverão responder à Escala de Auto Eficácia da Amamentação para a posterior comparação das pontuações médias de autoeficácia entre GC e GI. Será registrada a modalidade de aleitamento

dos bebês na ocasião da alta, e posteriormente verificada a partir de contato telefônico com as mães a modalidade de aleitamento sete dias e 1 mês após a alta. Por fim, no Subprojeto 6, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas para desvelar a vivência das mães no processo do AM de seus filhos prematuros e compreender o sentido de sucesso no AM elaborado pelas mesmas. A autoeficácia na amamentação e as taxas de AM serão contrastadas com o sentido de sucesso no AM.\*

### Objetivo da Pesquisa:

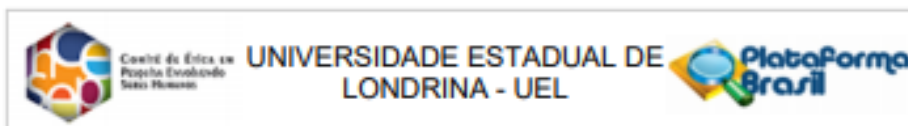
Conforme apresentado no documentos PB\_ Informações Básicas:

\*Objetivo Primário:

Desenvolver, validar e avaliar o impacto da utilização de um App para a promoção do AM em

<b>Endereço:</b> LABESC - Sala 14	<b>CEP:</b> 86.057-970
<b>Bairro:</b> Campus Universitário	
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> LONDRINA
<b>Telefone:</b> (43)3371-5455	<b>E-mail:</b> cep268@uel.br

## Continuação Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.833.539

bebês prematuros.

Objetivo Secundário:

1. Identificar as evidências científicas disponíveis sobre o emprego de aplicativos para smartphones (Apps) na assistência de enfermagem para promoção do AM de prematuros.
2. Traduzir a Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) em sua versão para mães de bebês doentes ou prematuros para o idioma português e avaliar sua equivalência semântica, idiomática e cultural na realidade brasileira.
3. Realizar a validação de conteúdo e aparência do App a partir da avaliação de juízes especialistas nas áreas de AM, prematuridade e Coaching.
4. Realizar a validação clínica do App junto a mães de bebês prematuros
5. Caracterizar os binômios mães-bebês prematuros participantes do estudo de acordo com perfil sócio-demográfico e clínico.
6. Comparar as pontuações de autoeficácia das mães que receberam o cuidado usual com as pontuações das mães que utilizarem o App.
7. Comparar os tipos de alimentação em ambos os grupos, na ocasião da alta hospitalar do bebê, sete dias após a alta e um mês após a alta hospitalar.
8. Desvelar a vivência das mães no processo do aleitamento materno de seus filhos prematuros apoiado pelo App
9. Compreender o sentido de sucesso no aleitamento materno expresso pelas mães.
10. Comparar a autoeficácia na amamentação e as taxas de aleitamento materno com o sentido de sucesso no aleitamento materno referido pelas mães.\*

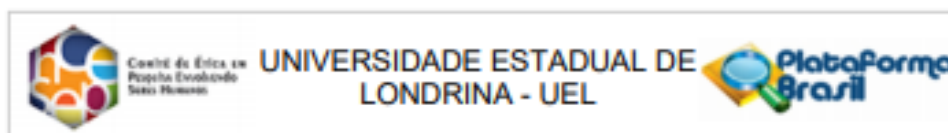
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme descrito no documento PB\_Informações Básicas:

\* Riscos: Para as mães, os riscos se aplicam ao tempo destinado à utilização do App e leitura, resposta dos questionários, e à realização da entrevista. Para minimizar esse fator, elas poderão utilizar o App no tempo em que considerarem oportuno e interromper a entrevista a qualquer momento, retomando ou não quando achar conveniente. Faremos o possível para auxiliá-las em todo processo. Caso algum desconforto ocorra, além de prestar esclarecimentos, nos dispomos a prestar assistência necessária para o alívio do mesmo. Para os juízes da validação transcultural do instrumento e os juízes de validação do App, os riscos se relacionam com o tempo destinado à leitura e preenchimento dos materiais enviados, além

Endereço: LABESC - Sala 14  
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970  
 UF: PR Município: LONDRINA  
 Telefone: (43)3371-5435 E-mail: cep268@uel.br

## Continuação Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.833.539

do esforço e cansaço mental. Para minimizar esse fator, organizaremos o material de tal maneira que os juízes possam iniciar as leituras e a avaliação do roteiro no momento em que julgarem mais conveniente, possibilitando interrupções e retomadas neste processo sem perder o trabalho anteriormente realizado, além da liberdade de poder desistir da participação, mesmo após o aceite, em qualquer etapa de participação.\*

**Benefícios:** Para as mães, os possíveis benefícios da sua participação serão: a possibilidade de contribuir para a construção de um App tão promissor, se beneficiar pela facilitação do processo de amamentação pretendida, receber conhecimentos e informações sobre o AM por meio do app. Além disso, elas estarão recebendo todo o suporte para otimizar suas chances de sucesso no AM. Para os juízes, os benefícios desta pesquisa se aplicam à oportunidade de serem ouvidos e apresentarem suas opiniões a respeito de uma estratégia inovadora, além de contribuir para o avanço na promoção do AM de bebês prematuros.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que visa: Desenvolver, validar e avaliar o impacto da utilização de um App para a promoção do AM em bebês prematuros. Será realizada no Hospital Universitário de Londrina (HUL), um serviço público, de alta complexidade, com maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). Participarão da pesquisa 142 pessoas, sendo: mães de bebês prematuros ou doentes e juízes especialistas que irão validar os instrumentos.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

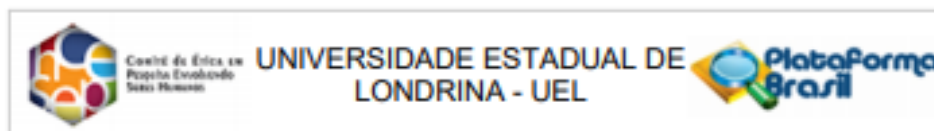
Apresentou folha de rosto preenchida e assinada adequadamente. Apresentou autorização do HU para realização da pesquisa. Apresentou termo de sigilo e confidencialidade assinado. Os TCLES e TALEs estão de acordo com a resolução. Não apresentou o instrumento de coleta de dados. No cronograma a etapa de contato com participantes está prevista para 07/05/2020. O orçamento previsto é de R\$ 40.140,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apresentar todos os instrumentos de coleta de dados: Breastfeeding Self-Efficacy Scalem (em língua portuguesa), questionário semi-estruturado, questões norteadoras para pesquisa qualitativa.

Endereço: LABESC - Sala 14  
 Bairro: Campus Universitário CEP: 86.057-970  
 UF: PR Município: LONDRINA  
 Telefone: (43)3371-5455 E-mail: cep258@uel.br

## Continuação Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.833.539

Considerando que o custo para construção gráfica e programação do APP será parceria com estudantes e professores e que portanto não haverá custo de fato, sugerimos que o mesmo seja retirado do orçamento.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Pedimos que seja(m) atendida(s) a(s) pendência(s) apresentada(s). Reforçamos que o atendimento seja feito no menor tempo possível sob pena de, caso transcorra muito tempo, tornar-se necessário também a revisão do cronograma.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMACOES BASICAS_DO_P ROJETO 1406475.pdf	21/12/2019 17:14:59		Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_PlatBR.pdf	21/12/2019 17:12:45	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_PlatBrasilFINAL.docx	21/12/2019 17:06:12	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Outros	Autorizacao_para_traducao_e_adaptacao_BSES.jpg	21/12/2019 17:04:51	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	21/12/2019 10:27:28	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PlatBrasil.docx	21/12/2019 10:25:13	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_maes_menores_de_idade_Subprojetos5e6.doc	21/12/2019 10:24:52	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Maes_Subprojetos5e6.doc	21/12/2019 10:24:36	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_Maes_menores_idade_Subprojetos5e6.doc	21/12/2019 10:24:20	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Validacao_Juizes_Subprojeto4.doc	21/12/2019 10:24:01	EDILAINE GIOVANINI	Aceito

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

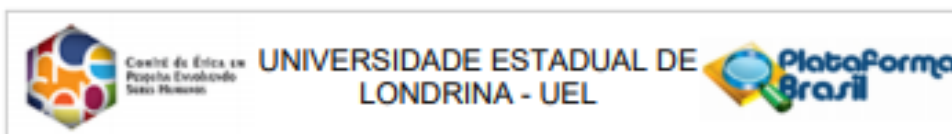
UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

## Continuação Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 3.833.539

Justificativa de Ausência	TCLE_Validacao_Juizes_Subprojeto4.doc	21/12/2019 10:24:01	ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MaesSubprojeto2.doc	21/12/2019 10:23:31	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_Maes_menores_idade_Subprojeto2.doc	21/12/2019 10:23:09	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Validacao_Juizes_Subprojeto1.doc	21/12/2019 10:22:46	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_maes_menores_de_idade_1.doc	21/12/2019 10:21:39	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU_2019.pdf	11/12/2019 21:48:04	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Confidencialidade_e_Sigilo_ASSINADO.pdf	11/12/2019 21:46:00	EDILAINE GIOVANINI ROSSETTO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Pendente

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LONDRINA, 12 de Fevereiro de 2020

Assinado por:  
**Adriana Lourenço Soares Russo**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** LABESC - Sala 14  
**Bairro:** Campus Universitário **CEP:** 86.057-970  
**UF:** PR **Município:** LONDRINA  
**Telefone:** (43)3371-5455 **E-mail:** csp258@uel.br