



Licenciatura em Fisioterapia

Seminário de monografia I e II

Ano lectivo 2007 – 2008 4º Ano

Monografia Final de Curso

Adaptação transcultural e validação da
*“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short
Form”* – versão portuguesa

Vanessa Costa Gama Correia dos Santos
Nº 200490750

Professora Sónia Bárcia

Barcarena, 10 de Novembro de 2008

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

"Será dado destaque ao aleitamento materno, como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais."

(Plano Nacional de Saúde 2004-2010)

Índice

1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura.....	3
2.1 Aleitamento Materno.....	3
2.2 Anatomia e fisiologia da mama.....	5
2.3 Constituição do leite materno.....	7
2.3.1 Colostro, leite de transição e leite maduro.....	7
2.4 Vantagens do aleitamento materno.....	8
2.5 Contra-indicações do aleitamento materno.....	9
2.6 Importância do pai e da família.....	10
2.7 Situações de vida e de saúde da mãe.....	11
2.8 Posicionamento.....	11
2.9 Posição do corpo.....	11
2.10 Síndrome da pega inadequada.....	12
2.11 Auto-eficácia.....	12
2.12 Fisioterapia.....	15
3. Metodologia.....	20
3.1 Tipo de estudo.....	20
3.2 Objectivo do trabalho.....	20
3.3 Meios de pesquisa de informação.....	20
3.4 Adaptação transcultural e validação de um instrumento.....	20
3.5 Procedimentos.....	21
3.5.1 Fase 1 – Equivalências conceptuais e linguísticas.....	21
3.5.2 Fase 2 – Propriedades psicométricas.....	22
3.6 Instrumento.....	25
3.6.1 Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)...	25
3.7 Desenvolvimento da BSES-SF.....	25
3.7.1 Propriedades psicométricas.....	26
3.8 Protocolo para pontuação da BSES-SF (score).....	29
3.9 Desenvolvimento da Versão Portuguesa da BSES-SF.....	29
3.10 Procedimentos.....	27
4. Resultados e Discussão.....	30
6. Conclusão.....	46
7. Referências Bibliográficas.....	48

Apêndices

Apêndices.....	51
Apêndice 1 – Contacto com a autora da escala original.....	52
Apêndice 2 – Duas traduções e versão final.....	54
Apêndice 3 – Duas retroversões e versão final.....	58
Apêndice 4 – Grelha de avaliação da validade de conteúdo da BSES-SF.....	62
Apêndice 5 – Grelha de caracterização dos elementos do painel de peritos.....	68
Apêndice 6 – Grelha de avaliação da escala pelo comité de peritos – validade de conteúdo.....	70
Apêndice 7 – Grelha de caracterização Sócio-Demográfica	79
Apêndice 8 – Declaração de consentimento informado.....	81
Apêndice 9 – Carta para as utentes.....	83
Apêndice 10 – Carta da Universidade Atlântica.....	85
Apêndice 11 – Carta para a Directora do Centro de Saúde da Parede....	87
Apêndice 12 – E-mail enviado à autora da escala original com a versão de consenso da retroversão da BSES-SF.....	90
Apêndice 13 – Versão final da BSES-SF para a Língua Portuguesa.....	92

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Anexos

Anexos.....	94
Anexo 1 – Documentação enviada pela autora Dr ^a Cindy-Lee Dennis da escala original – BSES-SF.....	95

Índice de Quadros e Figuras

Tabela 1 – Caracterização do painel de peritos.....	22
Tabela 2 – Cotação dos peritos.....	30
Tabela 3 – Respostas em relação à cotação dos peritos.....	31
Tabela 4 – Consistência interna da escala de auto-eficácia da amamentação (BSES-SF) – coeficiente Alfa de Cronbach.....	32
Tabela 5 – Coeficiente de reprodutibilidade (teste/re-teste) medido através do coeficiente de correlação momento-produto de Pearson – Correlações.....	32
Gráfico 1 – Amostra - Escalões etários.....	34
Gráfico 2 – Amostra - Habilitações literárias.....	34
Gráfico 3 – Amostra - Estado civil.....	35
Tabela 6 – Amostra - Tipo de parto.....	35
Gráfico 4 – Amostra - Experiência de amamentação.....	35
Tabela 7 – Amostra - Tipo de Amamentação.....	36
Tabela 8 – Valores do Alfa de Cronbach para a escala global se cada uma das questões fosse eliminada - Estatísticas item-total.....	36
Tabela 9 - Estatísticas descritivas da 1ª e 2ª aplicação da escala de auto-eficácia da amamentação.....	37
Tabela 10 – Estatísticas descritivas das respostas à BSES-SF.....	37
Tabela 11 – Médias e desvios-padrão - variabilidade de respostas.....	38
Tabela 12 – Teste t de Student - Questão 1 – Será que a idade influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?.....	39
Tabela 12.1 – Estatísticas descritivas.....	39
Tabela 13 – Teste t de Student - Questão 2 – Será que a experiência anterior de amamentação influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?...	40
Tabela 13.1 – Estatísticas descritivas.....	40
Tabela 14 – Teste t de Student - Questão 3 – Será que as habilitações literárias influenciam significativamente a auto-eficácia da amamentação?.....	41

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Tabela 14.1 – Estatísticas descritivas.....	41
Tabela 15 – Teste t de Student - Questão 4 – Será que o estado civil influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?.....	42
Tabela 15.1 – Estatísticas descritivas.....	42
Tabela 16 – ANOVA - Questão 5 – Será que o tipo de parto influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?.....	43
Tabela 16.1 – Estatísticas descritivas.....	43
Tabela 17 – Teste t de Student - Questão 6 – Será que as mulheres que amamentaram logo o bebê obtêm valores superiores na escala de amamentação aos das mulheres que não amamentaram logo o seu bebê?.....	44
Tabela 17.1 – Estatísticas descritivas.....	44
Tabela 18 – Teste t de Student - Questão 7 – Será que o tipo de amamentação influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?.....	45
Tabela 18.1 - Estatísticas descritivas.....	45

Agradecimentos

Aos meus pais, pela motivação, ajuda, carinho e amor que sempre me deram durante os quatro anos de curso.

À minha família, amigos, colegas um agradecimento especial, pois sem vocês não estaria no final do curso.

Em especial à Teresa Saiote, João Lages e Cátia Silva que nos momentos mais difíceis da realização deste trabalho estiveram sempre presentes.

Agradeço à Fisioterapeuta Sónia Bárcia pela ajuda, paciência, disponibilidade e dedicação.

Um muito obrigado ao José Ferreira pelo tratamento de dados estatísticos.

A todos os tradutores/retroversores, peritos, mães, professores e restantes participantes que me ajudaram a concretizar este trabalho.

À Enfermeira Adelaide Órfão e à Enfermeira Isabel Cruz um muito obrigado, pela simpatia e informações sobre a amamentação que me ensinaram.

Ao Centro de Saúde da Parede e de Cascais por me terem dado autorização para realizar a minha amostra.

Resumo

A amamentação cujas vantagens são conhecidas há séculos, é considerada pelos profissionais de saúde como o melhor método para alimentar um recém-nascido. Contudo, muitas mães abandonam a amamentação precocemente, nesse sentido é necessário identificar os factores responsáveis por este acto. Os instrumentos de medida são uma boa ferramenta de avaliação ao dispor dos profissionais de saúde. A “*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)*” é um instrumento composto por 14 itens concebidos para avaliar a confiança das mães.

O objectivo deste estudo é validar e adaptar linguística e culturalmente a BSES-SF, para a realidade portuguesa. Foi realizada através dos processos de tradução e retroversão a avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas. Na avaliação das propriedades psicométricas, foi analisada a validade de conteúdo por um comité de sete peritos. Seguidamente foi efectuado o pré-teste e posteriormente a BSES-SF foi aplicada numa amostra de 31 mães a amamentar, que preencheram a escala na 1^a ou 2^a semana após o parto no Centro de Saúde da Parede e de Cascais. Em relação à fiabilidade, a consistência interna da BSES-SF deu um valor de 0,95 no coeficiente alfa de *Cronbach* e um valor de 0,52 na reprodutibilidade teste/re-teste.

Este estudo revela que a versão traduzida da BSES-SF pode ser uma medida válida e fiável de auto-eficácia na amamentação.

Palavras-Chaves: Amamentação; Fisioterapia; Instrumentos de medida; Adaptação cultural; Validação e *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*.

1. Introdução

Este trabalho insere-se no âmbito das disciplinas de Seminário de Monografia I e II, integradas no 4º Ano da Licenciatura em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde Atlântica. O objectivo principal deste trabalho é traduzir, adaptar e validar culturalmente o instrumento de medida “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”, mantendo a fiabilidade (alfa de *Cronbach* e a reprodutibilidade teste/re-teste) e a validade de conteúdo, para a cultura portuguesa. O objectivo secundário é tentar perceber qual a influência de sete factores na auto-eficácia da amamentação, são eles: a idade, a experiência anterior de amamentação, as habilitações literárias, o estado civil, o tipo de parto, tempo que as mães demoram a amamentar após o nascimento e o tipo de amamentação.

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. A sua prevalência tem sido muito variável ao longo dos tempos, tendo atingido valores muito reduzidos nas décadas que se seguiram à II Guerra Mundial, devido às alterações sociais e comportamentais que modificaram o estilo de vida das mulheres. Nos últimos anos, muitas entidades têm tentado averiguar as causas deste declínio e estabelecer estratégias que conciliem a prática do aleitamento materno com as condições de vida moderna (Sarafana et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde e a UNICEF recomendam que uma boa alimentação infantil deve ser feita exclusivamente com base no leite materno nos primeiros 6 meses após o parto, posteriormente complementada com a introdução gradual de alimentos, e como complemento até aos 2 anos de vida do bebé (<http://www.who.int/en/>).

É sentido por todos os que estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde uma crescente necessidade de avaliar, de forma rigorosa e aceitável, o impacto da doença e/ou incapacidade sobre o indivíduo. Se por um lado os próprios utentes conhecem melhor os seus problemas e esperam, cada vez mais, ser envolvidos nas decisões que dizem respeito à sua saúde; por outro lado, os gestores dos serviços são cada vez mais pressionados para mostrar efectividade e qualidade, isto é, providenciar resposta aos reais problemas dos utentes, tendo em conta a melhor qualidade ao mais baixo custo. A isto acresce ainda a tentativa das entidades financiadoras, governos ou outras, de encontrar formas financeiramente viáveis de assegurar serviços de saúde úteis aos utentes (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf)

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Estes motivos levam a que os fisioterapeutas sejam diariamente pressionados a demonstrar a efectividade da sua prática, que é naturalmente, em primeira e última instância, uma característica fundamental do seu exercício profissional – prestar os melhores cuidados possíveis a cada utente/comunidade que usufrui dos seus serviços. O que só pode ser garantido através da avaliação da efectividade da sua intervenção.
(http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf)

Por esta razão o presente trabalho torna-se relevante, sendo a escala “*Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF)*” um instrumento de avaliação rápido, exacto e sistemático, que se destina a identificar as mães que amamentam no período imediatamente após o parto e que necessitam de apoio adicional. Pode ser utilizado por investigadores e profissionais de saúde para: identificar as mães que amamentam e que se encontram em situação de risco elevado de abandonar precocemente a amamentação, avaliar comportamentos e aspectos cognitivos na amamentação de forma a individualizar estratégias de construção de confiança, e avaliar a eficácia de diversas intervenções. (Dennis, 2003)

O processo de adaptação foi realizado de acordo com as linhas orientadoras do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Para tal, foram realizados os processos de tradução, retroversão e revisão por um comité de sete peritos. A versão final do questionário foi testada em contexto clínico, numa amostra de 31 mães a amamentar, na primeira ou segunda semana de vida do bebé. As propriedades psicométricas do instrumento foram estudadas através da análise estatística, analisando a consistência interna, coeficiente alfa de *Cronbach* e a reprodutibilidade teste/re-teste.

Este trabalho foi estruturado em três fases. A primeira diz respeito à revisão da literatura e nela encontram-se os conceitos relevantes para o tema em estudo, a amamentação, definições e estudos relativos à mesma, descrição do instrumento em estudo na versão original e versão original e da versão polaca da BSES-SF e explicação da importância dos instrumentos de medida. Numa segunda fase foi efectuada a construção da metodologia, sendo que é a fase essencial deste estudo, que contém a descrição das várias etapas para a validação e adaptação transcultural da BSES-SF assim como a análise dos resultados. Na terceira e última fase realizou-se a discussão e conclusões dos resultados obtidos nas duas fases anteriores.

2. Revisão da Literatura

2.1 Aleitamento Materno

O aleitamento materno é considerado um dos pilares fundamentais para a promoção e protecção da saúde das crianças em todo o mundo. A sua prevalência tem sido muito variável ao longo dos tempos, tendo atingido valores muito reduzidos nas décadas que se seguiram à II Guerra Mundial, devido às alterações sociais e comportamentais que modificaram o estilo de vida das mulheres (Sarafana et al., 2006).

Nos últimos anos muitas entidades (Organização Mundial de Saúde e outras) têm tentado averiguar as causas deste declínio e estabelecer estratégias que conciliem a prática do aleitamento materno com as condições de vida moderna. Após os anos 70, verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas. (Sarafana et al., 2006).

Em Portugal, os estudos são geralmente parcelares e de difícil comparação, mas parecem confirmar que as taxas de amamentação têm tido uma melhoria progressiva nas últimas duas décadas (Sarafana et al., 2006).

Embora os estudos epidemiológicos sobre incidência e prevalência do aleitamento materno em Portugal sejam escassos, e não existam dados resultantes de levantamentos de âmbito nacional nem de pesquisas com carácter longitudinal, têm sido acumulados indícios consistentes, sobretudo de carácter regional, que permitem estimar que os dados nacionais se situam dentro do intervalo de variação registado nos países do Sul da Europa, onde as taxas de início da amamentação se aproximam dos 80%, rondam os 50% aos três meses e decrescem para os 25% aos seis meses. Em termos de manutenção da amamentação, estes valores são muito reduzidos, uma vez que o objectivo traçado pela OMS é que todas as mães amamentem pelo menos até aos 6 meses de idade da criança (Cardoso, 2006).

De acordo com a informação disponibilizada pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1995/1996), a prevalência do aleitamento materno era, à data, de 81,4%, à nascença, de 57% no primeiro mês, de 36% no terceiro mês e de 20% aos seis meses. Os números publicados pela Direcção Geral de Saúde, referentes à incidência e prevalência do aleitamento materno, mostravam que em 1997, na região de Lisboa, 75% das mães amamentavam os filhos durante o primeiro mês de vida, diminuindo para 41% o número das que

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

o mantinham aos três meses, e para 23% aos seis meses. O Inquérito Nacional de Saúde 1998/99 apresentou dados semelhantes, verificando-se que a incidência da amamentação, ou seja, o número de mulheres que a iniciavam, era de 85%, e que as taxas de prevalência eram de 62% após os dois primeiros meses de vida do recém-nascido, e de 29% após os seis meses (Branco & Nunes, 2003).

A maternidade tem sido percebida de formas diferentes, ao longo do tempo e de acordo com a cultura e a sociedade em que a mulher se encontra, produzindo alterações nas suas próprias experiências de gravidez e maternidade (Coutinho & Leal, 2005).

Alguns estudos portugueses apontam para uma alta incidência do aleitamento materno, significando que mais de 90% das mães portuguesas iniciam o mesmo; no entanto, esses mesmos estudos mostram que quase metade das mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, sugerindo que a maior parte das mães não consegue cumprir o seu projecto de dar de mamar e desiste muito precocemente da amamentação (Levy & Bértolo, 2008).

Segundo o Plano Nacional de Saúde, a percentagem de mulheres que amamenta em exclusivo até aos 3 meses, tem uma taxa actual de 22%, com uma meta para 2010 de >50% (http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/vol1_61.html).

O capítulo do programa da OMS “Saúde para Todos na Europa”, denominado “Começo saudável de vida”, fixa, para o ano 2020, os objectivos que a seguir se transcrevem:

“Os estados membros da União Europeia devem ter acesso aos serviços de planeamento familiar, serviços pré-natais, perinatais e de saúde infantil. O aleitamento materno deve ser o único alimento do bebé durante os primeiros 6 meses de vida; Nesse ano, 2020, todas as crianças da UE devem ter uma melhor saúde e uma vida mais saudável, e um menor índice de doenças crónicas e degenerativas, pois todas elas podem melhorar com a amamentação nos primeiros meses de vida; A taxa de mortalidade nos países europeus será inferior a 10 por cada 1000 recém-nascidos vivos, o leite materno é o alimento idóneo para diminuir o índice de mortalidade nos primeiros meses de vida; A mortalidade por acidentes, intoxicação e violência deve diminuir em 50% nas crianças menores de 5 anos. Através do aleitamento materno prevê-se um melhor vínculo entre a mãe e o seu filho, o que diminui a incidência de maus tratos e violência; O índice de recém-nascidos com um peso inferior a 2,5 kg deve diminuir em 25%. O aleitamento materno nos recém-nascidos prematuros é um factor que diminui a incidência de infecção, o que se traduz numa menor morbidade, e devem diminuir as diferenças de morbidade e mortalidade entre os diferentes países da EU” (Cardoso, 2006).

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Portugal tem a maior taxa de trabalho feminino da Europa e um período de licença de maternidade que a legislação portuguesa prevê nunca superior a 4 meses, sendo que a maioria das mães não chega ao segundo mês de aleitamento (Coutinho & Leal, 2005).

O contacto precoce, pele com pele, após o nascimento, o alojamento conjunto, assim como a oportunidade do bebé mamar na primeira meia hora pós-parto, são factores importantes para o sucesso da amamentação (http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf).

O termo vínculo refere-se à ligação emocional dos pais em relação ao filho. Um vínculo pode ser definido como um relacionamento único entre duas pessoas, que é específico e persiste ao longo do tempo. As ligações dos pais ao bebé podem persistir durante longos períodos de separação e de distância, ainda que sinais evidentes da sua existência não estejam patentes (http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf).

Imediatamente após o parto, o bebé está muito sensível, activo e com fome, esse momento deve ser aproveitado para iniciar a vinculação mãe-filho e a primeira adaptação do recém-nascido ao seio. Após o parto, tanto a mãe como o bebé vivem momentos de grande receptividade, antes de se abandonarem ao descanso do esforço realizado. É durante este período que se deve proporcionar contacto precoce, não tanto com fins nutritivos mas para estabelecer um bom vínculo inicial. Para que se forme uma ligação mental e nutritiva entre a mãe e o filho, ligação que ambos necessitam, é necessário que o contacto ocorra o mais precocemente possível após o parto (Michaelson et al., 2003; http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf).

Hoje em dia, muitas organizações internacionais e nacionais defendem fortemente a amamentação, e recomendam a amamentação em exclusividade durante os primeiros seis meses, posteriormente complementada com a introdução gradual de alimentos durante o período de desmame, correspondente ao primeiro ano de vida. Após este período a amamentação pode ser mantida durante o período de tempo em que tanto a mãe como a criança assim o desejem (Dennis, 2003; Palda et al., 2004; Sandes et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (WHO) e a UNICEF recomendam que uma boa alimentação infantil deve ser feita exclusivamente com base no leite materno nos primeiros 6 meses após o parto, posteriormente complementada com a introdução gradual de alimentos, e como complemento até aos 2 anos de vida do bebé (<http://www.who.int/en/>).

O leite materno foi durante quase toda a existência da humanidade, o único alimento do recém-nascido e do lactente. A alimentação com leite materno é a forma natural de alimentação de todos os mamíferos (em geral) e da espécie humana (em particular). O leite materno é um

alimento completo e vivo, impossível de reproduzir na íntegra, porque actualmente ainda não se conhecem todos os seus elementos. Proporciona a melhor forma de começar a vida em todas as áreas do desenvolvimento. O início precoce e o aleitamento materno exclusivo podem salvar mais de um milhão de bebés. Ao comparar crianças que foram alimentadas artificialmente com as que foram amamentadas exclusivamente, verifica-se que as primeiras têm uma saúde mais debilitada. Assim, desde o aparecimento do Homem na Terra, ainda não se conseguiu produzir outro tipo de alimento igualmente bem ajustado às necessidades da primeira etapa da vida humana (Cardoso, 2006; <http://www.waba.org.my/>).

2.2 Anatomia e fisiologia da mama

Em redor do mamilo há uma zona mais escura, a aréola, de tamanho variável. Durante a gestação, a aréola alarga-se e escurece. No bordo da aréola observam-se diversas papilas de um ou dois milímetros de diâmetro, as glândulas de Montgomery. Estas são constituídas por uma glândula sebácea e uma minúscula glândula mamária, cujas secreções combinadas protegem a aréola e o mamilo. A aréola contém fibras musculares involuntárias, cujas contracções (por efeito da oxitocina) provocam a protrusão do mamilo. Cada mama é formada por 7 a 10 lóbulos, que desembocam no mamilo de forma independente por intermédio de outros tantos canais (ductos galactóforos). A partir do mamilo, os ductos galactóforos dividem-se e subdividem-se até chegarem às unidades ultra-estruturais da mama, os ácinos ou alvéolos mamários, minúsculos saquinhos constituídos por células secretoras e rodeados de células contrácteis (mioepiteliais). Na mama em repouso funcional quase não existem ácinos, e o sistema de canais assemelha-se a uma árvore sem folhas (González, 2008).

Quando um bebé mama, impulsos sensoriais vão do mamilo para o cérebro. Em resposta, a parte anterior da hipófise, na base do cérebro, segrega prolactina. A prolactina vai através do sangue para a mama, fazendo com que as células secretoras produzam leite (Levy & Bértolo, 2008).

A maior parte da prolactina está no sangue cerca de 30 minutos após a mamada – o que faz com que a mama produza leite para a mamada seguinte. Para esta mamada, o bebé toma o leite que já está na mama. Ou seja, quanto mais o bebé mama, mais leite é produzido; à noite é produzida mais prolactina; portanto, amamentar durante a noite é especialmente importante para manter a produção de leite (Levy & Bértolo, 2008).

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

A oxitocina vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, ou células mioepiteliais, em torno dos alvéolos. Isto faz com que o leite colectado nos alvéolos flua através dos ductos até ao mamilo. Chama-se a isto reflexo da oxitocina ou reflexo de ejeção. A oxitocina é produzida mais rapidamente que a prolactina. Faz com que o leite que já está na mama flua para esta mamada. Pode começar a actuar antes que o bebé sugue, quando a mãe está preparada para amamentar. Se o reflexo da oxitocina não funciona bem, o bebé pode ter dificuldade em receber leite. Pode ter-se a impressão de que as mamas deixaram de produzir leite. De facto as mamas continuam a produzir leite, mas este não flui (Levy & Bértolo, 2008).

Existem três principais reflexos do bebé relacionados com a amamentação: o reflexo de busca e prensão, o de sucção e o de deglutição. Quando alguma coisa toca nos lábios ou nas bochechas do bebé, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O bebé põe a língua para baixo e para fora. Este é o reflexo de busca e prensão. Quando alguma coisa toca o palato do bebé, ele começa a sugar e, quando a sua boca se enche de leite, ele deglute. São reflexos que acontecem automaticamente, sem que o bebé tenha de os aprender (Levy & Bértolo, 2008).

2.3 Constituição do leite materno

O leite da mulher vai-se modificando gradualmente durante a amamentação, tanto a sua composição como a quantidade, de forma regulada pela própria interacção mãe-filho, apresentando-se sob a forma de colostro nos primeiros dias de vida do recém-nascido, depois como leite de transição, nos dias seguintes, e por fim, a partir da segunda ou da terceira semana e até aos dois anos, como leite maduro (Galvão, 2006; <http://www.lli.org/Portugal.html>).

O ciclo da lactação divide-se em três estadios:

- 1) mamogénese, desenvolvimento e crescimento da mama ao longo da gravidez;
- 2) lactogénese (início da produção de leite), que começa durante a última fase da gravidez, com a secreção do colostro, como resultado da estimulação das células alveolares mamárias pela hormona lactogénica placentar, uma substância semelhante à prolactina;
- 3) galactopoiese (manutenção da produção de leite), a continuidade da secreção de leite está relacionada principalmente com uma produção suficiente de prolactina, hormona da hipófise anterior, e com a remoção eficiente do leite (Cardoso, 2006).

2.3.1 Colostro, leite de transição e leite maduro

O colostro é um líquido amarelado, possui aspecto cremoso/viscoso, é muito rico em proteínas, vitaminas, sais minerais e lactose. Este promove a multiplicação de *Lactobacillus bifidus*, pelo que favorece o crescimento da flora intestinal e facilita a expulsão do mecónio preto esverdeado que caracteriza as primeiras dejectões e, conseqüentemente, a limpeza do tubo digestivo, ajudando a prevenir a icterícia. Podendo existir desde as 20 semanas de gestação, o colostro é segregado pela glândula mamária nos primeiros dois ou três dias a seguir ao parto, e depois vai evoluindo progressivamente para leite de transição (http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/medicosdeportugal/2007/mp_2007_02_02_03_k.htm; <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/topic/46/type/1/page/10/>; <http://www.lili.org/Portugal.html>).

A partir do segundo ou terceiro dia após o parto, é segregado o leite denominado “de transição”, cuja produção pode prolongar-se por uma ou duas semanas. O seu aspecto é aguado, o que, por vezes, constitui factor de preocupação para muitas mulheres menos informadas, levando-as a pensar que o seu leite não é suficientemente bom para a criança e, por isso, manifestam vontade de desistir de amamentar. Este leite vai-se modificando de forma gradual, de acordo com a evolução do recém-nascido, adaptando-se às necessidades nutricionais e digestivas deste (Cardoso, 2006).

O leite maduro contém todos os nutrientes necessários para conseguir um crescimento e um desenvolvimento ideais. Também designado por definitivo, surge por volta do décimo quinto dia (terceira semana pós-parto), tem uma cor mais branca e aspecto mais consistente do que o leite de transição. É o alto teor lipídico do leite do final da mamada que induz a sensação de saciedade, pois cerca de metade da energia fornecida pelo leite materno é mediada por gorduras. “O leite humano maduro é uma mistura homogénea com três fracções: emulsão (gotículas de gordura), suspensão (partículas coloidais de caseína) e solução (componentes hidrossolúveis)” (Galvão, 2006).

2.4 Vantagens do Aleitamento Materno

As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida

http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/medicosdeportugal/2007/mp_2007_02_02_03_k.htm; <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/topic/46/type/1/page/10/>).

O aleitamento materno tem vantagens tanto para a mãe como para o bebé: o leite materno previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; diminui a mortalidade; previne a diarreia; a obesidade; a diabetes; asma e eczema; o cancro infantil; tem um efeito protector sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca; faz com que os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos. No que diz respeito às vantagens para a mãe, o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais precoce, previne o cancro da mama e do ovário; diabetes tipo II; retorno precoce da menstruação e da fertilidade; menor espaçamento entre as gravidezes. Sobretudo, permite à mãe sentir o prazer único de amamentar. No entanto, é fundamental que todas as seguintes condições sejam cumpridas: aleitamento materno praticado em regime livre, sem intervalos nocturnos, sem suplementos de outro leite, nem complementado com qualquer outro tipo de comida (Michaelsen et al., 2003; Sandes et al., 2007; http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/medicosdeportugal/2007/mp_2007_02_02_03_k.htm; <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/topic/46/type/1/page/10/>).

Existem vantagens para a família a nível económico, entre as quais o facto de não ser necessário comprar latas de leite, biberões, tetinas e fazer esterilizações. Facilita viagens, deslocações, passeios e mobilidade no geral. As vantagens para o ambiente também existem e são importantes: permite poupar energia e recursos alimentares, evita a produção de lixo não deteriorável facilmente (latas, biberões, tetinas, outro material para limpeza ou desinfeção, por exemplo) (www.amamentar.net).

2.5 Contra-indicações do Aleitamento Materno

- **Contra-indicações temporárias**

Existem situações em que as mães não devem amamentar os seus bebés, até que as mesmas estejam resolvidas; por exemplo, mães com algumas doenças infecciosas, como a varicela, herpes com lesões mamárias, tuberculose não tratada, ou ainda quando tenham de efectuar uma medicação imprescindível, incompatível com a amamentação (Michaelsen et al., 2003).

- **Contra-indicações definitivas**

As contra-indicações definitivas para o aleitamento materno não são muito frequentes, mas existem. Trata-se de mães com doenças graves, crónicas ou debilitantes, mães infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), mães que precisem de tomar medicamentos nocivos

para os bebês, e ainda bebês com doenças metabólicas raras, como a fenilcetonúria e a galactosémia (Michaelsen et al., 2003).

2.6 Importância do pai e da família

A posição do pai, relativamente ao nascimento do bebé, tem sofrido claras e largas alterações no decorrer das últimas décadas. Hoje em dia, o pai vive o nascimento de forma emotiva e orgulhosa e já não existe retracção relativamente ao facto da, também sua, gravidez (<http://www.llli.org/Portugal.html>; <http://www.nct.org.uk/info-centre/publications/view/37>).

Acompanhando o desenvolvimento do seu filho, ganha mais segurança para exercer a paternidade, e a sua presença reflecte confiança e tranquilidade à mãe (<http://www.llli.org/Portugal.html>).

A mãe fica mais confiante na escolha de amamentar se o seu parceiro estiver de acordo e confiante em relação à amamentação, será uma experiência mais positiva se estiverem os dois de acordo com essa decisão. Nesta altura, o casal entra numa etapa completamente diferente e maravilhosa das suas vidas. O pai tem um papel muito importante, apesar de se sentir um pouco abandonado, tem muitas tarefas que pode realizar para ajudar a manter o equilíbrio, que é essencial numa fase como esta. O pai pode adormecer o bebé, mudar as fraldas, brincar e falar com o bebé, dar-lhe banho, pegar no bebé enquanto a mãe se prepara para dar de mamar, ajudar a mãe a colocá-lo no colo, pô-lo a arrotar, dar leite num copinho ou num biberão (caso a mãe precise de descansar ou de sair um pouco) (<http://www.llli.org/Portugal.html>; <http://www.nct.org.uk/info-centre/publications/view/37>).

Tal como o pai, a restante família e os amigos podem ajudar e ser uma fonte de encorajamento, ou pelo contrário contribuir para o aumento das dificuldades. As avós, em particular, porque muitas não amamentaram, pelo chamado “síndrome do leite insuficiente”, têm tendência a questionar a quantidade e qualidade do leite da nova geração, podendo ser origem de um ambiente adverso à amamentação. No sentido de satisfazer a normal e enorme vontade de ajudar, podem fazê-lo nas tarefas domésticas, a cozinhar, nas compras, permitindo à mãe concentrar-se na amamentação e descansar. No entanto, se apoiarem a amamentação, podem ser uma enorme ajuda (www.amamentar.net).

2.7 Situações de vida e de saúde da mãe

Entre as razões subjectivas mais frequentes para o insucesso da amamentação, conta-se a circunstância de muitas mães acreditarem que não têm leite suficiente, em quantidade ou qualidade, ou terem tido alguma dificuldade em amamentar (Coutinho & Leal, 2005).

No âmbito fisiológico e comportamental, os problemas que ocorrem mais frequentemente são a repleção excessiva por retenção do leite (ingurgitamento mamário), a inflamação das mamas (mastites), que pode ser acompanhada por dores intensas (seios dolorosos), o ferimento dos mamilos (gretas ou fissuras), as dores nos mamilos (mamilos dolorosos), a insuficiência quantitativa da produção de leite (pouco leite) e a deficiência qualitativa do leite produzido (leite fraco). Em todas estas situações, a solução passa, normalmente, pela continuação da amamentação, em posição apropriada e com um procedimento tecnicamente adequado (Galvão, 2006).

2.8 O posicionamento

O bebé não mama gerando vácuo, mas sim fazendo força com a língua para cima e na sua própria direcção. Para isso é imprescindível que tenha a língua debaixo da aréola. Entre a língua e a mama não há fricção, porque a língua não se desloca, sendo ao invés percorrida por uma onda de pressão semelhante a uma contracção peristáltica, que se faz sentir desde a ponta da língua até à base. Para poder mamar eficazmente o bebé tem de ter a boca muito aberta, com ambos os lábios evertidos, a mama bem dentro da boca e a língua debaixo da aréola. Entre o mamilo e o lábio inferior tem de haver espaço suficiente para colocar a língua – portanto, o mamilo não está normalmente no centro da boca, mas sim mais perto do lábio superior (colocação assimétrica) (Michaelsen et al., 2003; González, 2008).

2.9 A posição do corpo

O fundamental para a amamentação é a posição e o movimento dos lábios e da língua. Se os lábios e a língua estiverem bem, o lactente irá mamar bem em qualquer posição. No entanto há posturas corporais que costumam dificultar a amamentação, sobretudo nos recém-nascidos. Recorde-se sempre que a postura do corpo é secundária. Normalmente, o lactente mama melhor se tiver a cabeça alinhada com o corpo, de modo a que não precise de dobrar, esticar, girar nem virar o pescoço para mamar. Em qualquer destes casos, não só se sente incomodado, como lhe custa a chegar à mama, e como tal é provável que agarre só o mamilo. Podem surgir problemas

quando se amamenta na mesma postura em que se daria um biberão. O aleitamento artificial é muito mais frequente em público ou nos meios de comunicação do que a amamentação, e muitas mães imitam inconscientemente essa posição (Michaelsen et al., 2003; González, 2008).

2.10 Síndrome da pega inadequada

Quando o bebé não está correctamente colocado na mama (por exemplo, se tiver a boca aberta e só agarrar o mamilo), produz-se uma cascata de sintomas e sinais: Não conseguindo apertar a mama com a língua, o bebé tenta obter o leite formando vácuo; Ao fazer mais força sobre menos superfície, a pressão aumenta, provocando dor e fissuras no mamilo; Como a sucção não é eficaz, o bebé mama durante muito tempo, muitas vezes mais de meia hora, e não solta a mama por si mesmo, tendo a mãe de lhe tirar a mama da boca; O bebé engole ar e faz barulho ao mamar; Apesar das mamadas muito longas, o bebé não parece satisfeito, voltando a pedir a mama pouco tempo depois; O lactente ingere uma grande quantidade de leite inicial, pobre em calorias, mas não consegue obter o leite final, rico em gorduras. O volume total de leite ingerido é superior à sua capacidade gástrica, pelo que frequentemente regurgita e vomita; As mamas da mãe reagem a esta situação produzindo mais leite inicial, e a sua hipófise produz mais oxitocina do que é habitual. A maior produção de leite e um esvaziamento insuficiente levam ao ingurgitamento e por vezes à mastite; O excesso de oxitocina (não devido a qualquer anomalia da hipófise, mas derivado da pega inadequada) faz com que a mãe note uma forte “descida de leite”, por vezes de forma repetida na mesma mamada; O lactente ingere menos gordura que o habitual, mas mais proteínas e mais lactose. A sobrecarga de lactose pode produzir uma intolerância relativa. As bactérias intestinais actuam sobre a lactose não digerida, produzindo gases, dejeções diarreicas e ácidas; O lactente tem muitos motivos para estar incomodado: tem fome mas, ao mesmo tempo, o estômago está tão cheio que não consegue mamar mais; tem ar no estômago e gases no cólon; sofre de cólicas e fica com as nádegas irritadas pela acidez das fezes (González, 2008).

2.11 Auto-eficácia

Recentemente, a questão da auto-eficácia tem sido vista como um excelente modo de prever os comportamentos relacionados com a saúde. Identificada como sendo a percepção que um indivíduo tem de que é capaz de desempenhar uma tarefa específica ou comportamento, a auto-eficácia é composta por duas partes: (a) expectativas de resultados, a percepção de que um

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

determinado comportamento gera um determinado resultado; e (b) expectativas da auto-eficácia, ou seja, a convicção do indivíduo de que é capaz de realizar uma tarefa ou comportamento específicos para obter o resultado desejado. Esta distinção é importante, uma vez que as pessoas podem acreditar que um determinado comportamento as irá ajudar a atingir um determinado resultado mas estão pouco confiantes de que irão desempenhar um determinado comportamento numa situação específica. Deste modo, mesmo que um indivíduo acredite num determinado resultado, este facto não resulta necessariamente nesse desempenho, a não ser que o indivíduo também acredite que o comportamento possa ser executado com êxito. Por exemplo, se uma mãe acreditar que é importante não introduzir uma fórmula láctea suplementar, mas não tiver confiança na sua capacidade de manter a produção de leite materno ou de determinar se o bebé está a receber leite materno suficiente, então é muito provável que essa mãe vá introduzir o suplemento lácteo (Dennis & Faux, 1999; Dennis, 2003).

Estas expectativas de auto-eficácia influenciam os comportamentos do indivíduo de várias formas: o esforço que despende, durante quanto tempo persiste quando enfrenta obstáculos, ou se se deixa envolver em processos cognitivos auto-debilitantes ou encorajadores. Como tal, a auto-eficácia na amamentação é uma variável importante para os resultados do aleitamento, uma vez que prevê: (a) se uma mãe opta por amamentar ou não, (b) o grau de esforço investido no processo, (c) se a mãe apresenta padrões de pensamento auto-debilitantes ou de auto-elevação, e (d) de que forma irá reagir emocionalmente às dificuldades da amamentação (Dennis & Faux, 1999; Dennis, 2003).

Na auto-eficácia existem quatro fontes principais de informação: (a) resultados de desempenhos (experiências anteriores de amamentação), (b) experiências visuais (a observação do desempenho no comportamento específico), (c) persuasão verbal (o encorajamento por parte de pessoas influentes na vida da mulher), e (d) reacções fisiológicas (reacções somáticas em relação à consciencialização autónoma durante a fase de antecipação ou experiência de um acontecimento potencialmente desgastante). Em relação à auto-eficácia na amamentação, uma mãe determina a sua capacidade de amamentar o seu filho recém-nascido com base em experiências anteriores de amamentação, na observação de comportamentos bem sucedidos de amamentação por parte de outras mães e no encorajamento por parte de pessoas com alguma influência na sua vida. Além disso, o seu estado psicológico e afectivo actual, incluindo fadiga, stress e ansiedade, é uma importante fonte de informação através da qual ela avalia a sua capacidade de amamentar (Dennis, 2003).

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Foram realizados vários estudos para identificar as mães em risco de abandonar precocemente a amamentação, para que as intervenções-alvo pudessem ser iniciadas. Contudo, muitos dos factores de prognóstico são constituídos por variáveis demográficas que não podem ser modificadas, tais como a idade da mãe, estado civil, nível de escolaridade e nível socioeconómico. Para que os profissionais de saúde possam melhorar os baixos índices de duração da amamentação de forma eficaz, terão de avaliar de forma fiável as mulheres em situação de risco elevado de abandono e identificar factores de predisposição subjacentes sobre os quais possam actuar (Dennis, 2006).

Embora a Organização Mundial de Saúde e a UNICEF, na iniciativa intitulada Baby-Friendly Hospital Initiative (Hospital Amigo dos Bebés), tivessem apresentado 10 passos fundamentais para assegurar que os profissionais de saúde forneçam apoio adequado, a iniciativa focou essencialmente o número cada vez maior de mulheres que se encontram a amamentar quando saem do hospital. Contudo, o apoio após o internamento é muito importante. Com o objectivo de direccionar os esforços para intervenções de apoio, uma série de pesquisas têm sido desenvolvidas para identificar as mães a amamentar e em elevado risco de desistirem da amamentação. Para que os profissionais de saúde possam melhorar os que traduzem curtos períodos de aleitamento, a identificação das mães em elevado risco deve ser baseada em variáveis modificáveis, que possam orientar o desenvolvimento e avaliação das intervenções de apoio. Uma das variáveis que pode ser alterada consiste na confiança na amamentação (Dennis, 2003).

Segundo um estudo realizado nos Estados Unidos da América, as razões que levam a maioria das mães a deixar de amamentar são os mamilos doridos, a percepção de não produzirem leite suficiente e a insatisfação do bebé (Ahluwalia, Morrow, & Hsia, 2005).

O efeito da confiança materna nos resultados da amamentação tem sido salientado por diversos investigadores. Num estudo transversal de 64 mulheres, descobriu-se que as grávidas sem confiança nas suas capacidades de amamentar iriam provavelmente desistir antes de 2 semanas após o parto (rácio de risco = 2,38; 95% intervalo de confiança [IC] = 1,82-6,18). De igual modo, descobriu-se que 27% das mulheres com uma baixa confiança na sua capacidade de amamentar antes do parto desistiram de amamentar durante a primeira semana após o mesmo em comparação com apenas 5% de mulheres com elevada confiança ($p < 0,001$). O insucesso na amamentação é 4 a 5 vezes mais provável em mães menos confiantes (Dennis, 2003).

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Num outro estudo descritivo de 198 mulheres grávidas, examinaram 11 variáveis psicológicas e demográficas e concluiu-se que a confiança na amamentação era a variável mais importante que afectava o período de duração da amamentação esperado. Como tal, as mulheres com um baixo nível de confiança na sua capacidade de amamentar tinham um risco 3,1 vezes superior (95% IC = 1,39-6,76) de abandonarem precocemente a amamentação, em comparação com mulheres que amamentavam com confiança (Dennis, 2003).

A evidência científica actual aponta para o facto de que todas as formas de apoio, profissional ou outro, aumentam a duração do aleitamento materno (AM) em todas as suas formas. O apoio profissional parece aumentar mais a duração do AM exclusivo, enquanto que o apoio prestado por leigos parece ser eficaz em todos os tipos de AM. Há ainda evidência de que a formação das equipas de saúde dos hospitais segundo o modelo da OMS/UNICEF contribui de forma significativa para o prolongamento do aleitamento materno exclusivo (<http://www.MamaMater.org/newsletter.html>).

A OMS e a UNICEF identificam 4 áreas de apoio e suporte para o sucesso do aleitamento materno: 1. Os Sistemas de Saúde devem apoiar as mulheres, através de cuidados centrados humanizados e individualizados para cada díade mãe-filho, ponderando todas as medidas passíveis de impacto; 2. A formação dos profissionais de saúde visa apoiar directamente a mulher, através de boas práticas, humanizadas e com um adequado e actualizado desenvolvimento de competências; 3. O Código Internacional de Ética para o Marketing dos Substitutos do Leite Materno, e subsequentes resoluções da WHA, apoiam a mulher através da censura do marketing falso e enganoso; 4. A mobilização da comunidade, especialmente o apoio dos grupos mãe-a-mãe, mas também de outros pares, pois os tipos de grupos informam e habilitam as mulheres (<http://www.MamaMater.org/newsletter.html>).

Utilizando o simbolismo dos Jogos Olímpicos, a WABA transpôs os anéis coloridos que representam a rede internacional de atletas e países, de forma a adaptá-los ao Apoio para o Aleitamento Materno. No centro foi colocado o anel que representa a Mulher, e com ele se articulam os restantes 6 anéis: Família e Rede Social, Cuidados de Saúde, Governo e Legislação, Trabalho e Emprego, e Resposta na Crise ou na Emergência (<http://www.waba.org.my/>).

2.12 Fisioterapia

Desde o nascimento até ao fim da vida, o corpo, mente e espírito da mulher estão em constante transformação. Os profissionais de saúde estão habilitados a acompanhar essa

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

evolução, tendo sempre presente que segundo a OMS "A saúde da mulher não é meramente a ausência de doença, mas sim um estado de completo bem-estar físico, mental e social." (<http://www.apfizio.pt/gifsm/profissional.htm>).

A decisão de amamentar ou usar um substituto do leite materno é da mãe e da família. Contudo, não é possível tomar decisões sem se conhecerem os prós e os contras dessas decisões, se não se estiver na posse de informação que permita valorizar os diversos aspectos em jogo. Além disso, o aleitamento materno é uma capacidade que se aprende, vulnerável à falta de informação, experiências negativas, inexperiência ou falta de apoio (www.amamentar.net).

Tradicionalmente, amamentar era o padrão normal de comportamento, os conhecimentos eram transmitidos de geração em geração, crescia-se a observar pessoas a amamentar, havia sempre alguém por perto com o saber e a disponibilidade para ajudar, corrigir, apoiar. Actualmente tal não acontece, com estilos de vida diferentes, dificultadores da amamentação, com modelos e hábitos de aleitamento artificial, com mães e avós que não amamentaram e/ou não foram amamentadas, sem experiência e desconhecedoras dos aspectos práticos e dos “truques” da alimentação natural ao peito (www.amamentar.net).

É sentido por todos os que estão envolvidos na prestação de cuidados de saúde uma crescente necessidade de avaliar, de forma rigorosa e aceitável, o impacto da doença e/ou incapacidade sobre o indivíduo (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf).

Para se ter uma verdadeira opção pelo aleitamento materno é necessário estar correctamente informado e dispor de oportunidade para tal. Assim, é absolutamente único e imprescindível o papel que os profissionais de saúde podem, e devem, desempenhar na protecção, promoção e apoio ao aleitamento materno (Palda et al., 2004; www.amamentar.net).

Em primeiro lugar, os profissionais de saúde têm que desempenhar o papel de conselheiros, amigos, confidentes, que substitui ou complementa a rede de familiares e amigos tradicional. As mães procuram ajuda e confirmação de que o que estão a fazer está correcto. Os profissionais de saúde têm que disponibilizar a informação correcta e útil, ajudar as mães a ultrapassar as dificuldades e a prevenir problemas da amamentação, podendo intervir a nível individual ou em grupo. Por outro lado, o aleitamento materno é um assunto de Saúde Pública de primeira grandeza, pelo seu insubstituível contributo na promoção da saúde e prevenção da doença. Os profissionais de saúde sejam, médicos enfermeiros ou outros, têm um papel

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

fundamental e insubstituível no objectivo de aumentar a incidência e a duração do aleitamento materno (Palda et al., 2004; www.amamentar.net).

Quando, há uns anos atrás, o Fisioterapeuta começou a intervir no campo da saúde da mulher, a sua intervenção baseava-se em aspectos mais relacionados com as áreas da preparação para o parto e da incontinência urinária. Actualmente, os Fisioterapeutas que actuam nesta área intervêm num grande leque de situações, como por exemplo as disfunções ginecológicas e urológicas, alterações associadas à gravidez (fisiológicas, biomecânicas e emocionais) e educação pré-parto e pós-parto, entre outros (Stephenson & O’Connor, 2004).

Os fisioterapeutas são diariamente pressionados a demonstrar a efectividade da sua prática, que é naturalmente, em primeira e última instância, uma característica fundamental do seu exercício profissional – prestar os melhores cuidados possíveis a cada utente/comunidade que usufrui dos seus serviços. O que só pode ser garantido através da avaliação da efectividade da sua intervenção (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf).

A finalidade da World Confederation for Physical Therapy (WCPT) e da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) é melhorar a qualidade dos cuidados globais de saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia (APF, 2005).

Segundo o padrão de prática 6, sendo os problemas do utente uma referência, deve ser utilizado um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado e publicado, para avaliar as alterações da situação de saúde do utente. Como critérios, o Fisioterapeuta selecciona um instrumento de medida de avaliação de resultados, validado para o contexto em que é aplicado e que seja relevante para os problemas do utente, certifica-se que o instrumento é aceite pelo utente, explica-o ao utente que dá para o efeito o respectivo consentimento. O Fisioterapeuta selecciona um instrumento de medida de avaliação de resultados sobre o qual tenha a competência e experiência necessárias para utilizar, aplicar e interpretar. O Fisioterapeuta certifica-se do bem-estar do utente durante a aplicação do instrumento de medida, durante a aplicação e pontuação do instrumento segue as instruções escritas do manual, dos seus autores e/ou das linhas de orientação do serviço, o resultado da medição é registado de imediato e o mesmo instrumento de medida é utilizado no final do episódio da intervenção (APF, 2005).

Medidas de Resultados são instrumentos de avaliação, questionários ou outros, que pretendem avaliar a saúde dos utentes ou aspectos relacionados com ela, questionando os próprios utentes. No fundo, são os instrumentos que permitem demonstrar os resultados obtidos com o processo de cuidados de saúde prestados, a determinado utente ou comunidade. Como

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

seleccionar as Medidas de Resultados? Inicialmente, para poder seleccionar uma medida de resultados, o fisioterapeuta deve tentar responder a duas perguntas prévias que lhe permitirão identificar os pressupostos da sua avaliação: “Porque é que se pretende medir?” e “Qual o objectivo da intervenção?” A resposta a estas duas questões vai facilitar ao fisioterapeuta uma reflexão que o encaminhará mais para um tipo de medida ou para outro (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf).

As razões que levam um fisioterapeuta a medir/avaliar poderão ser de dois tipos: para o ajudar, enquanto profissional, a avaliar o efeito da sua intervenção e para poder responder a terceiros acerca da efectividade da intervenção. Esta é uma necessidade exterior a si mesmo enquanto profissional. Pode advir do utente, da companhia de seguros que financia os tratamentos do utente ou da entidade empregadora (razões de ordem externa) (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf).

As medidas de resultados são extraordinariamente úteis na informação sobre a efectividade das intervenções em situações reais (ao contrário de cenários artificiais utilizados na investigação), e na sequência disso informam a prática clínica e consequentemente a continuidade das estratégias de intervenção utilizadas ou a sua alteração (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf).

No contexto português, há duas questões que podem tornar esta tarefa mais difícil ao fisioterapeuta. Por um lado, a selecção da medida de resultados a utilizar pode ser complexa pelo difícil acesso à informação; por outro, considerando a escassez das publicações na área da fisioterapia, encontrar a medida também pode ser um problema (http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf).

Uma família a crescer é muitas vezes um processo algo turbulento, carregado de dúvidas e inseguranças. O Fisioterapeuta pode ajudar a esclarecer e orientar os pais naquilo que mais os preocupa nesta fase da sua vida. Por outro lado, a mãe está a recuperar a sua figura e a tentar reencontrar o equilíbrio. O Fisioterapeuta poderá, através de exercícios e do aconselhamento sobre a forma mais adequada de executar as tarefas do dia-a-dia, contribuir para todo o processo de recuperação e bem-estar da mãe (<http://www.apfisio.pt/gifsm/interv.htm>; <http://www.apfisio.pt/gifsm/posparto.htm>).

Este actua tanto na fase pré-parto como na fase pós-parto, e tenta perceber e apoiar a Mulher ou casal, nas várias vertentes mais problemáticas desta nova fase da sua vida. Mas, uma vez que os problemas decorrentes da amamentação surgem na fase pós-parto, este tem como

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

objectivo ajudar os pais em determinados aspectos que os possam preocupar e, particularmente neste caso, a encontrar a melhor solução para os problemas decorrentes da amamentação, ajudando a mantê-la pelo mais tempo possível (<http://www.apfisio.pt/gifsm/posparto.htm>).

Porque intervir na saúde da mulher em todas as fases da sua vida, considerando-a e respeitando-a como um todo, é o principal objectivo do fisioterapeuta que actua na área da saúde da mulher, esta deve permitir-se a ter os melhores cuidados, colocando-se em boas mãos (<http://www.apfisio.pt/gifsm/posparto.htm>).

Mas, apesar de serem considerados cada vez mais importantes na área de saúde da mulher, os Fisioterapeutas não são ainda totalmente reconhecidos pelos outros elementos da equipa de saúde como profissionais indispensáveis nesta área de intervenção. Por isso, é recomendável que se tornem familiarizados com todos os aspectos relativos a esta área tão específica, bem como com a sua evolução no campo da fisioterapia, para que esse reconhecimento se torne cada vez mais evidente (Stephenson & O'Connor, 2004).

3. Metodologia

3.1 Tipo de estudo

O estudo efectuado é uma adaptação transcultural e validação de um instrumento de medida na área da saúde.

3.2 Objectivo do trabalho

O objectivo principal deste trabalho é traduzir, adaptar e validar culturalmente o instrumento de medida “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form”, mantendo a fiabilidade (alfa de *Cronbach* e a reprodutibilidade teste/re-teste) e a validade de conteúdo, para a cultura portuguesa. O objectivo secundário é tentar perceber qual a influência de sete factores na auto-eficácia da amamentação, são eles: a idade, a experiência anterior de amamentação, as habilitações literárias, o estado civil, o tipo de parto, tempo que as mães demoram a amamentar após o nascimento e o tipo de amamentação.

3.3 Meios de pesquisa de informação

Realizou-se uma pesquisa de artigos, em diversas bibliotecas, no portal B-on em diferentes bases de dados (Pubmed, Ebsco, Science Direct) e na internet em sites governamentais creditados. Para esta pesquisa nas bases de dados, foram utilizadas, em múltiplas combinações diversas palavras-chave, nomeadamente: *cross-cultural, adaptation, instruments, psychometric assessment, measures, functional, outcome, translation, breastfeeding, self-efficacy, predictors of breastfeeding, breastfeeding duration, risk to discontinue breastfeeding*, amamentação, fisioterapia, confiança e factores de risco.

3.4 Adaptação transcultural e validação de um instrumento

A adaptação inter-cultural de um instrumento envolve dois passos principais: avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas e avaliação das propriedades psicométricas. Estas equivalências são apresentadas pelo European Group on Health Outcomes (ERGO) como sendo os critérios que, uma vez verificados, nos permitem considerar determinada medida com equivalência cultural (Ferreira & Marques, 1998).

No que diz respeito à avaliação das equivalências conceptual e linguística, dever-se-á iniciar por um processo de tradução. A tradução deve ser realizada por dois ou mais tradutores

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

independentes, bilíngues e multi-profissionais, ou tradutores oficiais cuja língua-mãe é a da versão a adaptar. A versão assim obtida deve ser retrovertida para a língua original por tradutores cuja língua-mãe seja a da versão original. As duas versões na língua original devem então ser comparadas (Ferreira & Marques, 1998).

De notar, contudo, que a eliminação de itens pertencentes a conceitos importantes deve ser acompanhada da edição de novos itens equivalentes para que se atinja a equivalência de conteúdo e a coerência interna. É no entanto importante ter em atenção que eliminações e adições poderão comprometer a liberdade intercultural. Daí que, na presença da eliminação e/ou introdução de itens, a validade de conteúdo, a coerência interna e a fiabilidade devam ser sempre avaliadas na cultura e na língua em que o instrumento vai ser aplicado (Ferreira & Marques, 1998).

3.5 Procedimentos

A adaptação inter-cultural de um instrumento envolve duas fases principais: avaliação das equivalências conceptuais e linguísticas e avaliação das propriedades psicométricas.

Fase 1 – Equivalências conceptuais e linguísticas

Fase 2 – Propriedades psicométricas

3.5.1 Fase 1 - Equivalências conceptuais e linguísticas

Pedido de autorização à autora da escala Dr^a Cindy-Lee Dennis

Foi desenvolvido por escrito, um pedido de autorização à autora do instrumento de medida, Dr^a. Cindy-Lee Dennis, solicitando permissão para o desenvolvimento da versão portuguesa da escala BSES-SF. O pedido foi enviado por e-mail no dia 30 de Outubro de 2007, ao qual a autora respondeu por e-mail no dia 1 de Novembro de 2007, a autorizar a realização da versão portuguesa da BSES-SF. (Apêndice 1 e Anexo 1)

Tradução & Retroversão

Para o processo de tradução e retroversão da escala, foi realizado um pedido de colaboração de dois tradutores, uma fisioterapeuta e uma licenciada em Línguas e Literaturas Modernas. O conjunto de tradutores realizou o procedimento de tradução e retroversão cegas. Uma tradutora e

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

uma fisioterapeuta fizeram o processo de tradução e uma tradutora e uma licenciada em línguas e literaturas modernas fizeram o processo de retroversão. Em cada um dos processos foi feita a versão de consenso com a autora do estudo e a orientadora visualizando e confirmando as traduções e retroversões com a escala original. Por fim a versão final da retroversão foi enviada à Dr^a Cindy-Lee Dennis a qual respondeu que o processo de validação poderia continuar. (Apêndice 2, 3, 12 e Anexo 1)

3.5.2 Fase 2 - Propriedades psicométricas

Revisão por comité de peritos

Após os processos de tradução e retroversão, foi consultado um painel de sete peritos, três fisioterapeutas, duas médicas e duas enfermeiras, para ser avaliada a validade de conteúdo. Este painel analisou a versão final do instrumento, após a retroversão, com o objectivo de dar o seu parecer quanto ao formato, apresentação, realidade portuguesa e nível de compreensão do instrumento. E de alcançar o consenso em situações de ambiguidade e discrepância existentes nas questões que compõem a escala e dar o parecer enquanto peritos na amamentação.

(Apêndice 4 e 6)

Critérios de inclusão para os sete peritos: experiência na área da saúde da mulher ou de aleitamento materno, mínimo de seis anos de experiência e grau académico de licenciatura.

Tabela 1 – Caracterização do painel de peritos

Nome	Profissão	Local onde exerce a profissão	Tempo de exercício profissional	Formação específica / pós-graduada na área profissional	Grau académico
Peritos 1 F.S.	Fisioterapeuta	Hospital Egas Moniz	33 Anos	Curso de preparação para o nascimento e pós-parto, massagem no bebé, incontinência urinária; Presidente do grupo de interesse em Fisioterapia na Saúde da Mulher	Licenciatura
Peritos 2 S.P.	Fisioterapeuta	Centro de Saúde da Parede	6 Anos	Pós-graduada em Fisioterapia na Saúde da Mulher	Licenciatura
Perito 3 P.Q.	Fisioterapeuta	Hospital Egas Moniz	11 Anos	Curso de preparação para o nascimento e pós-parto;	Licenciatura

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

					Curso de AM (conselheira)	
Perito 4 C.G.	Médica Pediatra	ARS Algarve	20 Anos	Formadora aconselhamento aleitamento materno	em AM	Licenciatura
Perito 5 M.P.	Médica medicina interna	de Hospital Senhora do – Barreiro	Nossa Rosário	11 Anos	Conselheira em AM (OMS/UNICEF); Moderadora da “La Leche League”	Licenciatura
Perito 6 A.O.	Enfermeira	Direcção Geral da Saúde e Centro Saúde da Parede	22 Anos	Estudos especializados em saúde maternal e obstétrica; Pós-graduada em psicologia Gravidez e parentalidade; Curso formação formadores em AM; Breastfeeding – Practice and policy course – Universidade de Londres; IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) Country coordinator (Portugal)		Licenciatura
Perito 7 M.F.	Enfermeira	Centro de Saúde da Parede – U.S.F.S. São Domingos Gusmão	16 Anos	Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno		Licenciatura

População

Utentes seguidas no Centro de Saúde da Parede e de Cascais, sendo o período de aplicação da BSES-SF para realização da amostra de Julho a Outubro de 2008.

Amostra

Tamanho da amostra: 31 utentes

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Seleção da amostra: para este estudo foi seleccionada uma amostra de conveniência de utentes que estivessem a amamentar e fossem acompanhadas nos Centros de Saúde da Parede e de Cascais.

Critérios de inclusão: utentes a amamentar na primeira ou segunda semana de vida do bebé, mães com idade superior ou igual a 18 anos, mães que frequentem o Centro de Saúde da Parede e de Cascais e que compreendam a língua portuguesa.

Critérios de exclusão: bebés com patologia que os impossibilite de mamar, utentes que estejam a amamentar na terceira semana de vida do bebé, mães que tenham uma patologia em que não são aconselhadas a amamentar, mães que estejam a fazer aleitamento materno exclusivo mas por biberão e mães que vão deixar de amamentar no momento da primeira ou segunda aplicação da escala.

Tempos de medição: A aplicação do instrumento de medida foi feita em utentes seguidas nos Centros de Saúde da Parede e de Cascais e que se enquadravam nos critérios de inclusão, durante o período de Julho a Outubro de 2008. Foi aplicada duas vezes a mesma escala mas em tempos diferentes, uma na primeira ou segunda semana de vida do bebé e a outra uma semana após a primeira aplicação. Foi aplicada sempre pela autora do estudo.

Pré-teste

Depois da escala estar traduzida/retrovertida e os peritos terem dado as suas sugestões, foi feito o pré-teste a um pequeno número de utentes a fim de perceber se o instrumento era percebido e de fácil interpretação.

Teste - aplicação da escala em contexto real

A versão final do instrumento de medida BSES-SF, na língua e cultura portuguesa, foi sujeita à sua aplicação experimental numa amostra de utentes portuguesas, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, permitindo desta forma obter dados que visem a validação desta nova versão. (Apêndice 13)

Análise estatística dos dados & resultados

A aplicação da versão portuguesa permite a recolha de dados que visam a análise estatística, a qualidade e a manutenção das propriedades psicométricas, fiabilidade (consistência interna – alfa de *Cronbach*) e reprodutibilidade teste/re-teste. A análise estatística foi efectuada com recurso ao SPSS versão 16.0 para Windows.

3.6 Instrumento

3.6.1 Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)

A Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) foi desenvolvida em 1999 por Cindy-Lee Dennis e Sandra Faux, é uma escala que identifica as mães que amamentam no período pós-parto imediato e que necessitam de suporte adicional. A sua utilização é essencial para uma melhor avaliação da situação, pois esta identifica a confiança das mães na amamentação, as mães que amamentam e que estão em risco de abandonar precocemente, avalia comportamentos e cognições relacionadas com a amamentação de forma a individualizar estratégias de confiança construídas, assim como avalia a efectividade de várias intervenções e o desenvolvimento de um programa guião (Dennis & Faux, 1999).

Em 2003, foi desenvolvida por Cindy-Lee Dennis uma Short-Form da BSES. Assim, a BSES passou de 33 itens para a BSES-SF, com 14 itens, em que cada pergunta é respondida segundo uma escala de *Likert* de um a cinco, sendo o 1 – nada confiante, o 2 – pouco confiante, o 3 – às vezes confiante, o 4 – confiante e o 5 – muito confiante (Dennis & Faux, 1999; Dennis, 2003).

3.7 Desenvolvimento da BSES-SF

A BSES é um instrumento de auto-resposta composto por 33 itens, desenvolvido para medir a confiança na amamentação. A escala de medida divide-se em duas sub-escalas, uma primeira cujos itens revelam as capacidades maternas e o reconhecimento de princípios específicos necessários para uma amamentação com êxito, e uma segunda de pensamentos intrapessoais, em que os itens estão relacionados com as atitudes e crenças maternas em relação à amamentação. Todos os itens são precedidos pela frase “Eu consigo sempre” e baseiam-se numa escala de *Likert* com cinco posições, em que um indica a total falta de confiança e cinco

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

que está sempre confiante. Tal como recomendado por Bandura, todos os itens são apresentados de forma positiva e os resultados são somados de forma a produzirem resultados que oscilam entre 33 e 165, em que os resultados mais elevados indicam níveis mais elevados de auto-eficácia na amamentação. A validade de conteúdos da BSES baseou-se numa revisão literária, em entrevistas a mães a amamentarem e opiniões de especialistas (Dennis & Faux, 1999).

Após um estudo-piloto, foi implementada uma avaliação psicométrica inicial com uma amostra por conveniência de 130 mulheres canadianas a amamentarem, em que os questionários foram preenchidos durante o período de internamento pós-parto e novamente às 6 semanas após o parto. O Alfa de *Cronbach* foi de 0,96, com 73% de todas as correlações item-total corrigidas variando entre 0,30 e 0,70. As respostas foram sujeitas a uma análise dos componentes principais e aplicação de rotação varimax, produzindo a sub-escala teorizada e sub-escalas intrapessoais. As bases para a validade de prognóstico ficaram demonstradas através das correlações positivas entre os resultados da BSES e o método de alimentação da criança às 6 semanas pós-parto (Dennis & Faux, 1999; Dennis, 2003; Wutkea & Dennis, 2007).

Contudo, as estatísticas de consistência interna com a BSES original sugerem que existem itens redundantes. Como tal, foi desenvolvido outro estudo metodológico e foram eliminados 18 itens utilizando os critérios de redução explícitos. Com base na encorajadora análise de fiabilidade dos 14 novos itens da BSES-SF, a validade de construto foi avaliada utilizando a análise factorial dos componentes principais, a comparação dos grupos em contraste e correlações com medidas de constructos similares. A base para a validade de prognóstico ficou demonstrada através de diferenças médias significativas entre mães que amamentam e mães que utilizam biberões às 4 e 8 semanas após o parto. Os padrões de resposta demográficos sugerem que a BSES-SF é um instrumento único utilizado na identificação de mães em risco de abandono precoce da amamentação (Dennis & Faux, 1999; Dennis, 2003; Wutkea & Dennis, 2007).

3.7.1 Propriedades psicométricas

As propriedades psicométricas da versão original da BSES-SF foram estudadas numa amostra de 491 mães a amamentar.

Nas propriedades psicométricas serão avaliadas a **fiabilidade** e a **validade**. No que concerne à fiabilidade, para testarmos a consistência interna utiliza-se o coeficiente α (alfa) de *Cronbach*, que é baseado nas correlações possíveis entre dois conjuntos de itens dentro de um

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

teste, através da aplicação da reprodutibilidade teste/re-teste obtém-se uma estimativa da fiabilidade de qualquer medição empírica, procedendo-se a uma nova medição com o mesmo instrumento e com as mesmas pessoas, após um determinado período de tempo. A estimativa é dada pela correlação (coeficiente r de *Pearson*) entre os resultados obtidos pela aplicação do mesmo instrumento em ambos os tempos (Ferreira & Marques, 1998).

No caso da BSES-SF foi analisada a consistência interna: foi calculado o *Cronbach coefficient alpha*, que foi de 0,94, com uma média de escala de 55,88 (SD= 10,85). A média de item foi de 3,99, variando entre 3,71 a 4,13, uma variância de 1,04, oscilando entre 0,75 a 1,56; a correlação média inter-item foi de 0,55, oscilando entre 0,41 a 0,73. Os resultados da BSES-SF correlacionaram-se de forma significativa com os resultados da BSES original na 1^a ($r= 0,99$), 4^a ($r= 0,99$) e 8^a ($r= 0,99$) semanas após o parto. Com base na encorajadora análise de fiabilidade, foi feita a seguinte avaliação de validade utilizando a BSES-SF (Dennis, 2003).

No que diz respeito à validade será abordado um critério básico, a validade de conteúdo. Para se proceder à validação de conteúdo é necessário observar os seguintes passos inter-relacionados: especificar o domínio completo do conteúdo; especificar os procedimentos de amostragem usada na construção do instrumento de medição e proceder à análise da apresentação do instrumento de medição. Os métodos normalmente usados para demonstrar a validade de conteúdo incluem a utilização de juízos de painéis de pessoas comuns e/ou de peritos sobre a clareza, a inclusão de todos os conceitos, a redundância de itens e escalas de um instrumento (Ferreira & Marques, 1998).

A validade de construção demonstra que se segue uma interpretação proposta para os valores do instrumento de medição baseada em implicações teóricas associadas às construções, isto é, que o paradigma teórico corresponde verdadeiramente às observações. Este é o tipo de validação que deve ser investigada sempre que não exista critério ou universo de conteúdo aceite como sendo inteiramente adequado à definição do conceito que se pretende medir. Os métodos normalmente usados para demonstrar a validade de construção incluem uma análise das relações lógicas que devem existir com outras medidas e/ou padrões de valores em grupos de indivíduos. A análise factorial é a técnica mais usada para a avaliação do número de dimensões que estão subjacentes a um conjunto de variáveis. Este tipo de validade é geralmente dividida na validade convergente e na validade discriminante. Enquanto que a validade convergente requer correlação com variáveis relacionadas, a validade discriminante requer que não haja correlação com variáveis não relacionadas (Ferreira & Marques, 1998).

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

A validade de critério demonstra até que ponto os valores obtidos pelo instrumento estão relacionados com uma medida de critério. O coeficiente de correlação é a única forma de mostrar a correspondência entre as duas escalas. Uma limitação importante à avaliação da validade segundo este método reside no facto de, para a maioria das medidas usadas nas ciências sociais, não existem variáveis de critério significativas e, mesmo quando existem, torna-se difícil provar de forma imparcial a validade da medição de critério. A validade de critério é normalmente dividida em dois tipos de validade, que se distinguem pela existência actual ou futura da variável de critério: (1) a validade concomitante e (2) a validade preditora. A validade concomitante diz respeito ao poder substitutivo da escala e é testada através de correlação da nova escala com uma medida de critério, ambas as escalas administradas ao mesmo tempo. A validade preditora é testada pela correlação existente entre a presente medição e um critério futuro (Ferreira & Marques, 1998).

No caso da BSES, a validade de construto, foi feita a análise factorial para explorar e resumir a estrutura latente enquanto se tentava reproduzir os resultados da análise inicial. Antes de se efectuar qualquer análise, os dados da 1ª semana da BSES-SF foram avaliados para se verificar a adequação da análise factorial. Mais especificamente, a capacidade factorial da matriz de correlação foi considerada adequada visto que todas as correlações excederam 0,30 e a multicolinearidade não constitui problema uma vez que as correlações múltiplas ao quadrado foram inferiores a 0,60. Além disso, a medida Kaiser-Meyer-Olkin para testar a adequação foi de 0,95, o que excedia o valor recomendado de 0,60. Por último, o rácio sujeito-item ultrapassou os valores de orientação de 10-1, bem como a regra geral de se ter pelo menos 300 participantes (Dennis, 2003).

Comparações do grupo conhecidas. O segundo método usado para examinar a validade de construto da BSES-SF foi o de contrastar grupos de indivíduos cujas características a serem medidas são consideradas como sendo muito baixas ou muito altas. Com base na teoria da auto-eficácia na amamentação, que sugere que a confiança para desempenhar uma tarefa específica ou comportamento é determinado por resultados anteriormente alcançados, colocou-se a hipótese de que as mães que tinham anteriormente amamentado teriam níveis mais elevados de auto-eficácia na amamentação do que aquelas sem experiência prévia. Para analisar esta hipótese, foi feita uma análise a um grupo conhecido, tendo sido encontradas diferenças significativas na auto-eficácia na amamentação durante a 1ª semana entre primíparas (média [M] = 53,48, SD = 10,33) e múltiparas com experiência prévia de amamentação (M = 58,21, SD = 10,87, $t [481] = 4,82$,

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

$p=0,001$). Chegou-se a conclusões semelhantes às 4 semanas após o parto ($t [449] = 2,31, p = 0,02$) e às 8 semanas após o parto ($t [387] = 2,01, p = 0,05$) (Dennis, 2003).

3.8 Protocolo para a pontuação da BSES-SF (score)

A versão reduzida da BSES-SF é composta por 14 itens, em que cada um é precedido pela frase “Eu consigo sempre”, sendo o seu *score* baseado numa escala de *Likert* com cinco posições, em que “um” indica a total falta de confiança e “cinco” que a mãe está sempre confiante. Todos os itens são apresentados de forma positiva, e os resultados são somados de forma a produzirem resultados que oscilam entre 14 e 70, em que os resultados mais altos indicam níveis mais elevados de auto-eficácia na amamentação.

3.9 Desenvolvimento da versão portuguesa da BSES-SF

O desenvolvimento integral de um instrumento de medição é complexo, consome bastantes recursos e requer a mobilização de capacidades e de conhecimentos de índoles diversas. Daí que a adaptação cultural e linguística de instrumentos previamente desenvolvidos e validados, constitua uma alternativa facilitadora da condução e divulgação de medição em saúde (Ferreira & Marques, 1998).

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

4. Resultados e Discussão

A validade de conteúdo foi analisada por um painel de sete peritos, três fisioterapeutas, duas médicas e duas enfermeiras, os quais responderam a uma grelha de avaliação das catorze perguntas da BSES-SF versão final da tradução, sendo esta cotada por uma escala de *likert* de um a cinco.

1. Concorda sem reservas.
2. Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
3. Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no guião. Justifique e faça a sugestão.
4. Discorda totalmente da inclusão do item no guião. Justifique e faça a sugestão.
5. Sem opinião.

Tabela 2 – Cotação dos peritos

Perguntas	Número de respostas atribuídas a cada item de acordo com a escala de cotação				
	1	2	3	4	5
1. Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	1	5	1		
2. Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	2	2	2		1
3. Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	3	3	1		
4. Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	4	2	1		
5. Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	4	2		
6. Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	2	1	1	2	1
7. Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	4	1	2		
8. Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	5	1	1		
9. Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	5		1	
10. Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	4	1	1	1	
11. Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama	3	3		1	
12. Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	3	1	1	2	
13. Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	3	3	1		
14. Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	3	1	3		

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Tabela 3 – Respostas em relação à cotação dos peritos

	Nº de peritos	Nº da pergunta
Cotação 1 (Concorda sem reservas)	1/7	1,5,9
	2/7	2 e 6
	3/7	3,11, 12, 13 e 14
	4/7	4, 7 e 10
	5/7	8
Cotação 2 (Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão)	1/7	6,7,8,10,12 e 14
	2/7	2 e 4
	3/7	3,11 e 13
	4/7	5
	5/7	1 e 9
Cotação 3 (Não concorda com a forma como a pergunta está formulada e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no guião. Justifique e faça a sugestão.)	1/7	1,3,4,6,8,10,12,13
	2/7	2,5,7
	3/7	14
Cotação 4 (Discorda totalmente da inclusão do item no guião. Justifique e faça a sugestão.)	1/7	9,10 e 11
	2/7	6 e 12
Cotação 5 (Sem opinião)	1/7	2 e 6

Através da análise das cotações atribuídas pelos peritos pode dizer-se que não existiu um acordo total de 7/7 em nenhuma pergunta.

Na pergunta 8 existiram 5/7 peritos que escolheram a cotação 1 (Concorda sem reservas).

Nas perguntas 1 e 9 existiram 5/7 peritos que escolheram a cotação 2 (Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão), algumas das alterações (retirar a palavra SEMPRE) não foram utilizadas para manter a escala fiel à original. As sugestões dadas não iam de encontro ao objectivo pedido ou fugiam ao âmbito da escala.

Foram aceites alterações dadas por alguns peritos pois contribuíram para uma melhor construção frásica, uma melhor compreensão por parte das utentes e para a realidade e cultura portuguesa.

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Na avaliação das propriedades psicométricas, foi avaliada na fiabilidade, a consistência interna pelo alfa de *Cronbach* e a reprodutibilidade (teste/re-teste) pelo coeficiente de *Pearson*. Como vemos nas tabelas a seguir.

Consistência Interna

Tabela 4 – Alfa de Cronbach

Cronbach's Alpha	Nº de Items
,952	14

A consistência interna da escala de auto-eficácia da amamentação (BSES-SF) foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de *Cronbach*. O valor obtido na versão portuguesa da BSES-SF .952, segundo Hill e Hill (2005), quando se obtêm valores de alfa de *Cronbach* acima de 0.9, este pode ser considerado excelente. Este resultado é semelhante ao obtido pela autora do escala original (.94).

> 0.9 – Excelente

0,8 – 0,9 – Bom

0,7 – 0,8 – Razoável

0,6 – 0,7 – Fraco

< 0,6 – Inaceitável

Reprodutibilidade (teste/reteste)

Tabela 5 - Correlações

		BSES_1	BSES_2
BSES_1	Pearson Correlation	1	,518(**)
	Sig. (2-tailed)		,003
	N	31	31
BSES_2	Pearson Correlation	,518(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	31	31

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

O coeficiente de reprodutibilidade (teste/reteste) medido através do coeficiente de correlação momento-produto de *Pearson* entre a primeira aplicação e a segunda aplicação é de 0,52, segundo Pestana e Gageiro (2005) este valor pode ser considerado positivo, moderado e significativo.

< 0,2 – muito fraca
0,2 – 0,4 fraca
0,4 – 0,7 moderada
0,7 – 0,9 elevada
> 0,9 – muito elevada

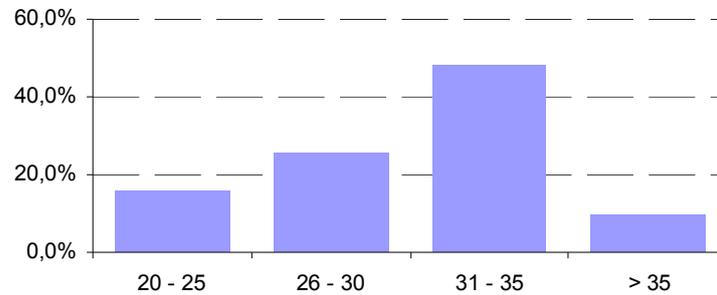
Consistência Interna e reprodutibilidade teste/re-teste

O Alfa de *Cronbach* da versão portuguesa foi de 0,95, o da versão polaca de 0,89 e o da escala BSES-SF original de 0,94. O resultado médio geral foi de 53,4 na versão portuguesa, de 55,5 na versão polaca e 55,8 na versão original, o desvio padrão da versão portuguesa foi de 12,1 e o da escala original de 10,85. A média dos itens da versão portuguesa varia entre 4,61 e 3,32, na versão polaca é de 3,97, e na BSES-SF original é de 3,99. O resultado da BSES-SF versão portuguesa na 1^a ou 2^a semana, é de ($r=0,52$), e uma semana após a primeira aplicação é de ($r=0,52$), é bastante diferente do da BSES-SF original na 1^a ($r= 0,99$), 4^a ($r= 0,99$) e 8^a ($r= 0,99$) semanas após o parto. A reprodutibilidade teste/re-teste foi bastante diferente entre a versão portuguesa e a original, provavelmente pela dimensão do número de utentes da amostra. Os valores obtidos nos diversos testes foram relativamente semelhantes aos da escala original e aos da escala traduzida para a versão polaca.

A caracterização da amostra foi analisada nas tabelas e gráficos seguintes.

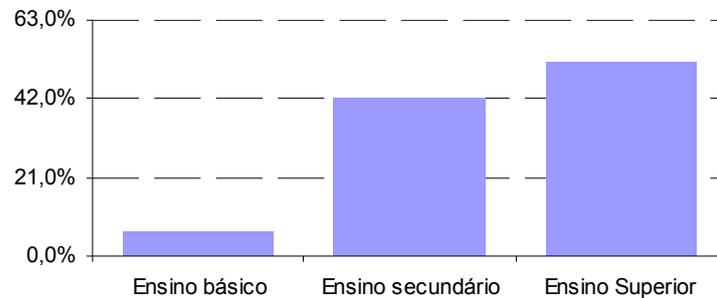
Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Gráfico 1 – Escalões etários



As trinta e uma utentes dos Centros de Saúde de Cascais e da Parede que participaram na investigação têm uma média de idades de 30,8 anos ($dp=4,5$), a utente mais nova tem 22 anos e a mais velha 41 anos. O escalão etário modal situa-se no intervalo 31-35 anos, que compreende 48,4% do total das inquiridas, conforme se pode apreciar no gráfico 1.

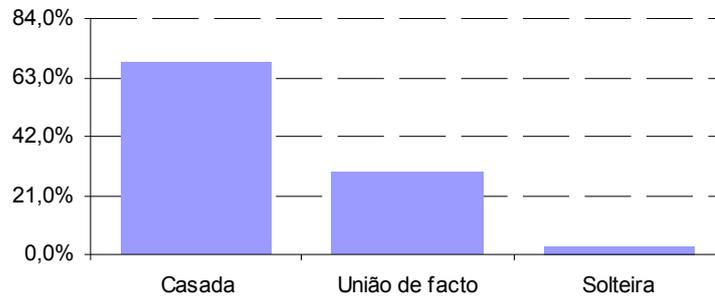
Gráfico 2 – Habilitações literárias



A maioria das inquiridas tem o ensino superior (51,6%), seguindo-se as utentes com o ensino secundário (42%) e as que têm o ensino básico (6,4%).

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Gráfico 3 – Estado civil



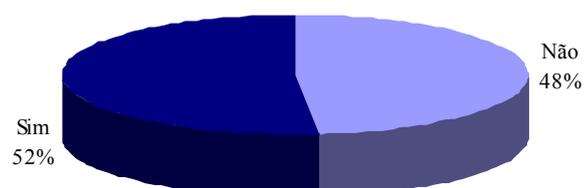
Em termos de estado civil, predominam as casadas (68%) e as utentes em união de facto (29%). Cerca de 48% têm 1 filho, 42% dois filhos e 9,7% três filhos.

Tabela 6 - Tipo de parto

	Frequência	Porcentagem
Eutócico	9	29,0
Ventosa	7	22,6
Fórceps	2	6,5
Cesariana com anestesia geral	2	6,5
Cesariana com epidural	11	35,5
Total	31	100,0

No que se refere ao tipo de parto, constata-se que a generalidade se refere a partos de cesariana com epidural (35,5%), seguindo-se os partos eutócicos (29%).

Gráfico 4 – Experiência de amamentação



Mais de metade da amostra já tinha tido experiência de amamentação (52%).

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Tabela 7 – Tipo de Amamentação

	Frequência	Porcentagem
Aleitamento materno exclusivo	23	74,2
Aleitamento misto	8	25,8
Total	31	100,0

O tipo de amamentação mais praticado é o aleitamento materno exclusivo (74,2%).

Tabela 8 - Estatísticas item-total

	Média da escala se item eliminado	Variância da escala se item eliminado	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se item eliminado
Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	50,10	130,357	,712	,949
Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	50,03	129,499	,718	,949
Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	49,55	121,656	,812	,947
Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	49,65	126,770	,725	,949
Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	49,65	125,703	,861	,946
Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	49,81	126,028	,776	,948
Eu posso sempre continuar a desejar amamentação	48,81	139,895	,476	,954
Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	49,77	128,714	,634	,952
Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	49,52	126,858	,846	,946
Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	49,39	129,978	,727	,949
Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama	49,97	124,499	,813	,947
Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	49,55	124,523	,836	,946
Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	49,23	129,047	,772	,948
Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	49,45	127,856	,747	,948

Os valores do Alfa de *Cronbach* para a escala global se cada uma das questões fosse eliminada podem ser apreciados na tabela seguinte. Nela constata-se que o Alfa não melhorava significativamente com a exclusão de um item em particular.

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Tabela 9 - Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
BSES 1ª aplicação	31	19,00	70,00	53,4194	12,15942
BSES 2ª aplicação	31	36,00	70,00	57,2581	10,33753

As estatísticas descritivas da 1ª e 2ª aplicação da escala de auto-eficácia da amamentação podem ser apreciados na tabela nº 6. A média que se obteve é muito semelhante aos valores obtidos pela autora na escala original (55,8) e o valor do desvio-padrão da BSES-SF foi ligeiramente superior do que na escala original (10,8).

Tabela 10 – Estatísticas descritivas das respostas à BSES-SF

		nada confiante	pouco confiante	às vezes confiante	Confiante	muito confiante	Total
Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	Freq.	1	5	12	9	4	31
	%	3,2	16,1	38,7	29,0	12,9	100,0
Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	Freq.	2	4	8	14	3	31
	%	6,5	12,9	25,8	45,2	9,7	100,0
Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	Freq.	2	5	3	6	15	31
	%	6,5	16,1	9,7	19,4	48,4	100,0
Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	Freq.	2	3	5	11	10	31
	%	6,5	9,7	16,1	35,5	32,3	100,0
Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	Freq.	1	5	1	17	7	31
	%	3,2	16,1	3,2	54,8	22,6	100,0
Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	Freq.	2	3	8	10	8	31
	%	6,5	9,7	25,8	32,3	25,8	100,0
Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	Freq.			3	6	22	31
	%			9,7	19,4	71,0	100,0
Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	Freq.	2	3	9	7	10	31
	%	6,5	9,7	29,0	22,6	32,3	100,0
Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	Freq.	1	3	3	15	9	31
	%	3,2	9,7	9,7	48,4	29,0	100,0
Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	Freq.	1		9	8	13	31
	%	3,2		29,0	25,8	41,9	100,0
Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama	Freq.	2	5	8	9	7	31
	%	6,5	16,1	25,8	29,0	22,6	100,0
Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	Freq.	1	4	5	9	12	31
	%	3,2	12,9	16,1	29,0	38,7	100,0
Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	Freq.	1	2	1	13	14	31
	%	3,2	6,5	3,2	41,9	45,2	100,0
Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	Freq.	1	2	7	8	13	31
	%	3,2	6,5	22,6	25,8	41,9	100,0

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

As respostas das inquiridas podem ser apreciadas na tabela acima. Nela está realçada a cinza claro a resposta modal. A questão que gerou mais consenso no grau “muito confiante” foi “Eu posso sempre continuar a desejar amamentar” (71%). A questão que suscitou mais incertezas no grau “às vezes confiante” foi “Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente” (38,75).

Tabela 11 – Médias e desvios-padrão

	Média	Desvio Padrão
Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	3,32	1,013
Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	3,39	1,054
Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	3,87	1,360
Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	3,77	1,203
Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	3,77	1,087
Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	3,61	1,174
Eu posso sempre continuar a desejar amamentação	4,61	,667
Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	3,65	1,226
Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	3,90	1,044
Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	4,03	1,016
Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama	3,45	1,207
Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	3,87	1,176
Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	4,19	1,014
Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	3,97	1,110

De forma genérica, os itens revelam adequada variabilidade de respostas, desvio padrão superior a 1, e a média situa-se abaixo do ponto 4 (confiante). A média varia entre 4,61 e 3,32. O maior desvio padrão é de 1,36 e o mais pequeno de 0,667.

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Questões secundárias

Nas questões secundárias que de seguida formularemos, vamos utilizar como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância ($\alpha \leq 0,05$). Nas questões 1,2,3,4, 6 e 7, como foram comparados dois grupos em variáveis dependentes medidas em escalas de rácio, utilizou-se o teste *t* de *Student* para amostras independentes. Na questão nº 5, como foram comparados três grupos utilizou-se o teste *Anova One-way*.

Questão 1 – Será que a idade influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Aceitamos a hipótese nula, ou seja, a idade não influenciou significativamente a auto-eficácia da amamentação, pois $t(29) = -,756$, $p = 0,456$. No entanto, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas, consta-se que as mulheres com mais idade obtêm valores ligeiramente superiores às mais novas na escala de auto-eficácia da amamentação ($m = 54,8$ versus $51,4$).

Tabela 12 – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif. inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,438	,513	-,756	29	,456	-3,37179	4,45764	-12,48869	5,74511
Igualdade de variâncias não assumida			-,756	26,019	,456	-3,37179	4,45741	-12,53380	5,79021

Tabela 12.1 - Estatísticas descritivas

Idade	N	Média	Desvio Padrão
Até 30 anos	13	51,4615	12,24483
> 30 anos	18	54,8333	12,24865

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Questão 2 – Será que a experiência anterior de amamentação influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Rejeitamos a hipótese nula, ou seja, a experiência anterior de amamentação influenciou significativamente a auto-eficácia da amamentação, pois $t(29) = -2,319$, $p = 0,028$. As mulheres com experiência anterior de amamentação obtêm valores mais elevados na escala de auto-eficácia da amamentação do que as mulheres sem experiência anterior de amamentação ($m=58,0$ versus $48,5$).

Este resultado é consistente com uma das quatro fontes principais de informação da auto-eficácia, sendo elas: resultados de desempenhos (experiências anteriores de amamentação), experiências visuais (a observação do desempenho no comportamento específico), persuasão verbal (o encorajamento por parte de pessoas influentes na vida do indivíduo) e reacções fisiológicas (reacções somáticas em relação à consciencialização autónoma durante a fase de antecipação ou experiência de um acontecimento potencialmente desgastante) (Dennis, 2003).

Tabela 13 – Teste t de student

		Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif. Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias	de assumida	5,350	,028	-2,319	29	,028	-9,46667	4,08237	-17,81606	-1,11728
Igualdade de variâncias	de não assumida			-2,277	21,326	,033	-9,46667	4,15703	-18,10364	-,82970

Tabela 13.1 - Estatísticas descritivas

Experiência anterior	N	Média	Desvio Padrão
Não	15	48,5333	14,24212
Sim	16	58,0000	7,75457

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Questão 3 – Será que as habilitações literárias influenciam significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Aceitamos a hipótese nula, ou seja, as habilitações literárias não influenciaram significativamente a auto-eficácia da amamentação, pois $t(27) = ,059$, $p = 0,953$.

Após os anos 70, verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo em mulheres mais informadas. (Sarafana et al., 2006)

Nesta amostra, apesar de não ser significativa da realidade portuguesa, pois só apresenta 31 utentes, pode-se afirmar que 16 das utentes têm o grau académico de licenciatura e 13 utentes o ensino básico, ou seja, estes valores vão de encontro aos da literatura, pois são utentes com habilitações literárias com um grau considerado bom, apesar de este facto não ser considerado significativo na auto-eficácia da amamentação.

Tabela 14 – Teste t de student

		Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
		F	Sig.	t	Df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif. Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	de	9,176	,005	,059	27	,953	,27885	4,69648	-9,35754	9,91523
Igualdade de variâncias não assumida	de			,056	17,789	,956	,27885	4,97425	-10,18056	10,73825

Tabela 14.1 - Estatísticas descritivas

Habilitações literárias	N	Média	Desvio Padrão
Ensino secundário	13	53,1538	16,06158
Ensino Superior	16	52,8750	8,85344

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Questão 4 – Será que o estado civil influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Aceitamos a hipótese nula, o estado civil não influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação, pois $t(28) = ,356$, $p = 0,725$, no entanto as casadas obtêm valores mais elevados na escala de auto-eficácia da amamentação do que as mulheres em união de facto ($m=53,2$ versus 51,7).

Este facto pode ser relevante, pois a importância do pai da criança é essencial no desenvolvimento da confiança. Apesar de os resultados não terem sido mostrado influência significativa, as mulheres casadas obtiveram valores mais elevados que as mulheres em união de facto.

A mãe fica mais confiante na escolha de amamentar se o seu parceiro estiver de acordo e confiante em relação à amamentação. O pai acompanha o desenvolvimento do seu filho, ganha mais segurança para exercer a paternidade, e a sua presença reflecte confiança e tranquilidade à mãe (<http://www.llli.org/Portugal.html>; <http://www.nct.org.uk/info-centre/publications/view/37>).

Tabela 15 – Teste t de student

		Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% limite inferior	95% limite superior
Igualdade de variâncias assumida	de	5,132	,031	,356	28	,725	1,74603	4,91007	-8,31179	11,80386
Igualdade de variâncias não assumida	de			,294	10,677	,775	1,74603	5,94525	-11,38788	14,87994

Tabela 15.1 - Estatísticas descritivas

Estado civil	N	Média	Desvio Padrão
Casada	21	53,5238	10,15194
União de facto	9	51,7778	16,55127

Questão 5 – Será que o tipo de parto influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Aceitamos a hipótese nula, o tipo de parto não influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação, pois $F(2; 24) = 1,531$, $p = 0,237$. No entanto, mulheres com parto com ventosa obtêm valores mais baixos na escala de auto-eficácia da amamentação, e as mulheres de parto por cesariana com epidural obtêm os valores mais elevados ($m=46,7$ versus $56,4$).

Tabela 16 - ANOVA

	Soma dos quadrados	df	Média quadrática	F	Sig.
Entre grupos	445,029	2	222,515	1,531	,237
Dentro do grupo	3487,711	24	145,321		
Total	3932,741	26			

Tabela 16.1 - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Normal	9	55,2222	12,33671
Ventosa	7	46,7143	14,41890
Cesariana com epidural	11	56,4545	10,11300
Total	27	53,5185	12,29875

Questão 6 – Será que as mulheres que amamentaram o bebé logo após o parto obtêm valores superiores na escala de amamentação aos das mulheres que não amamentaram logo o seu bebé?

Rejeitamos a hipótese nula, pois $t(29) = 2,345$, $p = 0,026$. As mulheres que amamentaram o bebé logo após o parto obtêm valores significativamente superiores na escala de auto-eficácia de amamentação aos das mulheres que não amamentaram logo o seu bebé ($m=56,7$ versus $46,5$).

Este facto parece vir de encontro com os autores que defendem que o contacto precoce, pele a pele, após o nascimento, assim como a oportunidade do bebé mamar na primeira meia hora pós-parto, são factores importantes para o sucesso da amamentação (http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf).

Imediatamente após o parto, o bebé está muito sensível, activo e com fome, esse momento deve ser aproveitado para iniciar a vinculação mãe-filho e a primeira adaptação do recém-nascido ao

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

seio. Após o parto, tanto a mãe como o bebé vivem momentos de grande receptividade, antes de se abandonarem ao descanso do esforço realizado. É durante este período que se deve proporcionar contacto precoce, não tanto com fins nutritivos mas para estabelecer um bom vínculo inicial. Para que se forme uma ligação mental e nutritiva entre a mãe e o filho, ligação que ambos necessitam, é necessário que o contacto ocorra o mais precocemente possível após o parto (Michaelsen et al., 2003; http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf).

Dos resultados encontrados e tendo em conta a pequena dimensão da amostra, estes valores vêm demonstrar que o que alguns autores defendem que é necessário o primeiro contacto com a mãe logo após o parto, pois este aumenta a auto-eficácia.

Tabela 17– Teste t de student

		Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% limite inferior	95% limite superior
Igualdade de variâncias assumida	de	1,759	,195	2,345	29	,026	10,21429	4,35668	1,30387	19,12470
Igualdade de variâncias assumida	de não			2,086	13,630	,056	10,21429	4,89751	-,31668	20,74525

Tabela 17.1 - Estatísticas descritivas

Amamentação	N	Média	Desvio Padrão
mamou logo	21	56,7143	9,99571
3 ou + h depois	10	46,5000	13,86643

Questão 7 – Será que o tipo de amamentação influencia significativamente a auto-eficácia da amamentação?

Rejeitamos a hipótese nula, pois $t(29) = 6,822$, $p = 0,000$. As mulheres que amamentam os bebés com leite materno exclusivo obtêm valores significativamente superiores na escala de auto-eficácia de amamentação aos das mulheres que fazem aleitamento misto ($m=58,9$ versus $37,5$).

A Organização Mundial de Saúde e a UNICEF recomendam que uma boa alimentação infantil deve ser feita exclusivamente com base no leite materno nos primeiros 6 meses após o parto,

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

posteriormente complementada com a introdução gradual de alimentos, e como complemento até aos 2 anos de vida do bebé (<http://www.who.int/en/>).

O leite materno foi, durante quase toda a existência da humanidade, o único alimento do recém-nascido e do lactente. A amamentação é a forma natural de alimentação de todos os mamíferos (em geral) e da espécie humana (em particular). Tendo vantagens tanto para o bebé como para a mãe (Cardoso, 2006; <http://www.waba.org.my/>).

Assim, estes resultados, obtidos estatisticamente, são consistentes com a literatura, pois as mães que amamentam com aleitamento materno exclusivo têm uma auto-eficácia superior às que praticam aleitamento misto, o que pode ser pela simples razão de que estão a seguir as informações e conselhos sugeridos por vários meios de informação.

Tabela 18 – Teste t de student

		Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif. inferior	95% intervalo de confiança da dif. superior
Igualdade de variâncias assumida	de	,007	,932	6,822	29	,000	21,45652	3,14539	15,02347	27,88957
Igualdade de variâncias não assumida	de			6,217	10,564	,000	21,45652	3,45100	13,82249	29,09056

Tabela 18.1- Estatísticas descritivas

Amamentação (tipo)	N	Média	Desvio Padrão
Aleitamento materno exclusivo	23	58,9565	7,27685
Aleitamento misto	8	37,5000	8,76682

Após uma análise dos dados estatísticos relativamente à experiência anterior, verifica-se que amamentar só com aleitamento materno exclusivo e a amamentação imediatamente após o parto são estatisticamente significativos, e que por isso influenciam a forma como as mães irão reagir posteriormente na sua auto-eficácia relativamente à amamentação. Apesar de as habilitações, estado civil e idade não influenciarem significativamente a auto-eficácia, tal como nos resultados da escala original, estes constituem bons indicadores, que possivelmente numa amostra maior se alterariam e poderiam vir a influenciar a amamentação.

5. Conclusões

O objectivo na realização deste trabalho foi dar um contributo para a adaptação e validação cultural de um instrumento de medida, que avalia a confiança das mães durante a amamentação.

Depois do final das várias etapas, os resultados desta investigação psicométrica foram consistentes com o estudo original e revelam que a versão traduzida da BSES-SF pode ser um instrumento de medição da confiança das mães na amamentação de uma amostra de mães portuguesas. Este estudo apresenta também provas adicionais da aplicabilidade internacional da BSES-SF e revela que as medidas podem ser traduzidas, embora mantendo a fiabilidade (consistência interna e reprodutibilidade teste/re-teste) e validade de conteúdo.

Como conclusão deste estudo, pode afirmar-se que a BSES-SF - versão portuguesa apresenta validade de conteúdo e consistência interna e reprodutibilidade teste/re-teste para a amostra de 31 utentes.

Este estudo apresentou algumas limitações/restrições.

Relativamente à amostra, esta é de pequena dimensão sendo constituída apenas por 31 mães, devido à limitação dos próprios recursos humanos e aos limites temporais impostos pelo trabalho em si.

A amostra era homogénea, existindo uma percentagem maior de mulheres casadas e mulheres licenciadas, com uma idade média de 30 anos, em que o tipo de parto maioritário foi a cesariana com epidural, mais de metade da amostra já tinha experienciado a amamentação e a maioria das mães fazem aleitamento materno exclusivo. Tratando-se de um processo de selecção por conveniência, as participantes poderão não ter constituído uma amostra representativa das mulheres portuguesas. Como tal, não se obteve uma variabilidade suficiente em algumas perguntas da ficha de caracterização para detectar diferenças na auto-eficácia na amamentação.

A BSES-SF pode dar um contributo às políticas nacionais de saúde na definição de intervenções especiais para as mães identificadas como estando em risco e, assim, poderá ser usada para planear programas de amamentação eficazes. Contudo, é necessária mais investigação nesta área para se determinar se as intervenções que incrementam a auto-eficácia na amamentação podem ou não alterar os resultados da própria amamentação. No âmbito da actual política de internamentos de curta duração no hospital, a BSES-SF fornece aos profissionais de saúde um instrumento clínico útil, que poderá assinalar as áreas que precisam de intervenção

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

antes de a alta ser dada à mãe, para que os cuidados adequados e eficazes dados às mães as ajudem a alcançar os seus objectivos de amamentação (Dennis, 2003)

A BSES-SF está apta a ser utilizada na área clínica para (a) identificar as mães que amamentam e se encontram em situação de risco de abandono precoce, (b) avaliar comportamentos e aspectos cognitivos na amamentação, de forma a individualizar estratégias de construção de confiança e (c) avaliar a eficácia de intervenções realizadas e orientar o desenvolvimento de programas de apoio à amamentação (Dennis, 2003).

São necessários estudos futuros para que sejam avaliadas as propriedades psicométricas que não foram avaliadas neste estudo.

6. Referências bibliográficas

- Ahluwalia, I., Morrow, B., & Hsia, J. (2005). Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*, 116, 1408-1412.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005). *Padrões de Prática*. Lisboa.
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (1998a). *Grupo de Interesse na Saúde da Mulher*. Consultado em 23 de Dezembro de 2007, através de <http://www.apfisio.pt/gifsm/profissional.htm>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (1998b). *Grupo de Interesse na Saúde da Mulher*. Consultado em 23 de Dezembro de 2007, através de <http://www.apfisio.pt/gifsm/interv.htm>
- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (1998c). *Grupo de Interesse na Saúde da Mulher*. Consultado em 23 de Dezembro de 2007, através de <http://www.apfisio.pt/gifsm/posparto.htm>
- Branco, J., & Nunes, B. (2003). Uma observação sobre aleitamento materno. *Observatório nacional de Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 1-32.
- Cardoso, L. (2006) *Aleitamento Materno uma prática de educação para a saúde no âmbito da enfermagem obstétrica*. Dissertação de Mestrado em Educação, especialização em Educação para a Saúde, universidade do Minho, Braga, 209.
- Coutinho, J., & Leal, I. (2005). Atitudes de mulheres em relação à amamentação – Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3, 277-282.
- Dennis, C. (2003). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assesment of the Short Form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32, 734-744.
- Dennis, C. (2006). Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Postpartum Period. *Research in Nursing & Health*, 29, 256–268.
- Dennis, C., & Faux, S. (1999). Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22, 399-409.
- Ferreira, P. L. & Marques F. B. (1998). *Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- González, C. (2008). *Manual prático do aleitamento materno*. Caneças: NÚCLEO.
- Galvão, D. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: Alguns Factores Determinantes*. Loures: Lusociência.

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Kennell, H., & Klaus, H. (1998). *Vínculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal*. Consultado em 12 de Setembro de 2008, através de http://www.ibfan.org.br/documentos/mes/doc4_99.pdf
- La Leche League (2008). *Algumas informações sobre amamentação*. Consultado em 19 de Outubro de 2008, através de <http://www.llli.org/Portugal.html>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). Manual de Aleitamento. *Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional*, 1-43.
- Mama Mater - Associação pró Aleitamento Materno em Portugal (2008). *Newsletter*. Consultado em 19 de Outubro de 2008, através de <http://www.MamaMater.org/newsletter.html>
- Médicos de Portugal (2007). *Como e porquê amamentar?* Consultado em 26 de Dezembro de 2007, através de http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/medicosdeportugal/2007/mp_2007_02_02_03_k.htm
- Michaelsen, K., Weaver, L., Branca, F., & Robertson, A. (2003). Feeding and Nutrition of infants and young children. *WHO – regional Publications, European Series*, 1-296
- National Childbirth Trust (2008). *NCT Information Sheet: Fathers and Breastfeeding*. Consultado em 22 de Outubro de 2008, através de <http://www.nct.org.uk/info-centre/publications/view/37>
- Palda, V., Guise, J. & Wathen, N. (2004). Interventions to promote breast-feeding: applying the evidence in clinical practice. *Canadian Medical Association*, 170, 976-978.
- Pestana, M. H., & Gajreiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais, a complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Plano Nacional de Saúde (2004-2010). *Metas prioritárias para Crescer com segurança – pós neonatal aos 9 anos*. Consultado em 22 Outubro de 2008, através de http://www.dgsaude.minsaude.pt/pns/vol1_61.html
- Portal da Saúde (2007). *Site do Aleitamento Materno*. Consultado em 25 de Outubro de 2008, através de <http://www.amamentar.net/>
- Ruivo, A. (2007). *Aleitamento*. Consultado em 26 de Dezembro de 2007, através de <http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/action/2/topic/46/type/1/page/10/>
- Sandes, A., Nascimento, C., Figueira, J., Gouveia, R., Valente, S., Martins, S., Correia, S., Rocha, E., Silva, L. J. (2007). Aleitamento Materno - Prevalência e Factores Condicionantes. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 193-200.

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Sarafana, S., Abecasis, F., Tavares, A., Soares, I., & Gomes, A. (2006). Aleitamento Materno: evolução na última década. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1, 9-14.

Silva, M. (2006). Medidas de Resultados (Outcome Measures). *EssFisionline*, 2, 59-75.
Consultado em 12 Outubro de 2008, através de
http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/vol2n2/pdfs/medidas_resultados.pdf

Stephenson, G., & O'Connor, J. (2004). *Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia* (2ª ed). São Paulo: Manole.

WABA - Evoluir para a Excelência no Apoio Materno (2008). DGS/Comité de Protecção Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno em Portugal. Portugal. Consultado em 22 Outubro de 2008, através de <http://www.waba.org.my/>

World Health Organization. (2003). Consultado em 26 de Dezembro de 2007, através de <http://www.who.int/en/>

Wutkea, K., & Dennis, C. (2007). The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing*, 44, 1439–1446.

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Apêndices

Apêndice 1

Contacto com a autora da escala original

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

-----Original Message-----

From: vanessa santos [mailto:vanessa_cgc_santos@hotmail.com]

Sent: October 31, 2007 4:38 PM

To: cindylee.dennis@utoronto.ca

Subject: Permission to do cross cultural validation of BSES to Portuguese

Dr. Cindy-Lee Dennis,

I am a Portuguese Physical Therapist/Student at Universidade Atlântica in Lisbon, and I am working in an investigation project, and I would like to ask your permission to do cross cultural validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) - “Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Cindy-Lee Dennis, Sandra Faux.”

Thank you in advance,
Vanessa Santos

Apêndice 2

Duas traduções e versão final

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Escala de auto-eficácia para amamentação – Formulário Abreviado

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve até que ponto se sente confiante para amamentar o seu bebé recém-nascido. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente. Não existem respostas certas ou erradas.

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

Não me sinto nada confiante

Sinto-me muito confiante

1	Consigo perceber sempre se o meu bebé está a mamar leite suficiente	1	2	3	4	5
2	Consigo lidar sempre bem com a amamentação tal como com outras tarefas que colocam um desafio	1	2	3	4	5
3	Consigo amamentar sempre o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4	Consigo garantir sempre que o meu bebé "agarra" bem a mama durante todo o tempo que estou a amamentá-lo	1	2	3	4	5
5	Consigo lidar sempre com a situação de amamentação a meu contento	1	2	3	4	5
6	Consigo amamentar sempre mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7	Posso continuar sempre a querer amamentar	1	2	3	4	5
8	Não tenho qualquer problema em amamentar o meu bebé na presença de outros membros da família	1	2	3	4	5
9	Consigo estar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentação	1	2	3	4	5
10	Consigo lidar sempre com o facto de que a amamentação é algo que pode levar tempo	1	2	3	4	5
11	Consigo sempre acabar de alimentar o meu bebé num peito antes de passar para o outro	1	2	3	4	5
12	Consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé para cada refeição	1	2	3	4	5
13	Consigo sempre dar resposta àquilo que o meu bebé exige de mim em termos de amamentação	1	2	3	4	5
14	Consigo saber sempre quando o meu bebé acabou de mamar	1	2	3	4	5

Tradutora Paula Vassalo

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

**Escala de Eficácia de Amamentação—forma simples
 (reduzida)**

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor escolha a resposta que melhor descreve o seu grau de confiança relativamente a amamentação do seu novo bebé.
 Por favor assinale a sua resposta pondo um círculo em volta do nº mais próximo de como se sente. Não há resposta certa ou errada.

- 1= sem nenhuma confiança
- 2= não muito confiante
- 3= por vezes confiante
- 4= confiante
- 5= muito confiante

	Sem nenhuma confiança	Muito confiante
1- Consigo sempre determinar que o meu bebé está a ingerir leite suficiente .	- 1	2 3 4 5
2-Consigo sempre lidar com sucesso, com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes.	- 1	2 3 4 5
3-Posso sempre amamentar o meu bebé sem usar o biberão como suplemento.-	- 1	2 3 4 5
4-Posso sempre estar seguro que o meu bebé está sempre bem “abocanhado” durante toda a mamada.	- 1	2 3 4 5
5-Consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação.	- 1	2 3 4 5
6-Consigo sempre dar de mamar mesmo que o bebé esteja a chorar.	- 1	2 3 4 5
7-Consigo sempre continuar a querer dar de mamar .	- 1	2 3 4 5
8-Sinto-me à vontade em dar de mamar na presença da família.	- 1	2 3 4 5
9-Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar.	- 1	2 3 4 5
10-Consigo lidar bem com o facto de despender tempo com a amamentação.	- 1	2 3 4 5
11-Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro.	- 1	2 3 4 5
12-Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas .	- 1	2 3 4 5
13-Consigo sempre responder ^{ao pedido} às “demândas” do meu bebé.	- 1	2 3 4 5
14-Sei sempre quando o meu bebé fica satisfeito.	- 1	2 3 4 5

Fisioterapeuta Leonor Madureira

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve o seu grau de confiança relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente. Não existem respostas certas ou erradas.

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

Não me sinto nada confiante

Sinto-me muito confiante

1 Consigo perceber sempre, que o meu bebé está a mamar leite suficiente	1	2	3	4	5
2 Consigo lidar sempre com sucesso, com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3 Consigo amamentar sempre o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4 Consigo garantir sempre que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5 Consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5
6 Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7 Desde que queira, posso continuar a amamentar	1	2	3	4	5
8 Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebé na presença de outros membros da família	1	2	3	4	5
9 Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10 Consigo lidar bem com o facto de despender tempo com a amamentação	1	2	3	4	5
11 Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro	1	2	3	4	5
12 Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1	2	3	4	5
13 Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1	2	3	4	5
14 Sei sempre quando o meu bebé fica satisfeito	1	2	3	4	5

Versão final das duas traduções

Apêndice 3

Duas retroversões e versão final

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Self - efficacy scale for breastfeeding – Short form

For each of the following statements, choose the answer that best describes your level of confidence towards the breastfeeding of your baby. Mark your answer circling the number that best describes the way you feel. There are no wrong or right answers.

1. I don't feel confident
2. I don't feel very confident
3. Sometimes I feel confident
4. I feel confident
5. I feel very confident

I don't feel confident

I feel very confident

1 I can always know that my baby is sucking enough milk	1	2	3	4	5
2 I can deal with breastfeeding successfully as I do with other challenging tasks	1	2	3	4	5
3 I can always breastfeed my baby without giving him a supplement	1	2	3	4	5
4 I can always guarantee that my baby is handling successfully during the whole feeding	1	2	3	4	5
5 I can always manage the breastfeeding with satisfaction	1	2	3	4	5
6 I can always breastfeed even if my baby is crying	1	2	3	4	5
7 I can keep breastfeeding as long as I want to	1	2	3	4	5
8 I feel comfortable breastfeeding with other members of the family present	1	2	3	4	5
9 I can always feel satisfied with the breastfeeding experience	1	2	3	4	5
10 I can deal well with the fact that I expend some time breastfeeding	1	2	3	4	5
11 I can always empty one breast before switching to the other breast	1	2	3	4	5
12 I can always breastfeed my baby in each feeding	1	2	3	4	5
13 I can always breastfeed my baby when he wants	1	2	3	4	5
14 I always know when my baby is satisfied	1	2	3	4	5

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Breastfeeding Self-Efficacy scale – Short Form

For each of the following statements, please select the answer that best describes your lever of confidence concerning your new baby’s breastfeeding. Mark your answer by circling the number that best describes how you feel. There is no right or wrong answer.

- 1 = I don’t feel confident at all
2 = I don’t feel very confident
3 = I feel confident occasionally
4 = I feel confident
5 = I feel very confident

1 I can always tell that my baby is getting enough milk	1	2	3	4	5
2 I can always deal successfully with breastfeeding as well as with other challenging tasks	1	2	3	4	5
3 I can always breastfeed my baby without the need for supplementary formula	1	2	3	4	5
4 I can always guarantee that my baby is properly latched on during breastfeeding	1	2	3	4	5
5 I can always manage breastfeeding satisfactorily	1	2	3	4	5
6 I can always breastfeed, even when my baby is crying	1	2	3	4	5
7 I can always keep on breastfeeding	1	2	3	4	5
8 I can always feel comfortable breastfeeding my baby when Other family members are present	1	2	3	4	5
9 I can always feel satisfied with my breastfeeding experience	1	2	3	4	5
10 I can always deal with the fact that breastfeeding is time consuming	1	2	3	4	5
11 I can always finish one breast before starting with the other	1	2	3	4	5
12 I can always feed my baby in every feeding	1	2	3	4	5
13 I can always breastfeed my baby when he needs	1	2	3	4	5
14 I can always tell when my baby is satisfied with breastfeeding	1	2	3	4	5

Tradutora Marina Martins

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Breastfeeding Self-Efficacy scale – Short Form

For each of the following statements, please select the answer that best describes your lever of confidence concerning your new baby’s breastfeeding. Mark your answer by circling the number that best describes how you feel. There is no right or wrong answer.

- 1 = I don’t feel confident at all
- 2 = I don’t feel very confident
- 3 = Sometimes I feel confident
- 4 = I feel confident
- 5 = I feel very confident

I don’t feel confident at all

I feel very confident

1 I can always know that my baby is getting enough milk	1	2	3	4	5
2 I can always deal successfully with breastfeeding, as I do with other challenging tasks	1	2	3	4	5
3 I can always breastfeed my baby without the need for supplementary formula	1	2	3	4	5
4 I can always guarantee that my baby is properly latched on during breastfeeding	1	2	3	4	5
5 I can always manage breastfeeding satisfactorily	1	2	3	4	5
6 I can always breastfeed, even it my baby is crying	1	2	3	4	5
7 I can always keep on breastfeeding	1	2	3	4	5
8 I can always feel comfortable breastfeeding my baby when other family members are present	1	2	3	4	5
9 I can always feel satisfied with my breastfeeding experience	1	2	3	4	5
10 I can always deal with the fact that breastfeeding is time consuming	1	2	3	4	5
11 I can always finish one breast before switching to the other breast	1	2	3	4	5
12 I can always breastfeed my baby in every feeding	1	2	3	4	5
13 I can always breastfeed my baby when he demands	1	2	3	4	5
14 I can always tell when my baby is satisfied with breastfeeding	1	2	3	4	5

Apêndice 4

Grelha de avaliação da validade de conteúdo da BSES-SF

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa



Adaptação Transcultural e Validação da «*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*» - Versão Portuguesa



Exmo(a). Sr(a).

Sou aluna do 2.º ciclo do Curso Bietápico de Licenciatura em Fisioterapia da Universidade Atlântica, Vanessa Costa Gama Correia dos Santos.

Estou a desenvolver um estudo no âmbito da disciplina de “Seminário de Monografia I e II”, o qual tem como tema “Contributo para a validação e adaptação transcultural de um instrumento de medida: «*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*» - Versão Portuguesa”, que tem como objectivo geral dar um contributo para a validação deste questionário para a realidade portuguesa.

Gostaria de solicitar a sua colaboração através do preenchimento de uma grelha de avaliação da “*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – Versão Portuguesa*”, para verificar a validade de conteúdo (demonstra que o domínio do conteúdo de um instrumento de medição é apropriado relativamente aos objectivos esperados).

Visto ser uma disciplina do âmbito escolar que se encontra no plano curricular do ano lectivo 2007/2008 gostaria de pedir que esta grelha fosse entregue até dia 19 de Maio de 2008.

Grelha para avaliação da escala

O que lhe peço é que, através desta grelha, classifique numa escala de 1 a 5 o que pensa sobre os itens do questionário relativamente ao facto de serem, ou não, importantes para classificarem a confiança das mães durante a amamentação.

É importante, para efeitos de validação da escala, que responda a todos os itens.

A sua colaboração é fundamental, considerando que a exequibilidade deste estudo só será possível com as suas respostas e que o produto final deste trabalho se traduzirá num instrumento importante para a avaliação da amamentação.

Agradeço desde já a sua colaboração

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa



Adaptação Transcultural e Validação da «*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*» - Versão Portuguesa



GRELHA PARA AVALIAÇÃO DA ESCALA
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Para clarificar o preenchimento do questionário foram estabelecidas algumas regras:

➔ A escala vai de 1 a 5 e é a seguinte:

1. Concorda sem reservas.
2. Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
3. Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no guião. Justifique e faça a sugestão.
4. Discorda totalmente da inclusão do item no guião. Justifique e faça a sugestão.
5. Sem opinião.

➔ Não deverá deixar nenhum item sem cotação.

➔ Só é necessário dar justificações nos pontos 2, 3 e 4 da escala de cotação (isto é, quando não concordar sem reservas e quer dar a sua opinião).

➔ A sua resposta deverá ser assinalada com um círculo à volta do ponto da escala de cotação que traduzir mais adequadamente a sua escolha.

➔ Cada item só deverá ter uma resposta.

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

- Se o espaço reservado às justificações e sugestões for insuficiente pode utilizar o verso da folha.



Adaptação Transcultural e Validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form» - Versão Portuguesa



- Grelha em anexo

- Concorda com estes itens?

Sim

Não

Sugestão:

- Eliminará algum(s) item(s)?

Sim Qual(ais)? [Indique o(s) número(s) do(s) item(s)] _____

Porquê? _____

Não

- Além dos itens existentes e das sugestões que fez, acrescentaria mais algum(s) item(s)?

Sim

Não

Sugestão:

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

1. Concorda sem reservas.
2. Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
3. Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no guião. Justifique e faça a sugestão.
4. Discorda totalmente da inclusão do item no guião. Justifique e faça a sugestão.
5. Sem opinião.

	Items	Escala	Justificação	Sugestões
Item 1	Consigo perceber sempre, que o meu bebé está a mamar leite suficiente	1 2 3 4 5		
Item 2	Consigo lidar sempre com sucesso, com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1 2 3 4 5		
Item 3	Consigo amamentar sempre o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1 2 3 4 5		
Item 4	Consigo garantir sempre que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1 2 3 4 5		
Item 5	Consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1 2 3 4 5		
Item 6	Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1 2 3 4 5		
Item 7	Desde que queira, posso continuar a amamentar	1 2 3 4 5		
Item 8	Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebé na presença de outros membros da família	1 2 3 4 5		

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Item 9	Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar	1 2 3 4 5		
Item 10	Consigo lidar bem com o facto de depender tempo com a amamentação	1 2 3 4 5		
Item 11	Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro	1 2 3 4 5		
Item 12	Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1 2 3 4 5		
Item 13	Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1 2 3 4 5		
Item 14	Sei sempre quando o meu bebé fica satisfeito	1 2 3 4 5		

1. Concorda sem reservas.
2. Concorda na generalidade mas propõe alterações. Justifique e faça a sugestão.
3. Não concorda com a forma como o item está formulado e propõe alterações substanciais de modo a continuar a constar no guião. Justifique e faça a sugestão.
4. Discorda totalmente da inclusão do item no guião. Justifique e faça a sugestão.
5. Sem opinião.

Apêndice 5

Grelha de caracterização dos elementos do painel de peritos

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa



Adaptação Transcultural e Validação da «Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form» - Versão Portuguesa



Grelha de caracterização dos elementos do painel de peritos

Nome: _____ Data ____/____/____

Profissão: _____

Local onde exerce a profissão: _____

Tempo de exercício profissional: _____

Formação específica / pós-graduada na área profissional:

Grau académico: _____

Assinatura:

Apêndice 6

Grelha para avaliação da escala pelo comité de peritos - validade
de conteúdo

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Items	Sugestões	Versão final de cada pergunta
<p>1 Consigo perceber sempre, que o meu bebé está a mamar leite suficiente</p>	<p>Consigo perceber sempre que o leite que o meu bebé está a mamar é o que ele necessita (Perito 1)</p>	<p>Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente.</p>
	<p>Retirava o sempre (Perito 2)</p>	
	<p>na maioria das vezes consigo perceber que o meu bebe... (Perito 4)</p>	
	<p>Retirar “sempre” (Perito 5)</p>	
	<p>Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente. (Perito 6)</p>	
	<p>Consigo perceber se o meu bebé está a mamar leite suficiente (Perito 7)</p>	
	<p>Retirava o sempre e colocaria uma frase a seguir tipo e quando não “consigo” conheço as estratégias a que recorrer. (Perito 3)</p>	
<p>2 Consigo lidar sempre com sucesso, com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes</p>	<p>Substituir sempre por na maioria das vezes. (Perito 4)</p>	<p>Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes.</p>

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Retirar o “sempre”.

Alterar a formulação da frase para “tal como com as restantes actividades diárias”, se foi esse o objectivo da autora da escala.
(Perito 5)

Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes.
(Perito 6)

.... Dar-lhe suplemento ou outros alimentos?
(Peito 2)

Retirar “sempre”.

Proposta: Consigo amamentar o meu bebé sem lhe dar suplemento de leite artificial
(Perito 5)

3 Consigo amamentar sempre o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento

Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento
(Perito 6)

Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento

Consigo ter leite suficiente para amamentar o meu bebe, mesmo nos períodos em que a solicitação é maior
(Perito 7)

Retirar “sempre”

(Perito 5)

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

		Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada (Perito 6)	
4	Consigo garantir sempre que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	Consigo perceber se o meu bebe faz uma boa pega (Perito 7)	Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada
		...gerir a amamentação ao meu agrado (Perito 1)	
		Retirava o sempre (Perito 3)	
5	Consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	Na maioria das vezes (Perito 4) Retirar “sempre” Proposta: Consigo gerir a amamentação de forma a sentir-me satisfeita (Perito 5)	Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação
		Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação (Perito 6)	
		Consigo gerir o acto de amamentar de forma tranquila. (Perito 7)	

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

		Consigo perceber quando o meu bebe tem fome. (Perito 3)	
		Consigo sempre gerir a amamentação, mesmo quando o meu bebe chora. (Perito 4)	
6	Consigo amamentar sempre, mesmo que o meu bebé esteja a chorar	Retirar sempre (Perito 5) Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar (Perito 6)	Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar
		Eu posso sempre continuar a desejar amamentar (Perito 1)	
7	Desde que queira, posso continuar a amamentar	Proposta: Continuo a ter vontade de amamentar (Perito 5) Eu consigo sempre continuar a amamentar desde que queira ou Eu posso sempre continuar a amamentar desde que queira (Perito 6)	Eu posso sempre continuar a desejar amamentar
		...de família/amigos. (Perito 2)	
8	Sinto-me à vontade a amamentar o meu bebé	Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

na presença de outros membros da família	(Perito 6)	presentes outros membros da família
	<p>Consigo sentir-me sempre... (Perito 1)</p> <p>Retirar o sempre (Perito 3)</p> <p>Na maioria das vezes (Perito 4)</p> <p>Retirar “sempre”. Proposta: Estou satisfeita com a minha experiência de amamentação (Perito 5)</p> <p>Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar (Perito 6)</p> <p>Fico satisfeita com a minha experiência de amamentar. (Perito 7)</p>	<p>Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar</p>
<p>9 Consigo ficar sempre satisfeita com a minha experiência de amamentar</p>		
	<p>... com o facto de se despender muito tempo a amamentar (Perito 1)</p>	

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

		Proposta: Consigo lidar bem com o facto de utilizar o meu tempo para dar de mamar (Perito 5)	
10	Consigo lidar bem com o facto de despender tempo com a amamentação	Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo (Perito 6)	Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo

		Deixo sempre o meu bebé terminar um peito antes de trocar para o outro (Perito 1)	
11	Consigo sempre esvaziar um peito antes de passar para o outro	Substituir com “uma mama”. Proposta: Sei quando tenho que mudar o bebé duma mama para a outra (Perito 5) (original) Eu consigo sempre terminar de alimentar o meu bebé numa mama antes de passar à outra mama. Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama. (Perito 6)	Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama.
		Dou de mamar de uma mama até ao fim antes de passar	

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

		para a outra. (Perito 7)	
		Eu posso sempre continuar a amamentar o meu bebé a todas as refeições (Perito 1)	
12	Consigo sempre amamentar o meu bebé em todas as mamadas	Retirar “sempre” (Perito 5) Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas Eu posso sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas (Perito 6)	Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas
		Eu consigo sempre estar à altura das necessidades do meu bebé (Perito 1) Retirava o sempre (Perito 3)	
13	Consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	Retirar “sempre” Proposta: Consigo gerir as necessidades de amamentação do meu bebé. (Perito 5)	Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede
		Eu consigo sempre amamentar o meu bebé	

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

		quando ele pede (Perito 6)	
		Posso dizer sempre quando é que o meu bebé acabou de mamar (Perito 1)	
14	Sei sempre quando o meu bebé fica satisfeito	Retirava o sempre e subdividia a questão tipo sei sempre quando o meu bebe.... Sei às vezes... Raramente sei quando o meu.... (Perito 3)	Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar.
		Retirar “sempre”. Proposta: Sei quando o meu bebé terminou a mamada. (Perito 5)	
		Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar. (Perito 6)	

Apêndice 7

Ficha de caracterização Sócio-Demográfica

Ficha de caracterização

Nome: _____ Idade: ____ Habilitações literárias: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Estado civil: casada união de facto solteira outro

Número de Filhos: _____

Experiência anterior de amamentação: sim não
Quanto tempo? _____

Tipo de parto: normal ventosa fórceps cesariana: com anestesia geral
com epidural

Amamentação: mamou logo mamou ao fim de quanto tempo _____

Amamentação: aleitamento materno exclusivo
aleitamento materno predominante (água, chás, sumos)
aleitamento misto (aleitamento materno+fórmula)
aleitamento por fórmula

Se está só com fórmula – mamou: sim não: Quanto tempo? _____

Obrigado pela sua colaboração!

Apêndice 8

Declaração de consentimento informado

Termo de Consentimento Informado

Título da Pesquisa

“Adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) para a língua portuguesa”

Objectivo

- Adaptação transcultural e validação de um instrumento de avaliação da amamentação (BSES-SF) para a língua portuguesa.

Metodologia: a recolha de dados será efectuada através da aplicação de uma escala

Eu _____

declaro que fui informada do objectivo e metodologia da pesquisa intitulada “Adaptação transcultural e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF) para a língua portuguesa”.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposta a riscos em virtude da minha participação nesta pesquisa e que poderei em qualquer momento recusar continuar ou ser informada acerca da mesma, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. É também do meu conhecimento que todos os dados por mim fornecidos serão usados exclusivamente para fins científicos e destruídos pelos investigadores após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Fui informado de que não terei qualquer tipo de despesa nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa.

Depois do anterior referido concordo voluntariamente em participar no referido estudo.

_____ Data: _/ _/ _

Informante

Investigadora: Vanessa Santos / Aluna do 4º ano – Licenciatura de Fisioterapia – Universidade Atlântica

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Apêndice 9

Carta para as utentes

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Cara utente,

Assunto: Participação no meu Estudo

Sou aluna da Licenciatura de Fisioterapia da Universidade Atlântica, chamo-me Vanessa Costa Gama Correia dos Santos e venho por este meio solicitar a sua participação neste estudo que pretende efectuar a adaptação transcultural e validação de um instrumento de avaliação da amamentação *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – BSES-SF* para a língua portuguesa. A escala será preenchida em dois momentos, na entrega destes documentos e após uma semana as mães voltarão a ser contactadas via telefone. O estudo é anónimo sendo necessários os dados apenas para recolha da informação. O instrumento a aplicar é uma escala de avaliação da amamentação (BSES-SF) que pretende avaliar quais os factores que intervêm na manutenção da amamentação por parte das mães que escolhem amamentar. Assim como, identificar aqueles que podem levar ao desmame precoce. Desta forma este instrumento é uma ferramenta ao dispor dos profissionais de saúde, facilitando a escolha da melhor intervenção em cada caso específico, de modo a contribuir para o bem-estar da mãe e do bebé.

O seu contributo é fundamental e imprescindível para a realização deste estudo.

Parede, Setembro de 2008

Atentamente,

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Apêndice 10

Carta da Universidade Atlântica

Declaração

Vanessa Costa Gama Correia dos Santos encontra-se a frequentar o 4º ano do Curso da Licenciatura Bi-etápica em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde da Universidade Atlântica, no âmbito do qual está a realizar o seu trabalho final de curso intitulado “Adaptação transcultural e validação da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES-SF)* para a língua portuguesa”. O trabalho é um estudo com aplicação empírica em contexto clínico.

A coordenadora de Curso

(Prof. Adjunta Lia Jacobsohn)

Barcarena, 13 de Fevereiro de 2008

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Apêndice 11

Carta para a Directora do Centro de Saúde da Parede

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Ex.ma. Sr^a. Directora do Centro de Saúde da Parede
Dr^a Helena Costa

Data: 13 de Fevereiro de 2008

Assunto: Parecer Ético / Realização de Estudo

Ex.ma. Sr^a. Dr^a.,

Vanessa Costa Gama Correia dos Santos, aluna na Escola Superior de Saúde Atlântica, vem por este meio, solicitar parecer para a realização de um estudo no Centro de Saúde da Parede, no âmbito da licenciatura bi-etápica em Fisioterapia, da Universidade Atlântica, pedindo para isso a colaboração do Cantinho da Amamentação e das suas utentes. A escala que se pretende validar foi enviada à Enfermeira Adelaide Orfão.

Neste estudo pretende-se efectuar a adaptação transcultural e validação de um instrumento de avaliação da amamentação *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – BSES-SF* para a língua portuguesa. O instrumento a aplicar é uma escala de avaliação da amamentação (*BSES-SF*) que pretende avaliar quais os factores que intervêm na manutenção da amamentação por parte das mães que escolhem amamentar. Assim como, identificar aqueles que podem levar ao desmame precoce. Desta forma este instrumento é uma ferramenta ao dispor dos profissionais de saúde, facilitando a escolha da melhor intervenção em cada caso específico, de modo a contribuir para o bem-estar da mãe e do bebé. Sendo o leite materno considerado um alimento tão rico e indispensável ao crescimento saudável de uma criança, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em Maio de 2003, definiu que todos os bebés do Mundo deveriam ser exclusivamente alimentados pelo leite materno durante os primeiros seis meses de vida, e como complemento no mínimo até aos dois anos.

Descrição do estudo: Para a realização deste estudo irá ser utilizada uma escala, a escala de auto-eficácia da amamentação - forma abreviada (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form – BSES-SF*; Cindy-Lee Dennis, 2003), uma ficha de caracterização das utentes e uma declaração de consentimento informado.

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

O instrumento será aplicado em 2 momentos: na 1-2 semanas pós-parto (teste) e uma semana após a primeira aplicação (re-teste).

Lisboa, 13 de Fevereiro de 2008

Atentamente,

Junto envio por correio:

- Escala a utilizar no estudo
- Ficha de caracterização das utentes
- Declaração de consentimento informado
- Carta da Universidade Atlântica

Apêndice 12

E-mail enviado à autora da escala original com a versão de
consenso da retroversão da BSES-SF

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

De vanessa santos <nexasantos@gmail.com>
Para cindylee.dennis@utoronto.ca

Data 26 de maio de 2008 17:06
Assunto BSES - SF
enviado porgmail.com

Dra. Cindy-Lee Dennis,

Last March an english professor and a physical therapist translated the "BSES-SF" for Portuguese and we arrived to a consensus version.

In April, other two english professors made the back-translation, and again a consensus version. I would be grateful if you could be so kind as to revise the back-translation consensus in order to appreciate if there is any fundamental difference when compared with the original "BSES-SF".

Thank you in advance for your collaboration.

Yours sincerely

Vanessa Santos - Portuguese Physical Therapist/Student at Universidade Atlântica in Lisbon

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Apêndice 13

Versão Final da BSES-SF para a Língua Portuguesa

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (Dennis, 2003)

Para cada uma das seguintes afirmações, seleccione a resposta que melhor descreve **o seu grau de confiança** relativamente à amamentação do seu novo bebé. Assinale a sua resposta colocando um círculo à volta do número que melhor **descreve a forma como se sente**. Não existem respostas certas ou erradas.

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

Nada
confiante

Muito
confiante

1 Eu consigo sempre, perceber se o meu bebé está a receber leite suficiente	1	2	3	4	5
2 Eu consigo sempre, lidar com sucesso com a amamentação, tal como com outras tarefas desafiantes	1	2	3	4	5
3 Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé sem ser necessário dar-lhe suplemento	1	2	3	4	5
4 Eu consigo sempre, garantir que o meu bebé faz uma boa pega durante toda a mamada	1	2	3	4	5
5 Eu consigo sempre gerir de forma satisfatória a amamentação	1	2	3	4	5
6 Eu consigo sempre, gerir a amamentação mesmo que o meu bebé esteja a chorar	1	2	3	4	5
7 Eu posso sempre continuar a desejar amamentar	1	2	3	4	5
8 Eu consigo sempre sentir-me à vontade a amamentar o meu bebé quando estão presentes outros membros da família	1	2	3	4	5
9 Eu consigo sempre, sentir-me satisfeita com a minha experiência de amamentar	1	2	3	4	5
10 Eu consigo sempre, lidar bem com o facto de a amamentação poder consumir tempo	1	2	3	4	5
11 Eu consigo sempre, amamentar o meu bebé esvaziando uma mama antes de passar à outra mama.	1	2	3	4	5
12 Eu consigo sempre continuar a amamentar o meu bebé em todas as mamadas	1	2	3	4	5
13 Eu consigo sempre amamentar o meu bebé quando ele pede	1	2	3	4	5
14 Eu consigo sempre identificar quando é que o meu bebé acabou de mamar	1	2	3	4	5

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Anexos

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

Anexo 1

Documentação enviada pela autora Cindy-Lee Dennis da escala
original – BSES-SF

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

vanessa_cgc_santos@hotmail.com

Printed: Thursday, November 1, 2007 6:26 PM

From : Cindy-Lee Dennis <cindylee.dennis@utoronto.ca>
Sent : Thursday, November 1, 2007 2:33 PM
To : "vanessa santos" <vanessa_cgc_santos@hotmail.com>
Subject : RE: Permission to do cross cultural validation of BSES to Portuguese

📎 Attachments: [BSES-SF.PDF \(0.06 MB\)](#), [BSES-SF.pdf \(0.12 MB\)](#)

Dear Vanessa

Thank you for your interest in my research. Yes, you can do a cross cultural validation of my BSES scale. Attached is the short-form for your use. Please let me know if you would like some assistance - I would be willing to collaborate with you.

I look forward to hearing from you.
C-L Dennis

Cindy-Lee Dennis, PhD
Associate Professor
Canada Research Chair in Perinatal Community Health

University of Toronto
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing
155 College St
Toronto, Ontario
Canada M5T 1P8
Tel: (416) 946-8608
Fax: (416) 978-8222
Email: cindylee.dennis@utoronto.ca
www.download.nursing.utoronto.ca/faculty/bios/default.php?id=6

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form

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

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

**Not at all
confident**

**Very
confident**

1 I can always determine that my baby is getting enough milk	1	2	3	4	5
2 I can always successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks	1	2	3	4	5
3 I can always breastfeed my baby without using formula as a supplement	1	2	3	4	5
4 I can always ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding	1	2	3	4	5
5 I can always manage the breastfeeding situation to my satisfaction	1	2	3	4	5
6 I can always manage to breastfeed even if my baby is crying	1	2	3	4	5
7 I can always keep wanting to breastfeed	1	2	3	4	5
8 I can always comfortably breastfeed with my family members present	1	2	3	4	5
9 I can always be satisfied with my breastfeeding experience	1	2	3	4	5
10 I can always deal with the fact that breastfeeding can be time consuming	1	2	3	4	5
11 I can always finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast	1	2	3	4	5
12 I can always continue to breastfeed my baby for every feeding	1	2	3	4	5
13 I can always manage to keep up with my baby’s breastfeeding demands	1	2	3	4	5
14 I can always tell when my baby is finished breastfeeding	1	2	3	4	5

The Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Psychometric Assessment of the Short Form

Cindy-Lee Dennis

Objective: The purpose of this study was to reduce the number of items on the original Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES) and psychometrically assess the revised BSES-short form (BSES-SF).

Design: As part of a longitudinal study, participants completed mailed questionnaires at 1, 4, and 8 weeks postpartum.

Setting: Health region in British Columbia.

Participants: A population-based sample of 491 breastfeeding mothers.

Main Outcome Measures: BSES, Edinburgh Postnatal Depression Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, and Perceived Stress Scale.

Results: Internal consistency statistics with the original BSES suggested item redundancy. As such, 18 items were deleted, using explicit reduction criteria. Based on the encouraging reliability analysis of the new 14-item BSES-SF, construct validity was assessed using principal components factor analysis, comparison of contrasted groups, and correlations with measures of similar constructs. Support for predictive validity was demonstrated through significant mean differences between breastfeeding and bottle-feeding mothers at 4 ($p < .001$) and 8 ($p < .001$) weeks postpartum. Demographic response patterns suggested the BSES-SF is a unique tool to identify mothers at risk of prematurely discontinuing breastfeeding.

Conclusions: These psychometric results indicate the BSES-SF is an excellent measure of breastfeeding self-efficacy and considered ready for clinical use to (a) identify breastfeeding mothers at high risk, (b) assess breastfeeding behaviors and cognitions to individualize confidence-building strategies, and (c) evaluate the effectiveness of various interventions and

guide program development. JOGNN, 33, 000-000; 2003. DOI: 10.1177/0884217503258459

Keywords: Breastfeeding—Psychometric testing—Self-efficacy—Short form

Accepted: December 2002

Although the value of providing infants with human milk has long been understood, a torrent of studies published in the past decade have provided undeniable evidence that breastfeeding reduces morbidity and mortality during the 1st year of life, not only in developing countries but in North America and Europe as well (Lawrence, 1997). Today, many international and national organizations strongly advocate breastfeeding. In particular, the American Academy of Pediatrics (1997) and the Canadian Paediatric Society (1998) recommend exclusive breastfeeding for the first 6 months, continued breastfeeding while weaning foods are added through the 1st year, and then continuing as long thereafter as mother and infant desire. In May 2001, the World Health Organization confirmed the policy that infants worldwide should be exclusively breastfed for 6 months (Naylor & Morrow, 2001). Perhaps due to this strong public pronouncement, North American rates of breastfeeding initiation have increased significantly since the 1960s (Myres, 1979). National surveys have found Canadian initiation rates to be approximately 78% (Health Canada, 1999), whereas rates in the United States have increased from 59.7% in 1995 (Ryan, 1997) to 61% in 1998 (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Unfortunately, breastfeeding rates decline rapidly in the first 4 to 8 weeks postpartum, with fewer than

35% of Canadian mothers exclusively breastfeeding at 4 months (Raoe, Abernethy, Semmets, & Charlton, 1997); only 29% of U.S. mothers (U.S. Department of Health and Human Services, 2000) and 30% to 45% of Canadian mothers (Bourgon et al., 1997) continue any form of breastfeeding until 6 months postpartum. The breastfeeding duration rates for socially disadvantaged women are even lower (Camfield et al., 1998; Libbus, Bush, & Heckman, 1997).

The rationale for this sharp decline in breastfeeding is a complex interplay of factors (Dennis, 2002). Although the World Health Organization and UNICEF in their Baby-Friendly Hospital Initiative outlined 10 steps to ensure health care professionals provide adequate breastfeeding support, the initiative has focused primarily on

The BSES-SF, when administered at 7 weeks, was shown to be a reliable predictor of breastfeeding behavior at 4 and 8 weeks postpartum.

increasing the number of women who leave the hospital breastfeeding (Radford, Rickitt, & Williams, 1998). Yet, support after hospital discharge is also of consequence. To target supportive interventions, a plethora of research has been conducted to identify breastfeeding women at high risk. However, many known predictors are nonmodifiable demographic attributes such as maternal age, marital status, education level, and socioeconomic status (Dennis, 2002). For health care professionals to truly address low breastfeeding duration rates, identification of mothers at high risk should be based on modifiable variables that may guide the development and evaluation of supportive interventions. One possible modifiable variable is maternal breastfeeding confidence.

The effect of maternal confidence on breastfeeding outcomes has been highlighted by several researchers. In a recent longitudinal study of 64 minority women, Tatum, Vanzo, and Taverthel (2001) found that pregnant women who lacked confidence in their ability to breastfeed were significantly more likely to discontinue before 2 weeks postpartum (risk ratio = 2.38; 95% confidence interval [CI] = 1.82-6.18). Similarly, Boston et al. (1991) found that 27% of women with low maternal breastfeeding confidence in the prenatal period discontinued within the 1st postpartum week compared with only 8% of highly confident women ($p < .001$). Breastfeeding “failure” was 4 to 5 times more likely among less confident women. In a descriptive study of 198 pregnant women, O’Carroll, Haden, Gielan, and Wang (1992) examined 11 psychoso-

cial and demographic variables and found that maternal confidence was one of the most significant variables affecting anticipated length of breastfeeding. As such, women with low confidence in their ability to breastfeed were at 3.1 times the risk (95% CI = 1.39-6.76) of prematurely discontinuing breastfeeding when compared with very confident breastfeeding women.

Postnatal breastfeeding confidence is also consequential. Paprockak and Ivancic (2000) found in a study of 159 Irish-born women that mothers who were unable to establish lactation reported significantly lower levels of breastfeeding confidence compared with mothers who breastfed for more than 6 months. In a phenomenological study involving in-depth interviews, deterioration in breastfeeding confidence during the early postnatal period was a major factor in the decision to cease breastfeeding (Dykes & Williams, 1999). Breastfeeding confidence has also been associated with maternal perceptions of insufficient milk supply, a leading cause of formula supplementation and decrease in breastfeeding level (Dennis, 2002). Using the 11 & 11 Lactation Scale to measure perceptions of insufficient milk supply, Hill and Thurmanick (1996) reported mothers who had lower scores on the maternal confidence/commitment subscale also had lower breastfeeding levels at 6 weeks postpartum ($r = .66, p < .05$). Correspondingly, Senora-Milano, Dewey, and Perez-Izquierdo (1994) found that breastfeeding confidence was associated with maternal perceptions of insufficient milk after 7 weeks postpartum ($\beta = 3.1, SE = 1.58, p = .02$); mothers with more breastfeeding confidence were at lower risk of discontinuing breastfeeding prematurely (odds ratio = 0.13, CI = 1.4-34.6). Although these results provide initial evidence that breastfeeding confidence is a noteworthy variable in the continuation of breastfeeding, this concept has suffered from an atheoretical perspective in the literature. To promote the conceptual development of breastfeeding confidence and guide effective supportive interventions, Dennis (1999) developed the breastfeeding self-efficacy theoretical framework based on Bandura’s (1977) social cognitive theory.

Theoretical Framework

Recently, self-efficacy has received considerable attention as a predictor of health-related behaviors. Defined as an individual’s confidence in his or her perceived ability to perform a specific task or behavior (Bandura, 1977), self-efficacy is composed of two parts: (a) outcome expectancy, the belief that a given behavior will produce a particular outcome, and (b) self-efficacy expectancy, an individual’s conviction that one can successfully perform certain tasks or behaviors to produce the desired outcome (Bandura, 1977). This distinction is important because individuals may believe that a certain behavior will assist them in accomplishing a specific outcome but have little

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

confidence in personally performing the given behavior in the particular situation. Therefore, an individual's belief in a specified outcome alone does not result in performance unless the individual also believes that the behavior can be executed successfully. For example, if a mother believes that refraining from formula supplementation is important but is not confident in her ability to maintain her milk supply or determine if the baby is receiving sufficient breastmilk, then it is unlikely that she will refrain from formula supplementation.

These self-efficacy expectancies influence the behaviors individuals engage in, how much effort they expend, how long they persist when faced with obstacles, and whether they undertake self-debilitating or self-encouraging cognitions. As such, breastfeeding self-efficacy is a salient variable in breastfeeding duration, as it predicts (a) whether a mother chooses to breastfeed, (b) how much effort she will expend, (c) whether she will persevere in her attempts until mastery is achieved, (d) whether she will have self-encouraging or self-debating thought patterns, and (e) how she will respond emotionally to breastfeeding difficulties (Dennis, 1999).

In making self-efficacy judgments, Bandura (1977, 1986) identified four primary sources of information: (a) performance accomplishments (previous experience with the specific behavior), (b) vicarious experience (previous observation of the performance of the specific behavior), (c) verbal persuasion (encouragement of influential others), and (d) physiological responses (somatic reactions in relation to autonomic arousal during anticipation or experience of a potentially stressful event). In relation to breastfeeding self-efficacy, a mother determines her capability to breastfeed her new infant based on whether she has previous breastfeeding experience, observed successful breastfeeding behaviors by others, or received encouragement from significant others to breastfeed. In addition, her current physiological and affective state, including fatigue, stress, and anxiety, is an important source of information through which she evaluates her ability to breastfeed. As such, health care professionals can modify a mother's breastfeeding confidence by influencing these sources of self-efficacy information (Dennis, 1999).

Bandura (1977) advocated a behavior-specific approach to the study of self-efficacy, arguing that a measure of general self-efficacy or overall ability would be inadequate for tapping an individual's efficacy in managing tasks associated with a specific behavior. Thus, to measure breastfeeding self-efficacy, an instrument specific to tasks associated with breastfeeding must be used. A comprehensive literature review found no direct application of self-efficacy theory to the measurement of breastfeeding confidence. Thus, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES; Dennis & Faax, 1999) was developed and psychometrically tested. Although initial support for the

validity and reliability of the BSES was provided, internal consistency statistics and multiple factor loadings suggested a need for test reduction. The purpose of this study was to refine the original BSES and psychometrically assess the revised BSES short form (BSES-SF).

Methods

Sample

Participants completed questionnaires as part of a longitudinal study conducted near Vancouver, British Columbia, between April and January 2002. Women eligible to participate in the psychometric assessment of the BSES were all breastfeeding mothers who were at least 18 years of age, able to understand English, and had a singleton birth at 37 weeks gestation or greater. Mothers were excluded if they had a factor that could significantly interfere with breastfeeding, such as an infant in the special care nursery who was not discharged home with the mother.

Instruments

BSES. The BSES (Dennis & Faax, 1999) is a 23-item, self-report instrument developed to measure breastfeeding confidence. All items are preceded by the phrase “I can always” and anchored with a 5-point Likert-type scale where 1 indicates *not at all confident* and 5 indicates *always confident*. As recommended by Bandura (1977), all items are phrased positively, and scores are summed to produce a range from 23 to 115, with higher scores indicating higher levels of breastfeeding self-efficacy. Content validity of the BSES was based on the literature, interviews with breastfeeding mothers, and expert judgment using a method recommended by Lynn (1986). After a pilot test, an initial psychometric assessment was conducted with a convenience sample of 150 Canadian breastfeeding women who completed questionnaires in-hospital and at 6 weeks postpartum (Dennis & Faax, 1999). Cronbach's alpha coefficient for the scale was 0.96, with 73% of all corrected item-total correlations ranging between 0.30 and 0.70. Responses were subjected to principal components analysis with a varimax rotation, yielding the theorized technique and intrapersonal subscales. Technique is defined as the physical action a mother performs and represents certain tasks necessary for successful breastfeeding. Intrapersonal thoughts are defined as a mother's perceptions of breastfeeding and include attitudes and beliefs related to a successful breastfeeding experience. Support for predictive validity was demonstrated through significant differences in BSES scores and infant feeding patterns at 6 weeks postpartum. In the current study, the BSES was completed at 1, 4, and 8 weeks postpartum.

Adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Edinburgh Postnatal Depression Scale. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) is a 10-item, self-report instrument developed to identify mothers who may be experiencing postpartum depression. Items inquire about maternal mood in the past 7 days and are rated on a 4-point scale to produce a total score ranging from 0 to 50, with higher scores indicating lower maternal mood. In relation to breastfeeding outcomes, Etek, MacArthur, and Lancashire (1998) found high EPDS scores predicted early cessation of breastfeeding in a study of 906 mothers in the United Kingdom. Furthermore, Galen, Harrison, Pegg, Ramsay, and Forde (1999) reported depressive symptoms at 7 weeks postpartum produced a reduced preference for breastfeeding. In the current study, it was hypothesized that breastfeeding self-efficacy would correlate negatively with maternal mood. Participants completed the EPDS at 1, 4, and 8 weeks postpartum; Cronbach's alpha coefficients for this scale were 0.86, 0.88, and 0.88, respectively.

Rosenberg Self-Esteem Scale. The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) is a 10-item, self-report instrument developed to assess general feelings of self-worth. Items inquire about current feelings and are anchored with a 4-point Likert-type scale where 1 indicates *strongly disagree* and 4 indicates *strongly agree*. A total score is produced ranging from 10 to 40, with higher scores indicating higher levels of self-esteem. The RSES has been psychometrically tested with diverse samples, including new mothers (Fontaine & Jones, 1997; Hill, Koch, Browne, & Reynolds, 1996), demonstrating good reliability and validity. Papinczak and Turner (2000) found breastfeeding duration was significantly associated with maternal self-esteem, a finding supported by two qualitative investigations (Holmes, Thorpe, & Phillips, 1997; Whelan & Lupton, 1998). In the current study, it was hypothesized that breastfeeding self-efficacy would correlate positively with maternal self-esteem. The RSES was completed at 1 and 8 weeks postpartum; Cronbach's alpha coefficients for this scale were 0.87 and 0.92, respectively.

Perceived Stress Scale. The Perceived Stress Scale (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) is a 10-item, self-report instrument developed to measure the extent to which situations in one's life are appraised as stressful. Items inquire about stressful events over the past month and are anchored with a 5-point Likert-type scale in which 0 indicates *never* and 4 indicates *very often*. A total score is produced, ranging from 0 to 40, with higher scores indicating higher levels of perceived stress. The PSS has demonstrated reliability and has correlated positively with a number of self-report and behavioral measures of stress in adult populations (Cohen & Williamson, 1983). Perceived stress has been associated with breastfeeding

outcomes (Mezzacappa, Guertlein, Vaz, St. Bagilda, 2000), and the current study hypothesized that breastfeeding self-efficacy would correlate negatively with maternal perceptions of stress. The PSS was completed at 1 and 8 weeks postpartum; Cronbach's alpha coefficients for this scale were 0.90 and 0.91, respectively.

Procedure

After university ethical approval and study authorization by the participating health region, women were recruited into the study either antenatally or postnatally. Antenatal packages, which included informed consent procedures, were available through participating family physician, obstetrician, and midwifery offices for mothers at more than 32 weeks gestation to complete voluntarily; a public health nurse received completed questionnaires every 1 to 2 weeks. Mothers recruited antenatally were subsequently mailed the 1, 4, and 8 weeks postpartum questionnaires, all of which included researcher-addressed, stamped return envelopes. Postnatal recruitment entailed public health nurses providing study explanation during the standard 48-hour post-hospital discharge call provided to all new mothers. Participants recruited postnatally were also mailed the same questionnaires 1, 4, and 8 weeks postpartum. Limited data were collected on women who were either ineligible or declined participation. Reminder telephone calls were provided to mothers who did not return their questionnaires within 2 weeks of mailing.

Results

Sample

One hundred sixty-four participants were recruited antenatally, and one hundred four (63%) returned the 1-week postpartum questionnaire. Of the approximately 571 women screened postnatally, 857 were eligible; the most common reason for ineligibility was inability to read English ($n = 27$, or 24% of those ineligible). Of the eligible women, 190 (22%) declined enrollment, most frequently citing stress ($n = 61$, 32%) or lack of interest ($n = 59$, 31%). Of the 667 postnatal mothers who agreed to participate in the study, 481 returned the 1-week postpartum questionnaire (72% response rate); in total, 585 participants returned the 1-week postpartum questionnaire, with 491 (84%) mothers who were breastfeeding and eligible to test psychometrically the BSFS. Of these mothers, 438 (89%) returned the 4-week postpartum questionnaire and 389 (79.2%) returned the 8-week postpartum questionnaire.

The mean age of the sample was 29 years (standard deviation [SD] = 5.0), with a range from 18 to 44 years. Ninety-one percent of the women were White ($n = 145$), 90% were married ($n = 444$), and 13% indicated they

Adaptação transcultural e validação da “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

were smokers ($n = 65$). Three percent ($n = 16$) of mothers did not have a high school diploma, 33% ($n = 161$) were high school graduates, 40% ($n = 191$) had a college or technical school diploma, and 24% ($n = 114$) had a university degree or higher. For the mothers who indicated their annual household income, 38% ($n = 170$) had an income less than \$40,000 (Canadian; \$24,000 U.S.), 36% ($n = 177$) had incomes between \$40,000 and \$60,000 (Canadian; \$24,000 to \$37,000 U.S.), and 36% ($n = 162$) had incomes greater than \$60,000 (Canadian; \$37,000 U.S.). Forty-five percent ($n = 219$) of the women were primiparous, and 38% ($n = 186$) attended childbirth preparation classes for the current pregnancy. Seventy-six percent ($n = 370$) of mothers delivered vaginally, and 70% ($n = 341$) were discharged home within 48 hours. In Canada, most new mothers have at least 6 months of maternity leave; therefore, working outside the home was not a confounding issue for breastfeeding duration.

BSES Reliability

The internal consistency of the BSES at 1 week postpartum was evaluated by considering the following: (a) item summary statistics, (b) inter-item correlations, (c) corrected item-total correlations, (d) Cronbach's alpha coefficient, and (e) the alpha estimate when an item was deleted (Scribnel, 1996). The scale mean was 135.16 (SD = 25.26), with an item mean of 1.01, ranging from 2.96 to 4.32, and an item variance of 1.01, ranging from 0.65 to 1.90. Individual item descriptive statistics are presented in Table 1. The mean inter-item correlation was 0.43, ranging from 0.20 to 0.88. All corrected item-total correlations were positive, with 61% falling within the recommended 0.30 to 0.70 range (Berkefeld, 1991); 15 items had item-total correlations greater than 0.70. The Cronbach's alpha coefficient for the BSES was 0.97 and was not increased by more than 0.1 if any of the items were deleted.

Item Reduction and BSES-SF Reliability

The consistently high Cronbach's alpha coefficient indicated that item reduction would be beneficial (DeVellis, 1991) and increase the ease of instrument administration in the clinical setting. Criteria used to delete items were as follows: (a) item mean of ≤ 1.2 or more (to increase variability), (b) corrected item-total correlation less than 0.60 (to increase overall item fit), (c) item with 10 or more inter-item correlations below 0.40 (to increase homogeneity), and (d) inter-item correlation above 0.80 (to decrease redundancy). A review of descriptive statistics resulted in 10 items with means of ≤ 1.2 or more, 5 items with corrected item-total correlations less than 0.60, 10 items with 10 or more inter-item correlations below 0.40, and 2 items with inter-item correlations greater than 0.80 (see Table 1). Further analysis indicated that only one item was responsible for the high inter-item

correlations. Because 6 items met several reduction criteria, 28 items were deleted from the scale. Currently, the BSES is being translated into different languages; because of consistent conversion problems, one additional item ("I can always maintain my milk supply by using the 'supply and demand' rule") was deleted. The preceding internal consistency analysis was repeated with the remaining 11 items in the new short form (BSES-SF). The Cronbach's alpha coefficient for this short form was 0.91, with a scale mean of 55.88 (SD = 10.85). The item mean was 3.89, ranging from 3.71 to 4.13, a variance of 1.04, ranging from 0.75 to 1.56; the mean inter-item correlation was 0.55, ranging from 0.41 to 0.73. The BSES-SF scores correlated significantly with the respective original BSES scores at 1 ($r = 0.99$), 4 ($r = 0.99$), and 8 ($r = 0.99$) weeks postpartum. On the basis of this encouraging reliability analysis, the following validity assessment was conducted using the BSES-SF.

The psychometric results suggest the BSES-SF is a good measure of breastfeeding self-efficacy.

BSES-SF Construct Validity

Factor Analysis. As a first step in assessing construct validity, factor analysis was conducted to explore and summarize the latent structure while attempting to replicate the results from the initial analysis (Dennis & Faure, 1999). Before performing any analysis, the 7-week BSES-SF data were assessed for factor analysis suitability. Specifically, factorability of the correlation matrix was deemed adequate as all correlations exceeded 0.30 (Fabrigar & Fidell, 2001) and multicollinearity was unproblematic as squared multiple correlations were less than 0.60. In addition, the Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy was 0.95, which exceeded the recommended 0.60 (Fabrigar & Fidell, 2001). Finally, the subject-to-item ratio surpassed the 10 to 1 guideline suggested by Nunnally and Bernstein (1994) as well as the general rule of thumb of at least 300 participants (Fabrigar & Fidell, 2001).

After the data were determined to be appropriate, exploratory factor analysis incorporating a principal components extraction method was completed. An eigenvalue of 1.0 was used to determine nontrivial factors, and the requested analysis yielded a one-factor solution in the unrotated matrix; a scree test (Cattell, 1978) confirmed the uni-dimensional structure. This factor structure produced an eigenvalue of 8.17 that explained 58.15% of the variance, and although it did not replicate the Dennis and Faure (1999) two-factor solution, the results were more

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

TABLE 1
BSES Item Statistics

Item	M (SD)	Item-Total Correlation	Number of later item Correlations	
			<.40	>.30
1 Hold my baby comfortably during breastfeeding	4.30 (1.84)	.64	9	
2 Position my baby correctly at my breast	4.07 (1.91)	.64	11	
3 Focus on getting through one feeding at a time	4.27 (1.87)	.68	7	
4 Recognize the signs of a good latch	4.30 (1.81)	.63	10	
5 Take my baby off the breast without pain to myself	4.15 (1.95)	.51	22	
6 Determine that my baby is getting enough milk	3.71 (1.68)	.72	5	
7 Successfully cope with breastfeeding like other challenging tasks	4.31 (1.95)	.75	0	
8 Depend on my family to support my decision to breastfeed	4.52 (1.80)	.49	23	
9 Motivate myself to breastfeed successfully	4.23 (1.89)	.81	0	
10 Monitor how much because milk my baby is getting by keeping track of my baby's urine and bowel movements	4.39 (1.95)	.61	11	
11 Breastfeed my baby without using formula as a supplement	4.11 (1.25)	.73	7	
12 Ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding	4.32 (1.98)	.69	9	
13 Manage the breastfeeding situation to my satisfaction	3.93 (1.03)	.75	2	
14 Manage to breastfeed even if my baby is crying	4.11 (1.86)	.69	4	
15 Keep my baby awake at my breast during a feeding	3.18 (1.95)	.59	13	
16 Maintain my milk supply by using the “supply and demand”	3.71 (1.04)	.73	4	
17 Refrain from bottle-feeding for the first 4 weeks	3.92 (1.38)	.67	10	1
18 Feed my baby with breastmilk only	4.02 (1.78)	.71	6	2
19 Stay motivated to breastfeed my baby	4.20 (1.99)	.77	1	
20 Count on my friends to support my decision to breastfeed	4.10 (1.82)	.58	16	
21 Keep wanting to breastfeed	4.11 (1.04)	.89	7	
22 Feed my baby every 2 to 3 hours	4.28 (1.89)	.65	9	
23 Keep wanting to breastfeed my baby for at least 6 months	4.06 (1.16)	.63	14	
24 Comfortably breastfeed with my family member's partner	3.91 (1.13)	.66	4	
25 Be satisfied with my breastfeeding experience	3.01 (1.87)	.81	2	
26 Comfortably breastfeed in public places	3.57 (1.39)	.59	12	
27 Deal with the fact that breastfeeding can be time consuming	3.91 (1.55)	.72	3	
28 Finish feeding baby on one breast before switching to the other	3.56 (1.97)	.68	5	
29 Continue to breastfeed my baby for every feeding	4.13 (1.03)	.79	0	
30 Feed if my baby is sucking properly at my breast	4.22 (1.88)	.71	1	
31 Accept the fact that breastfeeding may limit my freedom	4.20 (1.33)	.67	6	
32 Manage to keep up with my baby's breastfeeding demands	4.03 (1.0)	.76	2	
33 Tell when my baby is finished breastfeeding	3.84 (1.05)	.72	1	

Note: Numbers in boldface represent item statistics that met selection criteria.

suitable for interpretation. All factors loading exceeded 0.62 (see Table 2), which is significantly greater than the 0.32 recommended for item retention (Tabachnick & Fidell, 2001). Moreover, Comrey and Lee (1992) suggested that loadings in excess of 0.71 (30% overlapping variance) are considered excellent while loadings over 0.63

(40% overlapping variance) are very good, indicating that the BSES-SF items are a very acceptable measure of breastfeeding self-efficacy. No communality value exceeded 1 (indicating problems with the solution) or was low (indicating an item was unrelated to the other items) (Tabachnick & Fidell, 2001). Finally, to test the stability

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

TABLE 2
 BSEFS-SF Items With Principal Components Factor Loadings

Item	Loading	Communality
1. Determine that my baby is getting enough milk	.76	.57
2. Successfully cope with breastfeeding like I have with other challenging tasks	.82	.67
3. Breastfeed my baby without using formula as a supplement	.73	.53
4. Ensure that my baby is properly latched on for the whole feeding	.73	.52
5. Manage the breastfeeding situation to my satisfaction	.83	.69
6. Manage to breastfeed even if my baby is crying	.72	.52
7. Keep wanting to breastfeed	.70	.49
8. Comfortably breastfeed with my family members present	.66	.43
9. Be satisfied with my breastfeeding experience	.84	.71
10. Deal with the fact that breastfeeding can be time consuming	.76	.58
11. Finish feeding my baby on one breast before switching to the other breast	.73	.53
12. Continue to breastfeed my baby for every feeding	.83	.67
13. Manage to keep up with my baby's breastfeeding demands	.81	.66
14. Tell when my baby is finished breastfeeding	.77	.59

TABLE 3
 Correlations With Related Concepts

	Time	Self-Esteem (RSES)		Postpartum Depression (EPDS)			Perceived Stress (PSS)	
		1 week	8 weeks	1 week	4 weeks	8 weeks	1 week	8 weeks
Breastfeeding Self-Efficacy (BSEFS-SF)	1 week	.23	.28	-.28	-.35	.25	.25	.28
	4 weeks	—	.40	—	.38	.33	—	.36
	8 weeks	—	.57	—	—	.50	—	.56

Note. All results have $p < .001$.
 *RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale; EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; PSS = Perceived Stress Scale.

of the factor analysis solution, a maximum likelihood analysis was conducted and comparable results to the principal components extraction were produced.

Known-Group Comparisons. The second method to examine construct validity of the BSEFS-SF was to contrast groups of individuals thought to be very high or very low on the characteristic being measured (Walta, Strickland, & Lera, 1991). Based on self-efficacy theory, which suggests that confidence to perform a specific task or behavior is determined through previous performance accomplishments, it was hypothesized that women with prior breastfeeding experience would have higher breastfeeding self-efficacy than women with no previous experience. To investigate this hypothesis, a known-group analysis was conducted and significant differences in breastfeeding self-efficacy at 1 week were found between primiparous (mean [M] = 55.48, SD = 10.33) and multiparous with previous breastfeeding experience (M = 58.79, SD =

10.87, $t(1483) = 4.82, p < .001$). Similar findings were found at 4 weeks postpartum ($t(1449) = 2.31, p = .02$) and at 8 weeks postpartum ($t(1387) = 2.01, p = .05$).

Correlations. The third method to evaluate construct validity was to determine the extent to which the BSEFS-SF correlated with other theoretically related concepts. As no other known measure of breastfeeding self-efficacy exists, it was hypothesized that breastfeeding self-efficacy would correlate positively with self-esteem (RSES) and negatively with measures of maternal mood (EPDS) and perceived stress (PSS). As demonstrated in Table 3, these hypothesized relationships were supported at all time periods.

BSEFS-SF Predictive Validity

Predictive validity can be evaluated by determining the relationship between an instrument and event occurring before, during, or after the instrument is used (Nunnally & Bernstein, 1994). Determining the relationship

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

TABLE 4
Demographic Response Patterns

	BSES-SF		
	M	SD	
Maternal Demographic Variables			
Marital status			
Married	33.73	10.95	$t(481) = .80, p = .42$
Single	37.18	10.45	
Education			
High school or less	36.73	10.40	$t(480) = 1.37, p = .18$
Postsecondary education	35.37	11.08	
Mode of delivery			
Vaginal	36.57	10.57	$t(482) = 2.06, p < .05$
Cesarian delivery	33.79	11.54	
Income			
< \$40,000 ^a	37.02	10.85	$F(2) = 11.24, p < .05$
\$40,000–\$60,000 ^b	35.74	10.36	
> \$60,000 ^c	35.20	11.07	
^a Less than \$24,000 U.S.			
^b Between \$24,000 and \$37,000 U.S.			
^c Greater than \$37,000 U.S.			

between breastfeeding self-efficacy and infant feeding method at 4 and 8 weeks postpartum assessed the predictive validity of the BSES-SF. To promote consistency in the definition of breastfeeding and facilitate comparison of research results, study participants were classified using Laibook and Krasovec's (1990) six infant feeding methods: (a) exclusive breastfeeding (breastmilk only), (b) almost exclusive breastfeeding (breastmilk and other liquids but not formula, e.g., vitamins), (c) high breastfeeding (less than one bottle of formula per day), (d) partial breastfeeding (at least one bottle of formula per day), (e) token breastfeeding (breast given to comfort baby but not for nutrition), and (f) bottle-feeding (no breast milk at all).

Significant differences in 1-week breastfeeding self-efficacy scores were found among mothers who at 4 weeks postpartum were either breastfeeding ($M = 36.39, SD = 10.78$) or bottle-feeding ($M = 42.58, SD = 13.35, t(487) = 5.56, p < .001$). Similar 1-week BSES-SF differences were found between breastfeeding ($M = 37.66, SD = 9.89$) and bottle-feeding ($M = 46.73, SD = 11.38$) mothers at 8 weeks postpartum ($t(497) = 8.16, p < .001$). Employing the 4-week BSES-SF scores, significant differences were found among mothers who at 8 weeks postpartum were either breastfeeding ($M = 37.95, SD = 9.11$) or bottle-feeding ($M = 32.41, SD = 13.23, t(387) = 17.56, p < .001$).

Mothers were further categorized according to their breastfeeding level, and a one-way analysis of variance was undertaken. Mothers who were exclusively breast-

feeding at 4 weeks postpartum had higher 1-week BSES-SF scores ($M = 38.43, SD = 9.91$) than mothers who were either partially breastfeeding ($M = 30.08, SD = 12.20$) or bottle-feeding ($M = 41.56, SD = 12.19$). The difference in mean scores between all three groups was statistically significant, Fisher's F ratio ($F(2) = 55.60, p < .001$). Similarly, mothers who were exclusively breastfeeding at 8 weeks postpartum had higher 1-week BSES-SF scores ($M = 38.48, SD = 8.89$) than partially breastfeeding mothers ($M = 31.30, SD = 11.78$) or mothers who were bottle-feeding ($M = 45.94, SD = 11.46, F(2) = 47.45, p < .001$). Thus, the higher the BSES-SF score was at 1 week postpartum, the more likely the mother was breastfeeding at 4 and 8 weeks postpartum and doing so exclusively.

BSES-SF Demographic Response Patterns

Maternal age, educational level, marital status, and socioeconomic status have consistently been related to breastfeeding duration (Donna, 2002). To assess the utility of the BSES-SF as a unique instrument in identifying mothers at high risk, relationships between demographic variables and breastfeeding self-efficacy at 1 week postpartum were explored. There was no relationship between maternal age and breastfeeding self-efficacy ($r = .00, p = .87$). Although there were no differences in mean scores in relation to marital status, education, or income, significant differences were found between mothers who had a vaginal delivery and those who had a cesarian delivery (see Table 4).

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

Discussion

Theoretically based on Bandura's social cognitive theory, the BSES-SF is an instrument that measures a mother's confidence in her ability to breastfeed her new baby. This psychometric assessment not only provides additional support for the reliability of the BSES-SF but also evaluates maternal breastfeeding self-efficacy across the postpartum period. Consistent with the original methodological study (Dennis & Faure, 1999), reliability of the 33-item BSES was demonstrated through good estimates of internal consistency. However, repeatedly high Cronbach's alpha coefficients and multiple factor loadings in the original study indicated the need for item reduction. Using diverse item statistics, the 33-item BSES was shortened to 14 items. The reliability estimates of the BSES-SF, including Cronbach's alpha coefficient, inter-item correlations, and corrected item-total correlations, demonstrated excellent internal consistency.

Factor analysis incorporating a principal components extraction method was conducted to explore the latent structure of the BSES-SF while attempting to replicate the results from the original study (Dennis & Faure, 1999). The analysis revealed a clear one-factor solution with all factor loadings exceeding 0.65. This unidimensional factor structure was anticipated because of multiple factor loadings on both subscales in the original 33-item factor analysis. Construct validity was supported further by comparison of outcome groups. According to self-efficacy theory, performance accomplishments through actual mastery experiences are the most powerful source of self-efficacy information (Bandura, 1982). As expected, breastfeeding self-efficacy scores for multiparous women with previous breastfeeding experience were significantly higher when compared with primiparous women. Finally, all hypotheses between the BSES-SF and related constructs were supported. In particular, women with higher breastfeeding self-efficacy had increased self-esteem, decreased depressive mood, and lower levels of perceived stress.

Perhaps the most clear and significant finding reported is the predictive validity of the instrument. Although the measure to describe the infant feeding method was limited to self-reporting, the relationship between breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration and exclusivity is promising for clinical practice. To build upon these reassuring findings, the sensitivity, specificity, and positive predictive value of the BSES-SF are currently being determined through further analysis. Also important is the lack of association between maternal demographic factors and breastfeeding self-efficacy, suggesting the BSES-SF is a unique tool in identifying mothers at high risk based on a modifiable variable. The finding that mothers who experienced a cesarean delivery had lower breastfeeding self-efficacy than mothers who delivered vaginally supports the research indicating that there may be more-urgent psy-

chological outcomes related to cesarean childbirth (Clemons, 2001; DiMatteo et al., 1999).

This psychometric assessment addressed many of the limitations of the original study. Although the sample in this study consisted primarily of married, White women, it was heterogeneous in maternal age, educational level, and socioeconomic status, all factors that have been shown to influence breastfeeding outcomes (Dennis, 2002). Moreover, the sample size was large enough to permit item reduction and reliable factor analysis (Tabachnick & Fidell, 2001). To expand the use of the BSES-SF, the instrument was tested at different points across the postpartum period. Finally, this study provided additional support for the theoretical hypothesis that breastfeeding self-efficacy is predictive of future breastfeeding behavior. However, future research is needed to assess the BSES-SF as a discrete scale.

The breastfeeding self-efficacy construct has promising utility for nursing practice. The BSES-SF could be used as an identification tool to help recognize those mothers who are likely to succeed, as well as those who will require additional interventions to ensure success. For example, if a new mother has a high breastfeeding self-efficacy score before hospital discharge, further breastfeeding support may be unnecessary. However, if a mother's breastfeeding self-efficacy score is low, there are clear implications for supplementary support. The BSES-SF could also provide important diagnostic information to

The BSES-SF is considered ready for clinical use to (a) identify breastfeeding mothers at high risk, (b) assess breastfeeding behaviors and cognitions to individualize confidence-building strategies, and (c) evaluate the effectiveness of various interventions and guide program development.

ensure interventions are responsive to those they are intended to serve. For example, the BSES-SF could be used to appraise select breastfeeding behaviors and cognitions to sensitize nurses to the unique needs of their new breastfeeding clients. Furthermore, because mothers with low breastfeeding self-efficacy may experience significant stress when discharged home, low BSES-SF scores may be used to provide anticipatory guidance to those mothers.

In contrast, high BSES-SF scores could be used by the nurse as a measure of maternal strength warranting recognition and reinforcement. As such, the BSES-SF could be

Adaptação transcultural e validação da
 “Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

used as an assessment tool to identify areas to focus nursing practice. On the basis of the BSES-SF results, specific confidence-enhancing strategies could include (a) attention to the successful or improved aspects of lactation performance; (b) reinforcement of positive breastfeeding skills; (c) provision of consistent advice on how to improve future breastfeeding performances; (d) encouragement to recall the positive aspects of breastfeeding performances purposefully rather than to dwell solely on performance deficits; (e) provision of anticipatory guidance to acknowledge and normalize maternal anxiety, stress, and fatigue; and (f) proactive attention to making the unobservable breastfeeding skills apparent to the mother, such as envisioning successful performances, thinking analytically to solve problems, managing self-defeating thoughts, and persevering through difficulties (Dennis, 1999).

Finally, the BSES-SF may be used to determine the efficacy of various types of supportive interventions. For example, the BSES-SF could be employed to assist health care administrators to devise special interventions for those mothers identified as high risk and, therefore, could be used to plan effective breastfeeding programs. However, future research is needed to determine whether interventions that increase maternal breastfeeding self-efficacy can also increase breastfeeding outcomes. Within the current environment of shortened hospital stays, the BSES-SF provides nurses with a clinically usable instrument that could pinpoint areas in need of concentrated intervention before discharge so that appropriate and effective care may be provided to new mothers to help them achieve their breastfeeding goals.

Acknowledgments

The author gratefully acknowledges the Canadian Institutes for Health Research (CIHR) for the provision of a postdoctoral research fellowship (1999-2001) and the Fraser Valley research team, including Margaret Gander, Patricia Whitehead, Linda Bachmann, Mona Beachou, Terry Cross, Pam Murray, Tina Baychu, Heidi Beckerling, Yvonne Szabo, Mona Taylor, and Linda Wirtner.

REFERENCES

- American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. (1997). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100, 1035.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barbur, C. M., Abernethy, T., Steinmetz, R., & Chisolm, J. (1997). Using a breastfeeding prevalence survey to identify a population for targeted programs. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 242-245.
- Bick, D., MacArthur, C., & Lenczner, B. (1998). What influences the initiation and early cessation of breast feeding? *Midwifery*, 14, 242-247.
- Bourgon, G., Lohman, N., Rhesoma, L., Boyce, M., Doojig, C., Pizard, L., et al. (1997). Factors influencing the duration of breastfeeding in the Sudbury region. *Canadian Journal of Public Health*, 88, 238-241.
- Bustam, K., Gibson, N., Fidler, R., Biran, C., Faige, D., & Chazlow, A. (1991). Women intending to breast feed: Predictors of early infant feeding experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 7, 101-106.
- Canadian Paediatric Society, Dietitians of Canada and Health Canada. (1998). *Alimentation for the healthy infant*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Cattell, R. B. (1958). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. New York: Plenum.
- Canfield, T., Gross, S., Biele, M., Bronner, Y., Kettle, L., Jensen, J., et al. (1998). Web-based interventions to promote breastfeeding among African-American women in Baltimore: Effects on breastfeeding initiation and continuation. *Journal of Human Lactation*, 14, 15-22.
- Clement, S. (2001). Psychological aspects of cesarean section. *Best Practice and Research in Clinical Obstetrics and Gynecology*, 15, 109-135.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Cleveland Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1972). *A first course in factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation*, 15, 195-201.
- Dennis, C. L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 31, 12-22.
- Dennis, C. L., & Fross, S. (1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Research in Nursing & Health*, 22, 359-365.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- DiMatteo, M. R., Morone, S. C., Hays, R. D., Dismick, T. M., Carter, M. T., Pearson, M., et al. (1996). Cesarean child birth and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology*, 15, 302-314.
- Dykes, E., & Williams, C. (1995). Failing by the wayside: A multinational exploration of perceived breast-milk inadequacy in lactating women. *Midwifery*, 11, 242-246.

Adaptação transcultural e validação da
“Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form” – para a Língua Portuguesa

- Ennen, E. O., Votto, N., & Lovvick, J. M. (2001). The timing and predictors of the early termination of breast feeding. *Pediatrics*, 107, 543-548.
- Ferkovich, S. (1991). Focus on psychometrics: Aspects of item analysis. *Research in Nursing & Health*, 14, 167-168.
- Fountain, K., & Jones, L. (1997). Self-esteem, optimism, and adjustment in depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 55-63.
- Goble, J. R., Harrison, R. H., Biggs, M. A., Ramsey, C., & Turde, V. (1999). Maternal mood predicts breastfeeding in Brazilians. *Journal of Developmental Pediatrics*, 20, 80-87.
- Hall, L., Kotch, J., Browne, D., & Ryans, M. K. (2000). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depression symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*, 45, 211-218.
- Health Canada. (1989). *Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians*. Ottawa: Author.
- Hill, R., & Hummels, S. (1996). Development of the U & H Lactation Scale. *Nursing Research*, 11, 136-140.
- Holmes, W., Hoang, L., & Phillips, J. (1997). Influences on non-breastfeeding beliefs and practices in an urban aboriginal community. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31, 504-510.
- Ishak, M., & Krasovec, K. (1990). Toward consistency in breastfeeding definition. *Studies of Family Planning*, 21, 226-230.
- Lawrence, R. A. (1997). *A review of the maternal benefits and contraindications to breastfeeding in the United States* (Maternal and Child Health Technical Information Bulletin). Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.
- Libbas, K., Bath, T., & Hackman, N. (1997). Breastfeeding habits of low-income primigravidae. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 144-150.
- Lynn, M. R. (1985). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 31, 387-395.
- Mazzacapa, E. S., Dunlop, W., Van, N., & Bagella, C. (2000). A preliminary study of breast-feeding and neonatal symptoms among. *Annals of Behavioral Medicine*, 22, 73-79.
- Myles, A. (1979). A retrospective look at infant feeding practices in Canada, 1965-1971. *Journal of Canadian Dietetic Association*, 46, 300-311.
- Naylor, A. J., & Morrow, A. L. (2001). Developmental readiness of normal full-term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. *Review of the relevant literature concerning infant immunologic, gastrointestinal, oral motor, and maternal reproductive and gestational development*. Washington, DC: Walker International and the LINKAGES Project/Academy for Educational Development.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. I. (1994). *Psychometric theory* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- O'Garra, E., Tisdell, R., Giesen, A., & Wong, M. (1992). Predictors of success associated with breastfeeding duration: Recommendations for practice interventions. *Birth*, 19, 195-201.
- Papinczak, T. A., & Turner, C. T. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queen's Island tertiary hospital. *Breastfeeding Review*, 8, 25-33.
- Raibed, A., Rickitt, C., & Williams, A. (1998). Breastfeeding: The Baby-Friendly Initiative—UNICEF's Baby-Friendly Initiative is making great progress in UK. *British Medical Journal*, 316, 1548-1549.
- Rosenberg, M. (1987). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ryan, A. S. (1997). The resurgence of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 99, E12.
- Sagun-Millan, S., Dewey, K., & Perez-Escamilla, R. (1994). Factors associated with perceptions of insufficient milk in a low-income urban population in Mexico. *Journal of Nutrition*, 124, 202-212.
- Strickland, O. (1998). Inter-rater consistency analysis: Making the most of what you've got. *Journal of Nursing Measurement*, 3, 3-6.
- Tybaelnic, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed.). Toronto: Allyn & Bacon.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010* (Confidential Edition, in Two Volumes). Washington, DC: Author.
- Waltz, C. F., Strickland, D. L., & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in nursing research* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Davis.
- Whelan, A., & Lupton, P. (1998). Promoting successful breast feeding among women with a low income. *Midwifery*, 14, 94-100.

Cindy Lee Dennis, RN, PhD, is an assistant professor, Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

Address for correspondence: Cindy Lee Dennis, RN, PhD, 50 St. George St., Toronto, Ontario, Canada M5S 3J4. E-mail: cindy.lee.dennis@utoronto.ca.

Adaptação transcultural e validação da
“*Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form*” – para a Língua Portuguesa

De Cindy-Lee Dennis <cindylee.dennis@utoronto.ca>
Para Vanessa Santos <nexasantos@gmail.com>

Data 2 de Junho de 2008 16:26
Assunto RE: BSES - SF
enviado porutoronto.ca

Dear Vanessa,

The translation process looks accurate. Thanks for confirming with me.

Cheers
C-L

Cindy-Lee Dennis, PhD
Associate Professor in Nursing and Psychiatry
Canada Research Chair in Perinatal Community Health

University of Toronto
Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing
155 College St
Toronto, Ontario
Canada M5T 1P8
Tel: (416) 946-8608
Fax: (416) 978-8222
Email: cindylee.dennis@utoronto.ca
http://www.nursing.utoronto.ca/staff/Faculty_Bios/Cindy-Lee_Dennis.htm