

Validação para o português da escala de conhecimento acerca do aleitamento materno

Validation of the knowledge breastfeeding scale into brazilian portuguese
Validación al portugués de la escala de conocimiento sobre lactancia materna

Kamila Caroline Minosso¹  <https://orcid.org/0000-0001-5451-8356>

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso¹  <https://orcid.org/0000-0001-7366-077X>

Eloeth Kaliska Piva¹  <https://orcid.org/0000-0002-6551-4630>

Marialda Moreira Christoffel²  <https://orcid.org/0000-0002-4037-8759>

Como citar:

Minosso KC, Toso BR, Piva EK, Christoffel MM. Validação para o português da escala de conhecimento acerca do aleitamento materno. Acta Paul Enferm. 2020; eAPE20190067.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00067>



Descritores

Aleitamento materno; Recém-nascido; Saúde materno-infantil; Estudos de validação

Keywords

Breast feeding; Infant, newborn; Maternal and child health; Validation studies

Descriptores

Lactancia materna; Recién nacido; Salud materno-infantil; Estudios de validación

Submetido

21 de Março de 2019

Aceito

21 de Outubro de 2019

Autor correspondente

Kamila Caroline Minosso
E-mail: kamiminosso@outlook.com

Resumo

Objetivo: Traduzir e validar a escala de conhecimento acerca do aleitamento materno - *Knowledge Breastfeeding Scale*, para a língua portuguesa brasileira.

Métodos: Estudo metodológico de validação de instrumento realizado em seis etapas: tradução, retrotradução, análise do comitê de juízes, pré-teste, reexame das pontuações e avaliação das propriedades psicométricas. O processo de validação foi realizado com 65 puérperas, em uma unidade de alojamento conjunto hospitalar e no seguimento em unidade de atenção primária, na região Oeste do Paraná, entre março e julho de 2018, com análise de dados estatística descritiva.

Resultados: Na avaliação das propriedades psicométricas no pré-teste obteve-se um alfa de Cronbach de 0,78 e no teste-reteste de 0,61. A correlação intra-classe entre teste e reteste foi de 0,756. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória e concordância perfeita.

Conclusão: A versão traduzida da escala mostrou-se válida e viável e sua utilização em pesquisas futuras permitirá complementar as análises psicométricas.

Abstract

Objective: To translate and validate the Knowledge Breastfeeding Scale into Brazilian Portuguese.

Methods: A methodological study of tool validation carried out in six steps: translation, back-translation, judges committee analysis, pretest, review of scores and assessment of psychometric properties. The validation process was performed with 65 postpartum women, in a joint hospital accommodation unit and in the follow-up in a primary care unit, in Western Paraná, between March and July 2018, with descriptive statistical data analysis.

Results: In the assessment of psychometric properties in the pretest, a Cronbach's alpha of 0.78 was obtained and in the test-retest of 0.61. The intra-class correlation between test and retest was 0.756. The tool presented satisfactory internal consistency and perfect agreement.

Conclusion: The translated version of the scale proved to be valid and viable and its use in future research will allow to complement the psychometric analyzes.

Resumen

Objetivo: Traducir y validar la escala de conocimiento sobre lactancia materna, *Knowledge Breastfeeding Scale*, al idioma portugués brasileño.

Métodos: Estudio metodológico de validación de instrumento realizado en seis etapas: traducción, retrotraducción, análisis del comité de jueces, prueba piloto, reexaminación de las valoraciones y evaluación de las propiedades

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil.

²Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

psicométricas. El proceso de validación fue realizado con 65 puérperas, en una unidad de alojamiento conjunto de un hospital y en el acompañamiento en una unidad de atención primaria, en la región oeste del estado de Paraná, entre marzo y julio de 2018, con análisis de datos estadístico descriptivo.

Resultados: En la evaluación de las propiedades psicométricas en la prueba piloto se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,78 y en el test-retest de 0,61. La correlación intraclass entre test y retest fue de 0,756. El instrumento presentó consistencia interna satisfactoria y concordancia perfecta.

Conclusión: La versión traducida de la escala demostró ser válida y viable y su utilización en investigaciones futuras permitirá complementar los análisis psicométricos.

Introdução

O ato de amamentar é milenar, não tem custo e é essencial para o desenvolvimento do ser humano, determinado por aspectos naturais e biológicos, mas também construído pela vida cotidiana das famílias, em suas relações sociais e culturais.⁽¹⁾ As evidências acumuladas mostram benefícios do leite materno para as mulheres, como a redução nos cânceres de mama e ovário, além de efeitos a longo prazo para as crianças, como aumento da inteligência e redução nos riscos de obesidade e diabetes futuras.⁽²⁾ Ainda, se o bebê mama no peito por mais tempo, maiores serão os níveis de inteligência, escolaridade e renda financeira quando adulto.⁽³⁾

Ademais, práticas apropriadas de amamentação auxiliam na prevenção de diarreia, infecções respiratórias, otite média, excesso de peso, diabetes, enterocolite necrosante e síndrome da morte súbita infantil, além de elevar o capital humano aumentando a inteligência.⁽³⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do bebê e a introdução de alimentação a partir dessa idade, com manutenção do aleitamento materno complementar até os dois anos de idade ou mais.⁽⁴⁾

Entretanto, em países de baixa e média renda, somente 37% das crianças com menos de seis meses recebem amamentação exclusiva.⁽³⁾ No Brasil, a maioria das puérperas inicia o Aleitamento Materno (AM), contudo mais da metade das crianças já não se encontra em AME no primeiro mês de vida.⁽⁵⁾ Segundo dados da II Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno, identificou-se que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41% e a duração mediana foi de 54,1 dias.⁽⁶⁾ Estudo sobre a série histórica dos indicadores de AM no Brasil mostrou tendência ascendente até 2006, com estabilização a partir dessa data em três dos quatro indicadores avaliados, sendo, AME em menores de

seis meses de vida - 36,6%, AM em menores de dois anos - 52,1% e AM continuado com um ano de vida - 45,4%.⁽⁷⁾

Dentre as dificuldades ocorridas para a manutenção da amamentação percebe-se a necessidade de suporte e orientações, desde a gestação, mas principalmente na maternidade, pois é na adaptação mãe-bebê que são encontrados os maiores entraves para o processo de amamentar, dentre os quais, os biológicos, como problemas com as mamas, com a pega do Recém-Nascido (RN), com a recuperação materna pós-parto, mas também psicossociais, relacionados ao desejo de amamentar e as condições necessárias para a adoção dessa prática,⁽⁸⁾ como falta de apoio da rede de apoio familiar e social da mulher, incluindo-se os serviços de saúde, o retorno ao trabalho,⁽⁹⁾ a falta de conhecimento materno a respeito do processo e da prática da amamentação.⁽¹⁰⁾

Em pesquisa realizada com 102 mães de RN, as principais dificuldades para manutenção do AME foram: a introdução de suplementação, leite insuficiente, fissuras mamilares, mastite, pega incorreta, duração da licença-maternidade, refluxo e baixo peso da criança. Ainda, vale ressaltar que aos 180 dias após o nascimento do lactente, apenas 24 (23,53%) daquelas mães permaneceram em AME.⁽¹¹⁾ Por sua vez, estudo realizado em Cuiabá com 60 gestantes evidenciou que a maioria delas demonstrou ter conhecimento sobre as principais vantagens da amamentação, entretanto não souberam responder acerca de problemas relacionados ao AM e ao tratamento e prevenção desses agravos,⁽¹²⁾ evidenciando uma lacuna a ser trabalhada pelo setor saúde.

Autores identificaram que o Brasil possui as condições necessárias para o avanço dos indicadores de aleitamento materno, enunciando a “vontade política, legislação e políticas, recursos financeiros, treinamento e capacitação em políticas e programas, promoção do aleitamento materno, pesquisa e avaliação, defesa (advocacy) e uma coordenação central com objetivos e monitoramento, indicando que o

sucesso da amamentação não é uma responsabilidade exclusiva da mulher, mas sim compartilhada por toda a sociedade”.^(7,6)

Assim, é importante que os serviços de saúde estabeleçam estratégias de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno. A equipe de saúde e especificamente a enfermagem têm papel primordial na amamentação, pois além de prestar assistência no alojamento conjunto, o enfermeiro atua no estímulo e promoção da amamentação na atenção primária. Assim sendo, os enfermeiros devem participar ativamente na promoção do AME, desde o pré-natal até o pós-parto, além de informar sobre a introdução da alimentação complementar no momento adequado.

Para auxiliar nesse processo, conhecendo o suporte que a mulher recebe durante a gestação, parto e puerpério, tanto dos serviços de saúde quanto da família, amigos e pessoas de sua relação mais próxima, para o sucesso da amamentação, têm sido utilizadas, no exterior, ferramentas que subsidiam essa prática,⁽¹³⁻¹⁵⁾ a exemplo da escala de mensuração do conhecimento materno sobre a amamentação,⁽¹⁶⁾ ainda indisponível no Brasil, com essa finalidade.

Tais instrumentos auxiliam os profissionais de saúde a identificar os problemas e disseminar o conhecimento apropriado para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento exclusivo. Por conseguinte, esse estudo objetivou traduzir e validar a escala de conhecimento acerca do aleitamento materno – *Knowledge Breastfeeding Scale*, para a língua portuguesa brasileira.

Métodos

Estudo transversal, metodológico, de tradução e validação de instrumento para o contexto brasileiro, integrando o projeto multicêntrico “aleitamento materno exclusivo: determinantes socioculturais no Brasil”, sob coordenação de pesquisadora da Escola de Enfermagem Anna Nery, incluindo estados de todas as regiões do país e utilizando seis diferentes escalas para uma avaliação abrangente da amamentação no país, sendo apenas uma delas já validada para o português,⁽¹⁷⁾ e as demais em processo de va-

lidação pela equipe da pesquisa, como a que aqui se apresenta. O estudo, por sua vez, integra pesquisa internacional sobre o aleitamento materno nas Américas, sob coordenação de professor da universidade do Kentucky, nos Estados Unidos, local em que as escalas de avaliação do aleitamento materno propostas para validação já são utilizadas e traduzidas também para o espanhol, faltando sua disponibilidade para a língua portuguesa.

A escala de conhecimento acerca do aleitamento materno (Anexo 1), cuja sigla em inglês é KBS e em espanhol é KNOWL (mantida em português), com uma única dimensão, retrata o conhecimento das mães sobre o aleitamento materno, sendo composta por 26 itens com respostas do tipo verdadeiro ou falso (escores zero e um), de forma que se pode obter um escore total de zero a 26 pontos, considerando-se que, quanto mais próximo de 26, maior o conhecimento da mulher sobre o aleitamento. Os itens da escala abordam características do aleitamento materno (1, 2, 3 e 6), do colostro (4 e 5), benefícios da amamentação (7, 8 e 15), produção do leite materno (9 a 12), introdução de alimentos complementares (14), técnica de amamentação (16 a 26) e interferência da dentição (13).

Para a tradução e adaptação cultural da escala para o português do Brasil, foram seguidas diretrizes compostas das etapas:⁽¹⁸⁾ tradução direta, síntese das traduções, tradução inversa, consolidação por comitê de juízes, pré-teste e teste-reteste. Para a validação, a qual abrangeu a confiabilidade e validade, avaliou-se a consistência interna, a confiabilidade intra-observacional, a validade aparente ou lógica, de conteúdo, de critério e de constructo.

A etapa de tradução foi realizada por dois profissionais da área da saúde, com conhecimento do instrumento e, posteriormente, enviado a dois tradutores profissionais bilíngues cuja língua materna era a mesma do questionário original para a tradução inversa, resultando na versão síntese da escala para avaliação por comitê de especialistas.

A versão síntese foi avaliada em reunião de comitê de especialistas composta de nove pessoas, sendo dois tradutores de português, dois tradutores de espanhol, um linguista, um professor de metodologia de curso da área da saúde, um profissional de saúde

com expertise em aleitamento materno, um estatístico e o pesquisador principal, na qual obteve-se 100% de concordância na versão síntese, resultando na primeira versão de tradução do instrumento, para o pré-teste de aplicabilidade e viabilidade.

A amostra de aplicação da escala KNOWL, para a validação de confiabilidade foi composta por 65 puérperas, sendo 20 para o pré-teste e 45 para o teste-reteste, de acordo com o cálculo estatístico amostral determinado pelo programa GPower, assumindo um poder estatístico de 0.89 e considerando-se α de 0.05. Realizaram-se as etapas de campo em alojamento conjunto de um hospital público e de ensino, no pós-parto mediato (até dois dias após o parto), para o pré-teste e em unidade de atenção primária, no puerpério (até 40 dias após o parto), para o teste-reteste, no período de março a julho de 2018, em município de médio porte da região Oeste do Paraná.

Adotaram-se como critérios de inclusão das participantes: mulheres em aleitamento; alfabetizadas, porque a escala é autoaplicável e português como primeira língua. Como critérios de exclusão: histórico de distúrbios psiquiátricos e/ou problemas neurológicos, relatados em prontuário médico hospita-

lar ou da atenção primária; idade inferior a 18 anos sem o acompanhamento de responsável.

Na figura 1 apresenta-se o diagrama do processo de validação da escala.

A análise por meio de estatística descritiva ocorreu pelo programa IBM® SPSS® versão 21, sendo o nível de significância assumido para todos os testes estatísticos igual a 0,05. Para obtenção da confiabilidade da escala foi aplicado o alfa de Cronbach, considerado quase perfeito quando é maior que 0,80, substancial de 0,61 a 0,80 e moderado de 0,41 a 0,60.⁽¹⁹⁾ Para análise da estabilidade foram comparadas a primeira e a segunda avaliação (teste-reteste) por meio do coeficiente de correlação intraclassa (CCI). Adotou-se como parâmetros: valores < 0,5 = confiabilidade pobre; $\geq 0,5$ e $\leq 0,75$ = confiabilidade moderada; > 0,75 e $\leq 0,90$ = confiabilidade boa e > 0,90 = confiabilidade excelente.⁽²⁰⁾

Todas as participantes responderam ao instrumento somente após leitura, aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer de nº 2.507.525, CAEE nº 80711517.8.1001.5238.

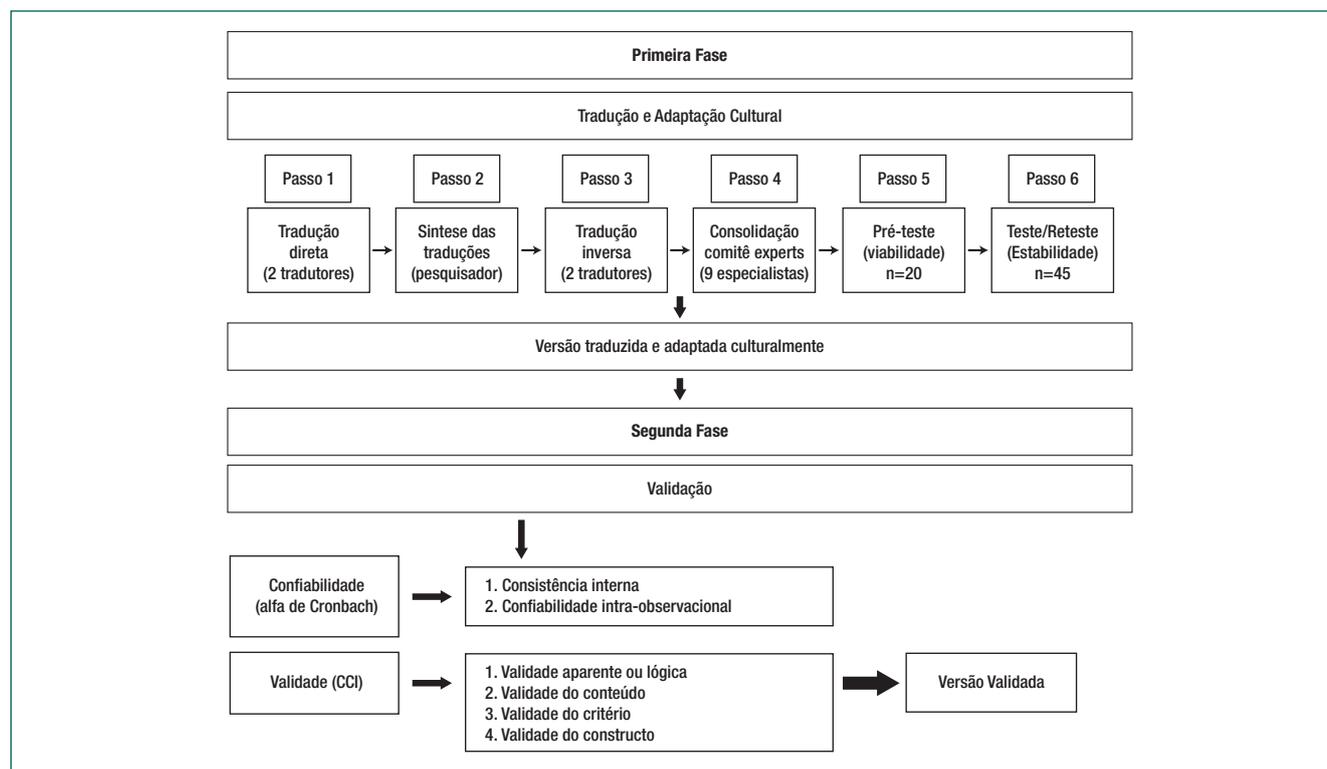


Figura 1. Processo de tradução, adaptação cultural e validação

Resultados

A escala KNOWL foi considerada adaptada culturalmente a partir da obtenção de 90% ou mais de entendimento das mães. Evidenciou-se que os itens estavam escritos de forma clara e compreensível, cujo entendimento foi de 98,65%. No pré-teste, dois formulários não foram preenchidos completamente. Em um não foi respondido o item 9 e no outro os itens 2, 8, 15, 19, 20 e 21 ficaram em branco. Ainda, no item 2, houve dúvida na terminologia “anticorpos”, sendo acrescido sua explicação (células de defesa do corpo humano), entre parênteses, na

versão final do instrumento, utilizada para o teste-reteste, junto do qual aplicou-se ainda questionário sociodemográfico e ficha clínica, para caracterização das participantes. A versão final da escala está apresentada na tabela 1, em que se demonstra, para cada item da mesma, a avaliação da confiabilidade por meio do alfa de Cronbach.

No pré-teste a escala obteve alfa de Cronbach de 0,78 e no teste-reteste de 0,61, ambos os valores na classificação substancial e sendo validada em seu conteúdo. No teste-reteste, a reprodutibilidade na correlação intra-classe entre teste e reteste foi de 0,756 (p-valor significativo de 0,000). O F-Test ob-

Tabela 1. Avaliação da Escala de Conhecimento Sobre Aleitamento Materno – KNOWL (n=45)

Itens da Escala	Pré-Teste				Teste			
	Alpha	Correlação Padronizada	Média	Desvio Padrão	Alpha	Correlação Padronizada	Média	Desvio Padrão
1.O leite de fórmula tem as mesmas características que o leite materno.	--	--	--	--	0,61	0.147	0.956	0.21
2.O leite materno tem proteínas, açúcar e anticorpos (células de defesa do corpo humano).	0.78	0.271	0.95	0.22	--	--	--	--
3. Aspirina, medicamentos para a gripe ou resfriado, e a nicotina dos cigarros são transferidas de mãe para o filho (a) pelo leite materno.	0.77	0.408	0.90	0.31	0,61	0.167	0.933	0.25
4. É importante não dar ao bebê o colostro (primeiro leite).	0.78	0.303	0.90	0.31	0,56	0.497	0.822	0.39
5. O benefício mais importante do colostro é que fornece nutrição e anticorpos para o bebê.	0.77	0.556	0.95	0.22	--	--	--	--
6. Só a metade das mulheres pode produzir leite materno.	0.79	-0.057	0.05	0.22	0,61	0.179	0.822	0.39
7. Tem sido demonstrado que o leite materno ajuda a prevenir alergias, infecções, obesidade e sobrepeso no bebê.	0.78	0.218	0.85	0.37	--	--	--	--
8. Um benefício de amamentar, para a mãe, é ajudar o útero a voltar ao tamanho normal anterior a gestação.	0.77	0.363	0.80	0.41	0,62	0.056	0.822	0.39
9. O estado emocional da mãe pode afetar a descida do leite.	0.78	0.200	0.90	0.31	--	--	--	--
10. A quantidade de leite materno produzido dependerá do quanto mame o bebê.	0.79	0.128	0.80	0.41	0,61	0.112	0.133	0.34
11. Usar um sutiã apertado é uma ação importante para que a mãe produza leite materno.	0.75	0.721	0.85	0.37	0,60	0.294	0.067	0.25
12. A mãe deve dormir e descansar, tomar líquido suficiente todos os dias, e comer uma dieta adequada para produzir leite materno.	0.79	0.020	0.10	0.31	--	--	--	--
13. A mãe deve deixar de amamentar quando nascerem os primeiros dentes de seu bebê.	0.79	0.078	0.05	0.22	--	--	--	--
14. Recomenda-se que um bebê que está sendo amamentado comece a comer alimentos sólidos entre 3 a 5 meses de idade.	0.74	0.868	0.85	0.37	0,55	0.582	0.822	0.39
15. Amamentar tem mais benefício quando se começa imediatamente depois do parto.	0.78	0.271	0.95	0.22	0,59	0.329	0.956	0.21
16. A melhor maneira para conseguir que o bebê aprenda a pegar o peito para ser amamentado é apertar suas bochechas para que ele abra a boca.	0.79	0.132	0.85	0.37	0,62	0.103	0.267	0.45
17. Acariciando sobre os lábios e bochechas do bebê com o mamilo se consegue que ele abra a boca e pegue o peito para ser amamentado.	0.78	0.283	0.80	0.41	0,61	0.181	0.889	0.32
18. O bebê deve ser amamentado em cada seio pelo tempo que ele desejar.	0.77	0.403	0.80	0.41	0,63	-0.054	0.889	0.32
19. A melhor maneira de retirar o bebê do seio é colocar um dedo dentro da boca do bebê para que ele pare de sugar o peito.	0.78	0.310	0.70	0.47	0,63	0.048	0.378	0.49
20. A mãe que está amamentando pode prevenir irritação nos mamilos lavando-os com muito sabão.	0.79	0.138	0.70	0.47	0,57	0.408	0.778	0.42
21. Aplicar um pouco de seu próprio leite nos mamilos depois de cada mamada pode prevenir irritações nos mamilos.	0.77	0.485	0.85	0.37	0,59	0.324	0.911	0.29
22. O bebê vai querer ser alimentado a cada 4 ou 5 horas nas primeiras semanas.	0.79	0.064	0.95	0.22	0,58	0.334	0.822	0.39
23. Se o bebê estiver recebendo leite suficiente ganhará peso, usará de 6 a 8 fraldas por dia, e estará contente.	0.77	0.386	0.75	0.44	0,60	0.242	0.156	0.37
24. O cocô de um bebê que está sendo amamentado é igual ao do bebê alimentado com leite de fórmula.	0.77	0.355	0.90	0.31	0,60	0.208	0.111	0.32
25. O cocô do bebê que está sendo amamentado é mais suave e mais frequente que o dos bebês alimentados com leite de fórmula.	0.76	0.612	0.80	0.41	0,61	0.136	0.156	0.37
26. Se a mãe sente seus seios desconfortáveis, ela pode aplicar uma toalhinha úmida com água quente sobre o peito, para tirar um pouco de leite do seio.	0.77	0.355	0.90	0.31	0,61	0.152	0.422	0.50
	Valor de alpha = 0,78; Intervalo de confiança de 95% = 0,65 - 0,92				Valor de alpha = 0,61; Intervalo de confiança de 95% = 0,45 - 0,77			

*Os itens com variância igual a zero estão em branco e foram excluídos do cálculo de confiabilidade

teve valor de 7.19, $p = 4.47e-10$, o que mostra que a correlação é significativa, com intervalo de confiança de 0,067 a 0,956 e o desvio padrão variou de 0,21 a 0,50. O instrumento manteve estabilidade ao longo do tempo entre as duas avaliações.

Efetuiu-se ainda a caracterização dos participantes do estudo, por ocasião do teste e reteste da escala, descrita na tabela 2, compreendendo variáveis clínicas dos RN, das puérperas e também os dados sociodemográficos.

Tabela 2. Características clínicas dos recém-nascidos, das puérperas e sociodemográficas

Características clínicas do recém-nascido (n=45)			
Variáveis	n(%)	Média (DP)	Intervalo
Idade Gestacional (semanas)		38,3(2,2)	28 – 42
Peso de nascimento (gramas)		3.258,2(0,599)	1.105 - 4.270
Estatura ao nascimento (centímetros)		48,09(2,71)	37 – 53
Apgar 1º minuto		7,7(1,6)	2 – 9
Apgar 5º minuto		9(0,8)	7 – 10
Perímetro cefálico ao nascimento (centímetros)		33,87(2,23)	26 – 38
Sexo			
Masculino	24(53,3)		
Feminino	21(46,7)		
Crescimento intrauterino			
Pequeno	7(15,55)		
Adequado	35(77,78)		
Grande	3(6,67)		
Alimentação bebê hospital			
AME	36(80)		
Amamentação + Complemento	5(11,12)		
Complemento	4(8,88)		
Características clínicas maternas			
Número de Consultas Pré-natal		8(3,3)	3 – 17
IMC Inicial Materno		25,39(5,912)	17,55 - 46,29
Risco Gestacional			
Sim	13(28,89)		
Não	31(68,89)		
Sem Registro	1(2,22)		
Tipo de Risco Gestacional			
Habitual	31(68,89)		
Intermediário	2(4,44)		
Alto Risco	11(24,45)		
Sem Registro	1(2,22)		
Tipo de Parto			
Cesárea	30(66,67)		
Vaginal	15(33,33)		
Complicações Durante o Parto			
Sim	1(2,22)		
Não	44(97,78)		
Contato pele a pele após o parto			
Sim	20(44,44)		
Não	25(55,56)		

Continua...

Continuação.

Variáveis	n(%)	Média (DP)	Intervalo
Características sociodemográficas			
Idade materna (anos)		26(6,4)	16 – 43
Etnia Materna			
Branca	36(80)		
Parda	8(17,78)		
Negra	1(2,22%)		
Escolaridade Materna			
Ensino Fundamental I	2(4,44)		
Ensino Fundamental II	12(26,67)		
Ensino Médio Incompleto	6(13,33)		
Ensino Médio Completo	21(46,67)		
Ensino Superior Incompleto	1(2,22)		
Ensino Superior Completo	3(6,67)		
Estado Civil			
Solteira	24(53,33)		
Casada	21(46,67)		
Mora com o parceiro	45(100)		
Pessoas que residem na casa		4(1,4)	3 – 9
Possui vínculo empregatício	22(48,88)		
Não possui vínculo empregatício	23(51,12)		
Rendimentos acordo necessidades básicas	39(86,67)		
Rendimentos maior necessidades básicas	6(13,33)		
Possui seguro saúde	2(4,44)		
Não possui seguro saúde	43(95,56)		

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; AME – Amamentação Materna Exclusiva; D.P.: Desvio Padrão; IMC – Índice de Massa Corpórea

As características dos RN do estudo incluem a Idade Gestacional (IG) média, a qual foi de 38,2 semanas, o peso médio de nascimento que foi de 3.258,2, a média da estatura ao nascer que foi de 48,09 cm, Apgar acima de sete no 1º minuto (média de 7,7), perímetro cefálico médio ao nascimento de 33,87 cm, crescimento intrauterino adequado (77,78%). Os recém-nascidos do sexo masculino predominaram (53,3%). Quanto à alimentação do RN durante a permanência na maternidade do hospital, observou-se a prevalência de AME (80%). Em relação aos dados clínicos da gestação, a mediana de consultas de pré-natal foi de 8. O IMC materno teve uma mediana de 25,39. Na estratificação do tipo de risco gestacional, o habitual prevaleceu (68,89%). Partos cesáreos foram maioria (66,67%) embora sem complicação no momento do parto (97,78%). No pós-parto imediato, 55,56% das puérperas não tiveram contato pele a pele com o RN. Quanto aos dados sociodemográficos maternos, a mediana de idade foi de 26 anos, 80% das participantes consideraram-se brancas, 46,67% apresentava ensino médio completo, 53,33% eram solteiras, mas 100%

residiam com o parceiro. Mais da metade não possuíam vínculo empregatício (51,12%). Todavia, informaram que a renda familiar era suficiente para as necessidades básicas da família (86,67%). Quanto a plano de saúde, 95,56% não possuíam.

Discussão

Embora o conhecimento sobre os principais benefícios sociais e de saúde da amamentação seja abundante e inclua como proteger, promover e apoiar o aleitamento, ainda é surpreendente que os comportamentos sobre AM recomendados continuem a ser inconsistentes no século XXI, entre os grandes segmentos da população, globalmente.⁽²¹⁾ Assim, dentre outros investimentos necessários para aumentar o AM, é fundamental capacitar a força de trabalho para incentivar práticas de amamentação, tanto na atenção primária quanto no hospital, por meio de ações como esta, de oferecer instrumentos práticos e fáceis de manusear, que permitam identificar o conhecimento da mulher sobre a amamentação e intervir de forma rápida e eficiente para oferecer informações pertinentes e de acordo com as demandas de cada mulher ou grupo na comunidade.

A literatura recomenda que sejam priorizados instrumentos já disponíveis, com bom desempenho no contexto original e estável em diferentes grupos da população, por isso a validação de um instrumento já utilizado em outras realidades.⁽¹³⁾ Assim, realizou-se a tradução e validação da escala KBS/KNOWL após verificar a ausência de instrumentos para identificar o conhecimento da gestante sobre aleitamento materno no Brasil. Embora existam outros instrumentos e escalas disponíveis que abordam o tema, estes não mensuram o conhecimento da mulher sobre a prática da amamentação.⁽²²⁾

A escala KBS, em sua versão original, foi mencionada em estudo⁽¹⁶⁾ prospectivo, randomizado, realizado em clínicas de pré-natal e em escolas para evidenciar o conhecimento da amamentação, por meio da aplicação de dois testes: Escala do Conhecimento de Amamentação (*Knowledge of Breastfeeding Scale* – KBS) e Questionário do Conhecimento sobre Aleitamento Materno (*Breastfeeding Knowledge*

Questionnaire - BKQ). O KBS, foi inicialmente desenvolvido para uso com meninas adolescentes para medir o conhecimento leigo sobre amamentação. Foi aplicada em dois momentos, previa e posteriormente ao desenvolvimento de atividade educativa sobre o tema, com a finalidade de mensurar o conhecimento obtido no segundo momento, após a prática educativa. No estudo foi relatado resultado positivo das intervenções, ações educativas e apoio dado às mulheres e sugeriu-se que tais esforços podem aumentar a duração da amamentação entre população vulnerável.

O uso de instrumentos para avaliar a amamentação foi mencionado em duas revisões integrativas. A primeira⁽²³⁾ identificou 25 estudos para prever a probabilidade de interrupção precoce da amamentação. Menciona somente um estudo que, além de outras escalas, aplicou um teste de conhecimento do aleitamento materno com 14 itens para medir esse conhecimento, o qual encontrou como significativamente relacionado com a duração da amamentação, o conhecimento materno, o nível de escolaridade da mãe e atitudes em relação ao AM e uso da mamadeira.

A segunda⁽²²⁾ identificou 19 instrumentos de avaliação da amamentação e sua aplicação na prática clínica, validação e adaptação transcultural. Os instrumentos foram agrupados em quatro categorias: avaliação precoce, avaliação da percepção e comportamento da mulher em amamentar, avaliação do comportamento/condição materna e competências do lactente na amamentação, e avaliação das competências do lactente na amamentação. Evidencia-se que nenhum dos instrumentos encontrados nessa revisão avalia o conhecimento materno sobre a amamentação, dando suporte a nossa intenção de validar e apresentar a escala em tela.

Outros estudos de realidades distintas, como o realizado em Lima, Peru, com 256 participantes, enfocando o aspecto conhecimento materno sobre amamentação, relatou que as mulheres informaram ter recebido informações sobre amamentação e obteve correlação positiva (62,5%) com atitudes e práticas sobre a lactação das puérperas. Todavia, um aspecto que apresentou correlação negativa, é que as mulheres receberam orientações de outras pessoas

que não os profissionais da saúde.⁽²⁴⁾ Ademais, estudo que verificou o conhecimento materno sobre AME percebeu que 45% das mães não souberam responder sobre essa prática e somente 35% tinham conhecimento de que não deve ser feita a oferta de água, chás e/ou outros alimentos durante o AME e que este deve ocorrer até os seis meses de vida.⁽²⁵⁾

Para analisar o conhecimento do aleitamento materno e a intenção de amamentar em estudantes do ensino secundário de quatro escolas, em país que inclui programa de educação sobre aleitamento materno em escolas secundárias, estudo⁽²⁶⁾ com 252 estudantes do terceiro ano do ensino secundário responderam um questionário on-line sobre o conhecimento e a intenção de amamentar e os resultados demonstraram que as informações de AM são insuficientes nas escolas e não fornecem uma base para os alunos tomarem uma decisão informada sobre a amamentação na idade adulta, acrescentado mais evidência sobre a necessidade de identificar o conhecimento sobre amamentação para propor intervenções consistentes.

Em consonância, estudo⁽²⁷⁾ para avaliar a efetividade de um programa educacional de amamentação no pré-natal, sobre conhecimento e auto eficácia da amamentação, atitudes para o AM e as barreiras percebidas para o AM, em Atenas, Grécia, com 203 gestantes nulíparas, foi utilizada a escala de auto eficácia do aleitamento materno, a escala de atitude de alimentação infantil de Iowa, a escala de conhecimento sobre a amamentação, e o questionário de barreiras à amamentação percebida. Os resultados demonstrados foram que, após participar do programa, as mulheres apresentaram uma atitude mais positiva em relação ao AM (73,5%), maior conhecimento (14,6%) e mais auto eficácia para o AM (51,4%). Além disso, tiveram significativamente menos barreiras percebidas em relação ao AM (27,4%), demonstrando a importância de avaliar o conhecimento e propor alternativas para aumentá-lo, quando se mostra insuficiente.

Estudo descritivo⁽²⁸⁾ que investigou o conhecimento das mães sobre as práticas maternas diante do AME, encontrou 21,2% destas com conhecimento considerado bom, 66,7% regular e 12,1% insuficiente. Todavia, outra pesquisa realizada no

noroeste da Etiópia com 384 mulheres, reportou considerar que havia bom conhecimento para 69,8% das participantes.⁽²⁹⁾ Esses estudos demonstram a importância de se avaliar o conhecimento das gestantes e puérperas a respeito da amamentação, identificando os problemas e possíveis intervenções necessárias, para subsidiar as orientações na atenção primária e maternidades.

Para identificar os fatores que favorecem ou impedem a amamentação em um grupo de mulheres gestantes que realizavam pré-natal em duas instituições de saúde, uma em Bogotá e outra em Cundinamarca, estudo avaliou, dentre outros aspectos o conhecimento sobre amamentação, por meio da utilização da escala KNOWL, em sua versão em espanhol. Os resultados em relação aos conhecimentos e crenças sobre a amamentação demonstraram que estes foram adequados frente as propriedades nutricionais e desmentiram crenças negativas frente à amamentação. Concluíram que a rede de apoio, o nível socioeconômico e os fatores psicológicos podem determinar a intenção de amamentar. Estes fatores foram diretamente proporcionais ao conhecimento e mistificação do AM no grupo de gestantes em Bogotá e Cundinamarca.⁽³⁰⁾

Para além da validação da escala, caracterizaram-se as participantes do estudo, buscando-se elementos convergentes a manutenção do aleitamento e fatores intervenientes para o AME. Os dados clínicos dos RN demonstraram boas condições de nascimento, com peso, idade gestacional, altura, apgar e perímetro cefálico adequados ao nascimento, o que favorece à amamentação. As condições clínicas maternas, da mesma forma, foram adequadas, com o número de consultas de pré-natal acima do mínimo preconizado no país e mulheres em risco habitual, considerados fatores protetores ao AM. Entretanto, um fator que interfere na amamentação é o tipo de parto, com elevado número de cesarianas, acima do recomendado, pela OMS, cuja taxa ideal de cesárea deve ser entre 10% e 15%, não devendo exceder 30%, meta considerada razoável.⁽³¹⁾

Outro aspecto, o contato pele a pele, foi baixo nesse estudo, de modo similar a resultados de pesquisa, que indicam que mais da metade das mulheres (55,56%) não tiveram contato pele a pele com

o RN. A condição de nascer com o peso adequado ou a termo favorece a prática do contato pele a pele com RN e a amamentação imediata no pós-parto, a qual deve ser estimulada e favorecida pela equipe de saúde.⁽³²⁾

Ainda, foram verificados os dados de caracterização sociodemográfica das participantes, pois sabe-se que estes influenciam o AME. A idade média das mulheres foi de 26 anos, a maioria com ensino médio completo (32,5%) e mais da metade (85%) moravam com o parceiro, dados consistentes com outro estudo.⁽²⁵⁾ Entretanto, a baixa escolaridade materna pode revelar associação com a não continuidade da amamentação exclusiva, visto que, as mães com mais anos de estudo apresentam-se com maior conhecimento pelo acesso a informações da importância do AME e de seus benefícios para o bebê, desenvolvendo maior confiança para a prática de aleitamento.⁽²⁸⁾

Observou-se nesse estudo que o AME no pós-parto foi de 80%, similar a estudo que encontrou 94% de amamentação na mesma condição. Posteriormente, porém, aos dois e quatro meses após o parto, respectivamente, a taxa de AME caiu para 26% e 22%.⁽³³⁾ Resultados como estes alertam para a necessidade de identificar o conhecimento materno acerca do tema, a fim de que a equipe de saúde possa intervir com ações de promoção e manutenção da amamentação exclusiva ao longo do tempo.

Na área da saúde, há crescente número de instrumentos e escalas que verificam e avaliam fenômenos em diferentes âmbitos, os quais podem oferecer suporte para o planejamento de novas pesquisas, possibilitar comparações entre diferentes culturas e a aplicação dos conhecimentos nos diversos contextos assistenciais, gerenciais e de ensino.⁽³⁴⁾

Conclusão

A escala KNOWL apresenta-se como uma ferramenta para ser utilizada, juntamente com outras opções disponíveis, na promoção do aleitamento materno. Como até o momento só foi testada com a população da etapa de validação, uma limitação do estudo, é imprescindível que continue sendo testada diante

de suas propriedades de confiabilidade e validade, o que a equipe da pesquisa já está fazendo, a fim de confirmar sua adaptação ao contexto brasileiro. A escala validada permitirá que os profissionais da saúde possam avaliar e mensurar o conhecimento das mulheres sobre a amamentação, possibilitando o direcionamento da prática clínica e viabilizando um norte sobre quais ações serão necessárias para auxiliar as mães para uma prática efetiva de aleitamento materno.

Colaborações

Minosso KC, Toso BRGO, Piva EK e Christoffel MM declaram que contribuíram com a concepção do manuscrito, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Costa EF, Alves VH, Souza RM, Rodrigues DP, Santos MV, Oliveira FL. Nursing practice in clinical management of breastfeeding: strategies for breastfeeding. *J Res Fundam Care Online*. 2018;10(1):217-23.
- Garcia LP. The Lancet: série sobre amamentação. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25(1):203-4.
- Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. Review.
- World Health Organization (WHO). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Switzerland: World Health Organization; 2018. [cited 2018 Nov 8]. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>.
- Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Nepomuceno Filho RA, Lisboa CS, Almeida LM, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(1):69-78.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros - situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Boccolini CS, Boccolini PM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ER. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:108.
- Almeida JM, Luz SA, Ued FV. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Paul Pediatr*. 2015; 33(3):355-62.

9. Amaral LJ, Sales SS, Carvalho PS, Cruz GK, Azevedo IC, Ferreira Junior MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrízes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(Esp):127-34.
10. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):290-5.
11. Freitas MG, Werneck AL, Borim BC. Aleitamento materno exclusivo: adesão e dificuldades. *Rev Enferm UFPE Online.* 2018;12(9):2301-7.
12. Raimundi DM, Menezes CC, Uecker ME, Santos EB, Fonseca LB. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. *Saúde (Santa Maria).* 2015;41(2):225-32.
13. Linares AM, Hall L, Ashford K. Psychometric Testing of the Autonomy and Relatedness Inventory-Spanish Version. *J Nurs Meas.* 2015; 23(1):E27-37.
14. Yehya N, Tamim H, Shamsedine L, Ayash S, Abdel KL, Abou EA, Nabulsi M. Validation of the Arabic Version of the Infant Feeding Intentions Scale Among Lebanese Women. *J Hum Lact.* 2017; 33(2):383-9.
15. Oriá MO, Ximenes LB. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. *Acta Paul Enferm.* 2010 ;23(2):230-8.
16. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, Domian EW, Rojjanasrirat W, Yeh AW. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res.* 2011;33(4):486-505.
17. Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJ, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23:2577-88.
18. Oliveira F, Kuznier TP, Souza CC, Chianca TC. Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(2):e4900016.
19. Viera S. Introdução à bioestatística. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
20. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med.* 2016; 15(2):155-63.
21. Pérez-Escamilla R. Breastfeeding in the 21st century: How we can make it work. *Soc Sci Med.* 2019; pii: S0277-9536(19)30300-4.
22. Sartorio BT, Coca KP, Marcacine KO, Abuchaim ES, Abrão AC. Instrumentos de avaliação do aleitamento materno e seu uso na prática clínica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(1):e64675.
23. Lewallen LP. A review of instruments used to predict early breastfeeding attrition. *J Perinat Educ.* 2006;15(1):26-41.
24. Mejia CR, Cardenas MM, Cáceres OJ, García-Moreno KM, Verastegui-Díaz A, Quiñones-Laveriano DM. Actitudes y prácticas sobre lactancia materna en puérperas de un hospital público de Lima, Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(4):281-7.
25. Rosa JBS, Delgado SE. Postpartum women's knowledge about breastfeeding and introduction of other foods. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2017; 30(4):1-9.
26. Čatipović M, Pirija B, Marković M, Grgurić J. Breastfeeding intention and knowledge in secondary-school students. *Acta Clin Croat.* 2018; 57(4):658-68.
27. Iliadou M, Lykeridou K, Prezerakos P, Swift EM, Tziaferi SG. Measuring the effectiveness of a midwife-led education programme in terms of breastfeeding knowledge and self-efficacy, attitudes towards breastfeeding, and perceived barriers of breastfeeding among pregnant women. *Mater Sociomed.* 2018; 30(4):240-5.
28. Carvalho JL, Cirino IP, Lima LH, Sousa AF, Carvalho MF, Oliveira EA. Conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. *Saúde Redes.* 2016;2(4):383-92.
29. Alamirew MW, Bayu NH, Tebeje NB, Kassa SF. Knowledge and attitude towards exclusive breast feeding among mothers attending antenatal and immunization clinic at Dabat health center, northwest Ethiopia: a cross-sectional institution-based study. *Nurs Res Pract.* 2017; Article ID 6561028, <https://doi.org/10.1155/2017/656102830>.
30. Alba KM, Leal BG. Factores determinantes asociados a la intención de lactancia materna en un grupo de gestantes de Bogotá y Cundinamarca. [Trabajo de Grado]. Bogotá D.C.: Universidad de Ciencias Aplicadas Y Ambientales, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería; 2019.
31. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. OMS: 2015. [citado 2018 Out 31]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=0FD43A73350F80C835657F678C39EEE4?sequence=3.
32. Monguilhott JJ, Brüggemann OM, Freitas PF, D'orsi E. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52:1.
33. Linares AM, Rayens MK, Dozier A, Wiggins A, Dignan MB. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding at 4 Months Postpartum in a Sample of Urban Hispanic Mothers in Kentucky. *J Hum Lact.* 2015;31(2):307-14.
34. Nora CR, Zoboli E, Vieira MM. Validação por peritos: importância na tradução e adaptação de instrumentos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(3):e64851.

Anexo 1. Escala de conhecimento materno sobre aleitamento materno (KNOWL)

1. O leite de fórmula tem as mesmas características que o leite materno.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
2. O leite materno tem proteínas, açúcar e anticorpos (células de defesa do corpo humano).	1 () Verdadeiro 0 () Falso
3. Aspirina, medicamentos para a gripe ou resfriado, e a nicotina dos cigarros são transferidas de mãe para o filho (a) pelo leite materno.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
4. É importante não dar ao bebê o colostro (primeiro leite).	0 () Verdadeiro 1 () Falso
5. O benefício mais importante do colostro é que fornece nutrição e anticorpos para o bebê.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
6. Só a metade das mulheres pode produzir leite materno.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
7. Tem sido demonstrado que o leite materno ajuda a prevenir alergias, infecções, obesidade e sobrepeso no bebê.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
8. Um benefício de amamentar, para a mãe, é ajudar o útero a voltar ao tamanho normal anterior a gestação.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
9. O estado emocional da mãe pode afetar a descida do leite.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
10. A quantidade de leite materno produzido dependerá do quanto mame o bebê.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
11. Usar um sutiã apertado é uma ação importante para que a mãe produza leite materno.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
12. A mãe deve dormir e descansar, tomar líquido suficiente todos os dias, e comer uma dieta adequada para produzir leite materno.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
13. A mãe deve deixar de amamentar quando nascerem os primeiros dentes de seu bebê.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
14. Recomenda-se que um bebê que está sendo amamentado comece a comer alimentos sólidos entre 3 a 5 meses de idade.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
15. Amamentar tem mais benefício quando se começa imediatamente depois do parto.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
16. A melhor maneira para conseguir que o bebê aprenda a pegar o peito para ser amamentado é apertar suas bochechas para que ele abra a boca.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
17. Acariciando sobre os lábios e bochechas do bebê com o mamilo se consegue que ele abra a boca e pegue o peito para ser amamentado.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
18. O bebê deve ser amamentado em cada seio pelo tempo que ele desejar.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
19. A melhor maneira de retirar o bebê do seio é colocar um dedo dentro da boca do bebê para que ele pare de sugar o peito.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
20. A mãe que está amamentando pode prevenir irritação nos mamilos lavando-os com muito sabão.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
21. Aplicar um pouco de seu próprio leite nos mamilos depois de cada mamada pode prevenir irritações nos mamilos.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
22. O bebê vai querer ser alimentado a cada 4 ou 5 horas nas primeiras semanas.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
23. Se o bebê estiver recebendo leite suficiente ganhará peso, usará de 6 a 8 fraldas por dia, e estará contente.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
24. O cocô de um bebê que está sendo amamentado é igual ao do bebê alimentado com leite de fórmula.	0 () Verdadeiro 1 () Falso
25. O cocô do bebê que está sendo amamentado é mais suave e mais frequente que o dos bebês alimentados com leite de fórmula.	1 () Verdadeiro 0 () Falso
26. Se a mãe sente seus seios desconfortáveis, ela pode aplicar uma toalhinha úmida com água quente sobre o peito, para tirar um pouco de leite do seio.	1 () Verdadeiro 0 () Falso