

CÁSSIA OLÍVIA MACHADO CAMPOS

**MODELO TRANSTEÓRICO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO
FRENTE À AMAMENTAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2014

T

C198m
2014 Campos, Cássia Olívia Machado, 1987-
Modelo Transteórico para a mudança de comportamento frente a
amamentação nos serviços públicos de saúde / Cássia Olívia Machado
Campos. - Viçosa, MG, 2014.
xiii,104f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Raquel Maria Amaral Araújo.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Grávidas. 2. Amamentação - Comportamento - Modificação. 3.
Modelo Transteórico. I. Universidade Federal de Viçosa.
Departamento de Nutrição e Saúde. Programa de Pós-graduação em
Ciência da Nutrição. II. Título.

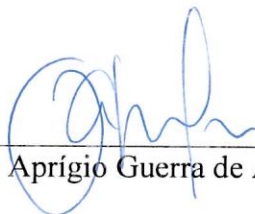
CDD 22. ed. 649.3

CÁSSIA OLÍVIA MACHADO CAMPOS

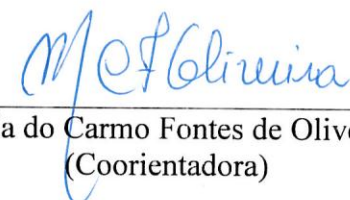
**MODELO TRANSTEÓRICO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO
FRENTE A AMAMENTAÇÃO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

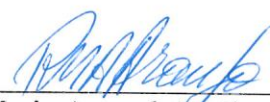
Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 21 de novembro de 2014.


João Aprígio Guerra de Almeida


Giana Zerbato Longo


Maria do Carmo Fontes de Oliveira
(Coorientadora)


Raquel Maria Amaral Araújo
(Orientadora)

“Não consigo viver apenas do óbvio. É a busca por algo novo que me movimenta. Que me transporta. Que me transforma. Que me inspira.”

Fernanda Gaona

Dedico aos meus queridos pais Irineu e Janete que nunca mediram esforços para que meus sonhos se tornassem realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença de Pai, por me conceder sabedoria, coragem e força em todos os momentos.

Aos meus pais, Irineu e Janete, pela confiança e por sempre estarem comigo.

As minhas irmãs Sarah e Tanith, que mesmo de longe se fazem presentes e amigas.

A minha família pela torcida, em especial aos meus avós Antônio e Marinha e Acir e Djanira que sem suas orações e seu carinho tudo teria sido mais difícil.

Ao Paulo que entrou na minha vida de uma forma surpreendente e foi tornando meus dias mais leves.

A professora Raquel Maria Amaral Araújo, pela paciência, pela confiança em executar este trabalho e pelas valiosas orientações durante esses anos.

A professora Maria do Carmo Fontes de Oliveira, que nos mostra o lado bonito da vida e me co-orientou com dedicação.

A professora Andréia Queiroz Ribeiro pela ajuda certa nas horas de desespero.

A professora Rosângela Minardi Mitre Cotta por estar presente neste trabalho.

Aos profissionais Ariadne, Glauce, Lilian, Pedro, Mara, Renata, Thaiana, Lukcas pela disposição em colaborar com nosso trabalho. Ao Mateus e a Sarah pela valiosa ajuda na análise dos dados.

A minha companheira Aline, pelas conversas, pela sempre “ajuda”, pelas trocas de experiências e por sido mais que colega de mestrado, me presenteando com sua amizade.

Luma, Thaís, Jéssica e Anne pelo auxílio na coleta de dados, por terem feito parte deste trabalho.

Às minhas amigas de Barbacena, as minhas amigas de graduação que de perto e de longe torceram por mais essa conquista, as meninas da república, Luíza, Débora, Laís pela paciência e pela presença constante. A Fran pela sua amizade sem medidas. A Geo pelo ombro amigo e tranquilizador. E, as belas amizades que conquistei durante o mestrado, pelos dias mais felizes.

Aos amigos da Pequena Via que me aproximam mais de Deus.

Secretaria Municipal de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e a Policlínica Municipal de Viçosa pela acolhida e pelo apoio na execução desta pesquisa.

As nossas gestantes, que nos passaram mais que seus dados e opiniões, nos mostrando suas experiências de vida.

A CAPES pela concessão da bolsa.

À Universidade Federal de Viçosa, ao Departamento de Nutrição e Saúde e ao Programa de Pós-graduação em Ciência da Nutrição pela oportunidade do aprendizado.

A todos que contribuíram para que “ser mestre” se tornasse uma realidade, muito obrigada!

BIOGRAFIA

CÁSSIA OLÍVIA MACHADO CAMPOS, filha de Irineu Carneiro de Campos e Janete Gava Machado Campos, nasceu em 05 de março de 1987, em Barbacena, Estado de Minas Gerais.

Em março de 2007, ingressou no Curso de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa (UFV), graduando-se Nutricionista em janeiro de 2012.

Em novembro de 2012, iniciou no Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição pela UFV, em nível de Mestrado, submetendo-se à defesa da Dissertação em novembro de 2014.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	viii
LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS.....	ix
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1.1. Referências Bibliográficas	3
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2.1. Promoção da amamentação.....	4
2.2. Modelo Transteórico.....	6
2.3. Tradução, adaptação transcultural de instrumentos.....	10
2.4. Referências Bibliográficas.....	11
3. OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo Geral.....	14
3.2. Objetivos Específicos.....	14
4. METODOLOGIA.....	15
4.1. Sujeitos e local do estudo.....	15
4.2. Delineamento e amostra do estudo.....	15
4.3. Materiais e métodos.....	16
4.3.1. Tradução e adaptação transcultural.....	16
4.3.2. Validade de conteúdo e reprodutibilidade do instrumento.....	17
4.3.3. Avaliação dos Estágios de Mudança de Comportamento.....	18
4.3.4. Identificação dos Processos de Mudança de Comportamento.....	18
4.3.5. Identificação do Equilíbrio de Decisão (Prós e Contras).....	19
4.3.6. Estudo Piloto.....	19
4.4. Análise de Dados.....	19
4.4.1. Análise Estatística.....	20
4.5. Aspectos Éticos.....	20
4.6. Referências Bibliográficas.....	21
5. ARTIGO ORIGINAL 1 – Adaptação transcultural, validade de conteúdo e reprodutibilidade de construtos do Modelo Transteórico para a amamentação.....	23
6. ARTIGO ORIGINAL 2 - Processos de mudança, equilíbrio de decisão e suas relações com os estágios de mudança de comportamento frente à amamentação.....	50
7. ARTIGO ORIGINAL 3 - Influência de variáveis maternas no planejamento de gestante para realização da amamentação exclusiva.....	69
8. CONCLUSÕES GERAIS.....	83
9. APÊNDICES.....	84
9.1. Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84
9.2. Apêndice 2: Questionário estruturado para coleta de dados.....	86
9.3. Apêndice 3: Questionário Modelo Transteórico.....	89
9.4. Apêndice 4: Questionário apreciação comitê de especialistas.....	93
9.5. Apêndice 5: Valores de Kappa ponderado e coeficiente de correlação intraclasse.....	97
10. ANEXOS.....	101
10.1. Aprovação comitê de ética e pesquisa com seres humanos.....	101
10.2. Autorização para tradução dos construtos do Modelo Transteórico.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%	Porcentagem
AC	Alimentação Complementar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMT	Aleitamento Materno Total
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICC	Coefficiente de Correlação Intraclasse
IG	Idade gestacional
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MG	Minas Gerais
NBCAL	Norma Brasileira para comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e protetores de mamilo.
SM	Salário mínimo
SPSS	Statistical Program for Social Science
UAPS	Unidade Atenção Básica a Saúde
UFV	Universidade Federal de Viçosa

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA

Modelo Transteórico

Quadro 1 – Processos de Mudança de Comportamento cognitivos e comportamentais.....	8
---	---

METODOLOGIA

Quadro 1 – Avaliação dos Estágios de Mudança de Comportamento para a amamentação.....	18
--	----

ARTIGO ORIGINAL 1

Quadro 1 - Versão original, traduções, retraduições, grupo de discussão e versão final do construto estágio de mudança de comportamento, Viçosa, MG, 2013.....	30
Quadro 2 - Versão original, traduções, retraduições, grupo de discussão e versão final do construto equilíbrio de decisão, Viçosa, MG, 2013.....	33
Quadro 3 - Versão original, traduções, retraduições, grupo de discussão e versão final do construto processos de mudança de comportamento, Viçosa, MG, 2013.....	38
Tabela 1 - Índice de Validade de Conteúdo, segundo os especialistas da área de obstetrícia, pediatria, educação e psicologia, Viçosa, MG, 2013.....	43

ARTIGO ORIGINAL 2

Tabela 1 - Classificação das gestantes segundo Estágios de Mudança de Comportamento, Viçosa, MG, 2013-2014.....	56
Tabela 2 - Uso dos Processos de Mudança Cognitivos pelos grupos “sem planejamento para amamentar exclusivamente” e “com planejamento para amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.....	57
Tabela 3 - Uso dos Processos de Mudança Comportamentais pelos grupos “sem planejamento para amamentar exclusivamente” e “com planejamento para amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.....	58

Tabela 4 - Contras à amamentação nos grupos “sem planejamento para amamentar exclusivamente” e “com planejamento para amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.....	60
Tabela 5 - Prós à amamentação nos grupos “sem planejamento para amamentar exclusivamente” e “com planejamento para amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.....	61
Figura 1 - Curva dos prós e contras de acordo com os Estágios de Mudança de Comportamento para amamentação em gestantes, Viçosa, MG, Brasil.....	62

ARTIGO ORIGINAL 3

Tabela 1 - Distribuição de variáveis sócio demográficas e econômicas segundo os estágios de mudança de comportamento de gestantes, Viçosa, MG, 2013-2014.....	75
Tabela 2 - Distribuição de variáveis obstétricas maternas segundo os estágios de mudança de comportamento de gestantes, Viçosa, MG, 2013-2014.....	76
Tabela 3 - Relação entre variáveis socioeconômicas e demográficas e o planejamento para amamentação exclusiva de gestantes e, Viçosa, MG, 2013-2014.....	77
Tabela 4 - Relação entre variáveis obstétricas maternas e o planejamento para amamentação exclusiva de gestantes, Viçosa, MG, 2013-2014.....	78

APÊNDICES

Apêndice 5 - Valores do Índice Kappa ponderado e Coeficiente de correlação intraclasse.....	97
--	----

RESUMO

CAMPOS, Cássia Olívia Machado, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, novembro de 2014. **Modelo Transteórico para a mudança de comportamento frente à amamentação nos serviços públicos de saúde.** Orientadora: Raquel Maria Amaral Araújo. Co-orientadores: Maria do Carmo Fontes de Oliveira, Andréia Queiróz Ribeiro, Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Um aspecto que influencia no sucesso da amamentação é o desejo materno de realizá-la demonstrado na gestação. No estudo do comportamento materno frente à amamentação, o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento pode ser uma ferramenta interessante para este processo de identificação. Este modelo foi proposto por Prochaska e Diclemente (1982,1984), objetivando estudar o indivíduo de acordo com seu comportamento e sua mudança, e abrange os estágios de mudança de comportamento, os processos de mudança, o equilíbrio de decisão, também identificado como prós e contras da mudança, e a autoeficácia do indivíduo. O objetivo deste estudo foi aplicar o Modelo Transteórico no comportamento frente à amamentação em gestantes atendidas pelo sistema público de saúde. Foram realizadas tradução e adaptação transcultural dos construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança e equilíbrio de decisão propostos por Humpherys, Thompson e Miner (1998). Sete especialistas da área de pediatria, psicologia, obstetrícia e educação avaliaram a clareza das frases afirmativas do instrumento traduzido, e, posteriormente, realizou-se o índice de validade de conteúdo, bem como a reprodutibilidade do instrumento com 41 gestantes atendidas na Policlínica Municipal de Viçosa. Após estes procedimentos, o instrumento contendo os construtos do Modelo Transteórico foi aplicado com 304 gestantes atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde e pela Policlínica Municipal de Viçosa, também foram coletadas variáveis socioeconômicas e demográficas, além de obstétricas. O instrumento traduzido apresentou validade de conteúdo e consistência interna satisfatórias. A maioria das frases afirmativas apresentou-se reprodutíveis. Na identificação dos estágios de mudança de comportamento, 98,3% das gestantes planejavam amamentar, compreendidas nos estágios preparação, ação e manutenção. As gestantes que planejavam amamentar utilizaram mais processos de mudança de comportamento, e mais prós à amamentação. Quanto às variáveis socioeconômicas e demográficas, observou-se que as gestantes com companheiro, com maior escolaridade e maior renda, tenderam aos estágios de preparação, ação e manutenção. Os construtos do Modelo

Transtéórico traduzidos podem ser utilizados com grupos semelhantes. E, podem ser uma ferramenta para a promoção do aleitamento materno de forma individualizada.

ABSTRACT

CAMPOS, Cássia Olívia Machado, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, november, 2014. **The Transtheoretical Model for behavior change towards breastfeeding in public health services.** Adviser: Raquel Maria Amaral Araújo. Co-advisers: Maria do Carmo Fontes de Oliveira, Andréia Queiróz Ribeiro, Rosângela Minardi Mitre Cotta.

One aspect that influences the success of breastfeeding is the mother's desire to perform it demonstrated during pregnancy. In the study of maternal front of breastfeeding behavior, the Transtheoretical Model of Behavior Change can be an interesting tool for this process of identification. This model was proposed by Prochaska and DiClemente (1982.1984), aiming to estimate the individual according to their behavior and change, and covers the behavior change stages, the processes of change, the balance of decision, also identified as pros and cons of change, and self-efficacy of the individual. The objective of this study was to apply the Transtheoretical Model in behavior concerning breastfeeding in pregnant women through the public health system. Were performed translation and cultural adaptation of the constructs stages of behavior change, change processes and decision-balance proposed by Humpherys, Thompson and Miner (1998). Seven experts from the area of pediatrics, psychology, obstetrics and education evaluated the clarity of affirmative phrases translated instrument, and then there was the content validity index, as well as the instrument reproducibility with 41 pregnant women in Municipal Polyclinic Lush. After these procedures, the instrument containing the constructs of the Transtheoretical Model was applied to 304 pregnant women attended the Basic Health Units and the Municipal Polyclinic of Viçosa, were also collected socioeconomic and demographic variables, and obstetric. The translated measure showed satisfactory content validity and internal consistency. Most affirmations presented as reproducible. The identification of behavior change stages, 98.3% of pregnant women planned to breastfeed, included the preparation stages, action and maintenance. Pregnant women who planned to breastfeed used more behavior change processes, and more pros to breastfeeding. Regarding socio-economic and demographic variables, we found that pregnant women with partners, higher education and higher incomes tended to stages of preparation, action and maintenance. The constructs of the Transtheoretical Model can be used with similar groups. And can be a tool for promoting breastfeeding individually.

1. INTRODUÇÃO GERAL

As práticas de alimentação no início da vida exercem influência nos riscos de morbimortalidade e no crescimento e desenvolvimento infantil. As consequências de uma prática alimentar inapropriada na infância constituem grandes obstáculos para o desenvolvimento socioeconômico sustentável e a redução da pobreza de um país (WHO, 2003; ROCCI; FERNANDES, 2014).

Mesmo com todas as evidências a respeito dos benefícios do aleitamento materno, o desmame precoce ainda atinge grandes percentuais no País. Este fato coloca em realce a complexidade inerente ao ato de amamentar. A mulher percebe a prática da amamentação como carregada de aspectos positivos e negativos (ALMEIDA; GOMES, 1998; ARAUJO; ALMEIDA, 2007) e, ao mesmo tempo, anseia por cumprir como mãe as tarefas da maternidade e realizar a amamentação, embora, nem sempre essas tarefas sejam condizentes com o seu cotidiano de mulher-mãe-profissional. Isso gera na mulher ambiguidade entre o querer e o poder amamentar (RAMOS, ALMEIDA, 2003; ARAÚJO, ALMEIDA, 2007).

Embora se saiba que a amamentação é um fenômeno multidimensional, nas ações assistenciais às gestantes, tal abordagem tem se apresentado bastante fragilizada. Assim, torna-se importante entender e escutar o querer materno no pré-natal, bem como a ambiguidade da mulher na sua tomada de decisão (ROCHA et al., 2010).

Um aspecto que influencia no sucesso da amamentação é o desejo materno de realiza-la demonstrado na gestação (ROCHA et al., 2010). Porém, visto a ansiedade e as dúvidas expostas pela gestante no pré-natal, dentre elas o medo de não poder amamentar, torna-se essencial identificar as dificuldades e as barreiras da mulher para a amamentação, auxiliando-a sempre no protagonismo deste ato.

As barreiras para a amamentação e os motivos do desmame precoce são bastante estudados, porém a intenção de amamentar e seus determinantes comportamentais ainda carecem de investigações (KLOEBLEN; THOMPSON; MINER, 1999; RODRIGUES; GOMES, 2014).

A fim de compreender o comportamento materno relacionado à amamentação o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento demonstra ser uma ferramenta interessante para este processo de identificação. Este modelo foi proposto por Prochaska e Diclemente (1982,1984), objetivando estudar o indivíduo de acordo com seu

comportamento e sua mudança, e abrange os estágios de mudança de comportamento, os processos de mudança, o equilíbrio de decisão, também identificado como prós e contras da mudança, e a autoeficácia do indivíduo. Cada construto se correlaciona com o estágio de mudança de comportamento, delineando as intervenções que podem ser utilizadas para que o indivíduo progrida de estágio. (VELICER, et al., 1998).

Para a amamentação as autoras Humphery, Thompson e Miner (1998) desenvolveram três construtos: estágios de mudança de comportamento, processos de mudança e equilíbrio de decisão, para a aplicação na mudança deste comportamento e concluíram a viabilidade de tal instrumento.

Não há estudos brasileiros que aplicaram o Modelo Transteórico para a mudança de comportamento frente à amamentação, portanto torna-se necessário a tradução e adaptação transcultural para o português, para que o mesmo possa ser aplicado na população brasileira. Desta forma, a disponibilização desse instrumento para a população brasileira contribuirá para o aperfeiçoamento das intervenções e abordagens para educação e promoção do aleitamento materno, objetivando a melhora nas suas taxas e, em especial, no aumento da mediana da sua forma exclusiva até o sexto mês.

1.1. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, J.A.G.de; GOMES, R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Rev.latino-am.enfermagem*, v. 6, n. 3, p. 71-76, julho 1998.
- ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev. Nutr*, v. 20, n.4, p.431-438, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, v. 13, n.3, p.331-41, 1998.
- KLOEBLEN, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Predicting Breast-Feeding Intention among Low-Income Pregnant women: A comparison of two Theoretical Models. *Health Educ. Behav.* v.26, p.674-88, 1999.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company, 1984.*
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychoter Theory Res Practice*, v.19, p. 276-288, 1982.
- RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr.* v.79, n. 5, p.385-90, 2003.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*, v.67, n.1, p. 22-7, 2014.
- ROCHA, N.B.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1293-1305, 2010.
- RODRIGUES, N.A.; GOMES, A.C.G. Aleitamento Materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enferm. Rev.* v.17, n.1, jan/abr, 2014.
- VELICER, W. F, PROCHASKA, J. O., FAVA, J. L., NORMAN, G. J.; REDDING, C. A. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, v.38, p.216-233, 1998.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, 2003.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Promoção da Amamentação

A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês da criança e complementado até dois anos ou mais, considerando sua influência no desenvolvimento da criança e as repercussões na saúde da vida adulta (WHO, 2001; WHO, 2008).

É de conhecimento o benefício da presença do leite materno na alimentação do lactente que reduz o risco de doenças crônicas na vida adulta e auxilia no desenvolvimento intelectual da criança, por meio da programação metabólica (STANNER; SMITH, 2005; ZHOU et al., 2007). Além de não oferecer riscos de toxinfecção alimentar como é o caso de leites manipulados (TRINDADE, 2006).

O leite materno apresenta vantagens para o lactente e para a nutriz. Insere-se como um alimento funcional pelos seus fatores protetores e de crescimento, hormônios, neuropeptídeos, agentes anti-inflamatórios e imunomoduladores. Também, desempenha importante papel na sobrevivência da criança, pois favorece uma menor incidência e gravidade de infecções intestinais e respiratórias com menor risco de mortalidade de crianças amamentadas exclusivamente no peito (CARRASCOZA; COSTA JUNIOR; MORAES, 2005).

Da mesma forma, merecem destaque os benefícios econômicos do aleitamento materno. Segundo Araújo e colaboradores (2004) estes benefícios podem ser diretos, quando se compara o baixo custo da amamentação com a utilização dos substitutos do leite materno, e indiretos, quando se considera os gastos relacionados ao aleitamento artificial.

Mesmo com todas as evidências sobre os benefícios do aleitamento materno, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009) revelou a prevalência de 41% de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, e em Belo Horizonte, Minas Gerais, o percentual foi de 37,9%, valor abaixo do nacional. Em Viçosa, no período de julho de 2011 a julho de 2012, a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 50,8% (NETTO, 2012).

O desmame precoce acarreta introdução da alimentação da família e de produtos

lácteos antes dos seis meses de idade. Esta introdução pode proporcionar aumento na morbimortalidade infantil, interferência na absorção de nutrientes como ferro, zinco, aumento do risco de alergias alimentares e maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas na idade adulta (GIUGLIANI, VICTORA, 2000; RAMOS, STEIN, 2000; VIEIRA et al., 2004).

No âmbito das políticas de saúde para a criança, a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” propõe o incentivo ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, no pré-natal e após a alta da maternidade, considerando ser esta uma das ações básicas de maior impacto na redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004).

As ações propostas pelo Ministério da Saúde preveem que as equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para a mãe, a criança, a família e a sociedade (BRASIL, 2004).

Considerando a recomendação dos órgãos oficiais de saúde, de que ações de promoção à amamentação sejam realizadas nos serviços de saúde, um grande desafio se impõe aos profissionais: a promoção da mudança de comportamento materno frente à amamentação.

Conforme revisão de literatura de Araújo e Almeida (2007) sobre estudos que investigaram a vivência de amamentação, as mulheres a representam como uma prática carregada de aspectos positivos e negativos. Os aspectos negativos apontados pelas mulheres incluem o cansaço físico, limitações para as atividades cotidianas e sexuais, e a necessidade de auxílio externo. Como aspecto positivo elas assinalam o contato físico como sendo prazeroso, uma vez que possibilita maior ligação afetiva entre ela e a criança.

Ramos e Almeida (2003) apontam a ambiguidade da mulher na tomada de decisão sobre a amamentação, onde ela deseja em princípio amamentar, porém, num segundo momento, reflete sobre suas consequências positivas e negativas.

Dessa forma, a tomada de decisão sobre a amamentação é complexa e nem sempre vivenciada de forma tranquila pelas mulheres, sendo influenciada pela cultura, pelas crenças e tabus próprios do contexto sociocultural em que elas vivem (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

A gravidez é um momento singular na vida da mulher, em que ela se prepara para o cuidado do filho, sendo comum neste momento a dúvida sobre a possibilidade de

amamentar. Assim, no pré-natal tornam-se importantes as ações educativas para que a mulher possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (RIOS; VIEIRA, 2007). Estudos tem mostrado a importância das ações educativas dos profissionais de saúde para a promoção da amamentação ainda na gestação (WHO, 2008; ROIDA et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2012).

Machado e Bosi (2008), ao estudarem mulheres que vivenciaram a amamentação de forma exclusiva por seis meses, verificaram que os relatos de suas experiências incluíam as relações estabelecidas com os serviços e os profissionais de saúde. Dessa forma, o estudo ressalta a importância e a influência dos profissionais de saúde na tomada de decisão materna. As autoras apontam, também, a influência das redes sócio familiares, que atuam como construtoras de autoconfiança, resultando numa determinação, que superam os diferentes obstáculos apresentados para a conquista da amamentação.

Cruz e colaboradores (2010) observaram que os serviços de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família mostraram-se mais efetivos no fornecimento de informações sobre amamentação, e ressaltam que se constitui uma vantagem que deve ser incentivada, tanto com a expansão da estratégia, que amplia sua cobertura populacional, quanto recomendando que profissionais vinculados à atenção tradicional possam ser motivados a incluir em seus atendimentos de pré-natal o reforço às orientações preconizadas em amamentação.

2.2. Modelo Transteórico

O Modelo Transteórico foi proposto por Prochaska e Diclemente (1982, 1984), objetivando estadar o indivíduo de acordo com seu comportamento e sua mudança. Também chamado de Teoria de Estágios de Mudança, descreve a mudança de comportamento como um processo no qual os indivíduos progridem por meio dos estágios de mudança (PROCHASKA; DI CLEMENTE; NORCROSS, 1992).

O Modelo Transteórico abrange os estágios de mudança de comportamento, os processos de mudança, o equilíbrio de decisão, também identificado como prós e contras da mudança, e a autoeficácia (VELICER, et al., 1998).

Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra tanto quando a mudança ocorre como qual é seu grau de motivação para

realizá-la (GREENE, et al., 1999). De acordo com esse modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos (PROCHASKA; DI CLEMENTE; NORCROSS, 1992; VELICER, et al., 1998). São eles:

- **Pré-contemplação:** a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo, ou seja, não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las num futuro próximo. O indivíduo não se preocupa com seu comportamento de risco.
- **Contemplação:** o indivíduo começa a considerar a mudança do seu comportamento, porém ainda não delimitou prazos para que esta ocorra. Neste estágio, o indivíduo já reconhece os riscos do seu comportamento.
- **Preparação:** o indivíduo já decidiu alterar seu comportamento no próximo mês, apesar de nenhuma mudança ter sido cumprida até o momento.
- **Ação:** está relacionado ao indivíduo que alterou seu comportamento recentemente, nos últimos seis meses. Este estágio exige grande dedicação, pois apesar do indivíduo ser capaz de superar barreiras, podem ocorrer recaídas.
- **Manutenção:** o indivíduo já mudou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses. O indivíduo consolida os benefícios obtidos com seu novo comportamento, porém não é um estágio estático, ainda há superação de barreiras e vigilância do comportamento.

Segundo o Modelo Transteórico, o padrão de mudança ocorre de forma espiral, as pessoas normalmente circulam através destes estágios por várias vezes antes da cessação de comportamentos aditivos. Este movimento de transição, frequentemente envolve um processo de avanço e retrocesso de um estágio para o outro (HOWARTH, 1999; BERNARDES, 2009).

Outro construto do Modelo Transteórico são os processos de mudança de comportamento. Este construto auxilia no desenvolvimento de intervenções individualizadas segundo as características de comportamento de cada indivíduo. Também prevê que nos diferentes estágios as mudanças requerem atividades cognitivas, emocionais e comportamentais diferenciadas (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; VELICER, 1997).

Os Processos de Mudança são dez, divididos em duas categorias: cognitivos e comportamentais. No Quadro 1 encontram-se as descrições de cada processo de mudança.

Quadro 1: Processos de Mudança de Comportamento cognitivos e comportamentais.

Processos de Mudança de Comportamento		
Cognitivos	Liberação social	Inclui comportamentos alternativos na sociedade para que o indivíduo possa mudar.
	Aumento de consciência	Consciência sobre si mesmo e do comportamento não desejável.
	Autorreavaliação	Avaliação de si mesmo sobre a mudança de comportamento.
	Reavaliação ambiental	Consciência de como o comportamento afeta o ambiente, bem como outras pessoas.
	Alívio dramático	Expressão de sentimentos sobre si e seu comportamento.
Comportamentais	Contracondicionamento	Transferência do comportamento não desejável para um alternativo.
	Autoliberação	Mudança experimental que aumenta a capacidade de acreditar e realizar as mudanças.
	Controle de estímulos	Visa impedir estímulos que levam a escolhas indesejáveis.
	Administração de contingências	Premiação de si mesmo ou de outros indivíduos pela mudança de comportamento.
	Suporte social	Relacionado com a confiança em pessoas importantes e o apoio das mesmas para a mudança.

Fonte: PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; VELICER, 1997.

O Modelo Transteórico descreve que os indivíduos em pré-contemplação não utilizam ou utilizam poucos processos de mudança, e que a utilização dos processos progride com o avançar dos estágios de mudança. Os processos cognitivos são mais usados pelos estágios iniciais, pois estão mais relacionados com emoção, compreensão e experiências. Já os processos comportamentais, tendem a ser mais utilizados pelos indivíduos nos estágios finais (ação e manutenção), sendo pautados em ações e estratégias para mudança de comportamento e sua permanência (PROCHASKA; VELICER, 1997; HOWARTH, 1999).

O equilíbrio de decisão constitui outro construto do Modelo Transteórico, e é também denominado prós e contras da mudança de comportamento. Neste construto o indivíduo pondera as barreiras e benefícios do seu comportamento. Nos estágios de pré-contemplação e contemplação, há maior número de contras à mudança e, nos estágios finais de ação e manutenção, há um decréscimo nos contras e aumento nos prós à mudança de comportamento. A avaliação deste construto auxilia na elaboração de estratégias para que o indivíduo progrida de estágio e adote o comportamento desejável (VELICER et al., 1998).

A Autoeficácia relaciona-se com a confiança que o indivíduo tem em si mesmo para superar e contornar situações contrárias ao comportamento saudável (HOWARTH, 1999; MOREIRA, 2010).

Os primeiros estudos que utilizaram a metodologia do Modelo Transteórico foram desenvolvidos com tabagistas, nos quais os princípios do modelo foram utilizados para explicar a estrutura da mudança de comportamento (PROCHASKA et al., 1992). Por conseguinte, verificou-se que o Modelo Transteórico é passível de ser aplicado com comportamentos diferentes. Atualmente, ele vem sendo utilizado em comportamentos como alcoolismo, uso de drogas, prática de atividade física, prevenção de alguns tipos de câncer (LEVESQUE; GELLES; VELICER, 2000).

Na área da nutrição, os estudos do comportamento alimentar com aplicação do Modelo Transteórico tem abordado o aumento da ingestão de frutas e hortaliças, redução do consumo de gorduras e óleos, aumento do consumo de fibras, e consumo de produtos lácteos (HOWARTH, 1999; OLIVEIRA et al, 2006; MOREIRA, 2010). Porém, para a avaliação do comportamento de amamentar com utilização do Modelo Transteórico, os estudos são escassos. Humphery, Thompson e Miner (1998) foram as pioneiras na aplicação do modelo para a amamentação, neste estudo as autoras afirmam

que o desenvolvimento de pesquisas utilizando o modelo podem auxiliar na promoção do aleitamento materno.

2.3. Tradução, adaptação transcultural de instrumentos

Inicialmente, a simples tradução do instrumento era suficiente para que ele fosse aplicado à população de interesse, porém com o avançar dos estudos percebeu-se que é necessário a adequação semântica, além da verificação detalhada do contexto cultural e estilo de vida da população (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; REICHENHEIM, MORAES, 2007).

A adaptação transcultural pode ser compreendida como o processo de tradução e adaptação cultural, para que o instrumento possa ser compreendido pela população de interesse. A metodologia seguida durante este processo influencia nos testes psicométricos posteriores (BEATON et al., 2000).

O objetivo do processo de tradução a adaptação cultural é alcançar a equivalência entre o instrumento original e o traduzido. As equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual devem ser avaliadas (GUILHEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

As equivalências semântica e idiomática correspondem ao significado das palavras e uso de expressões equivalentes. A cultural corresponde à coerência com as experiências vivenciadas pela população, e a conceitual equivale a coerência dos itens em relação aos seus domínios (GUILHEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Porém, para que o instrumento possa ser utilizado, a confiabilidade e a validade são medidas psicométricas essenciais a serem avaliadas. A validação do instrumento para a população de estudo é um critério que o torna legítimo. Essa avalia o grau de concordância entre o que o instrumento mede e o que se propõe a medir. A validação de conteúdo avalia os comportamentos em um universo de situações, sendo que os itens tornam-se válidos se, representam adequação do domínio expresso nos construtos (RICHARDSON, 2012).

Para completar a adequação do questionário, torna-se relevante medir a consistência do mesmo, em diferentes pontos no tempo em um mesmo indivíduo. A medida de reprodutibilidade mais utilizada é o método teste-reteste, identificando a

estabilidade do instrumento para posterior aplicação na população a ser estudada (FISBERG et al., 2005; RICHARDSON, 2012).

2.4. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, J.A.G; NOVAK, F.R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *J. Pediatr.* v.80, n.5, p.119-25, 2004.
- ARAÚJO, M.F.M.; FIACO, A.D.; PIMENTEL, L.S.; SCHMITZ, B.A.S. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v.4, n.2 p.135-141, 2004.
- ARAUJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Rev. Nutr.* v. 20 n.4, p.431-438, 2007.
- BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.F. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, v.25, n.24, p. 3186-91, 2000.
- BERNARDES S. Estágios de Mudança de Comportamento Alimentar Relacionados ao Consumo de Frutas e Vegetais em Pacientes com Doença Aterosclerótica. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- CARRASCOZA, K.C.; COSTA JUNIOR, A.L.; MORAES, A.B.A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos da Psicologia*, v.22, n.4, p.433-440, 2005.
- CRUZ, S.H.; GERMANO, J.A.; TOMASI, E.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. *Rev. bras. Epidemiol.* v.13, n.2, p. 259-267, 2010.
- CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. 32p.
- FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicas. Barueri, SP: Manole, 2005. Cap. 5, p. 108-14.

- GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G. Alimentação Complementar. *J Pediatr.* v.76, n.3, p.253-62, 2000.
- GREENE, G.W.; ROSSI, S.R.; ROSSI, J.S.; VELICER, W.F. Dietary applications of the Stages of Change Model. *J Am Diet Assoc*, v. 99, n.6, p.673- 678, 1999.
- GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* v.46, n.12, p.1417-32, 1993.
- HORWATH, C.C. Applying the transtheoretical model to eating behaviour change: challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*, New York, v.12, p.281-317, 1999.
- HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, v. 13, n.3, p.331-41, 1998.
- LEVESQUE, D. A.; GELLES, R. J.; VELICER, W. F. Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognitive Therapy and Research*, v.24, n.2, p.175-199, 2000.
- MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.M.. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* v.8, n.2, p. 187-96, 2008.
- NETTO, A.G. Avaliação de marcadores nutricionais e do aleitamento materno de lactentes do município de Viçosa-MG. Relatório de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. Universidade Federal de Viçosa-MG, 2012.
- OLIVEIRA, L.D.; GIUGLIANI, E.R.J.; SANTO, L.C.E.; NUNES, L.M. Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Hum Dev*, v.88, n.6, p. 357-361, 2012.
- OLIVEIRA, M.C.F.; DUARTE, G.K. O modelo transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Rev. Nutr.*, v.19, n.1, p.57-64, 2006.
- PROCHASKA JO, VELICER WF. The Transtheoretical Model of health behavior change. *Am J Health Promot.*, v.12, n.1, p. 38-48, 1997.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Melbourne*, Florida: Krieger Publishing Company, 1984.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychoter Theory Res Practice*, v.19, p. 276-288, 1982.
- PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, v. 47, p.1102-1114, 1992.

- RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr.* v.79, n. 5, p.385-90, 2003.
- RAMOS, M; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *J Pediatr.* v.76, n.3, p. 228-37, 2000.
- REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, v.41, n.4, p. 665-73, 2007.
- RICHARDSON, R.J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3ª edição, SP, Atlas, 2012. Cap. 11, p. 174-88.
- RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* v.12, n.2, p. 477-86, 2007.
- ROIDA, S.; HASSI, A.; MAOULAININE, F.M.; ABOUSSAD, A. Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité universitaire de Marrakech (Maroc). *J Pediatr Pueric*, v.23, n.2, p. 70-75, 2010.
- STANNER, S.; SMITH, E. Breastfeeding: early influences on later health. *Foundation Nutr. Bull.*, v. 30, p. 94-102, 2005.
- TRINDADE, A.A. Subsídios para implementação do Sistema Análise de Perigos e Pontos Críticos de Controle – APPCC em lactários. Dissertação (mestrado). Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, 2006.
- VELICER, W. F, PROCHASKA, J. O., FAVA, J. L., NORMAN, G. J.; REDDING, C. A. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, v.38, p.216-233, 1998.
- VIEIRA, G.O.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O.; ALMEIDA, J.A.G.; CABRAL, V.A.. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. *J Pediatr.* v.80, p. 411-16, 2004.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva, 2001.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: report of proceedings. Geneva, 2008.
- ZHOU, S. J.; BAGHURST, P.; GIBSON, R. A.; MAKRIDES, M. Home environment, not duration of breast-feeding, predicts intelligence quotient of children at four years. *Nutrition.* v.23, n. 3, p. 236-241, 2007.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

Aplicar o Modelo Transteórico no comportamento frente à amamentação em gestantes.

3.2. Objetivos Específicos:

- Realizar a tradução e adaptação transcultural dos construtos: estágios de mudança, processos de mudança e equilíbrio de decisão para amamentação propostos por Humphreys, Thompson e Miner (1998).
- Verificar a validade de conteúdo e a reprodutibilidade dos construtos adaptados Humphreys, Thompson e Miner (1998).
- Identificar os Estágios de Mudança frente à amamentação;
- Identificar os Processos de Mudança de comportamento frente à amamentação;
- Identificar o Equilíbrio de Decisão, ou seja, os prós e contras no processo de decisão frente à amamentação;
- Verificar a relação entre Estágios de Mudança de Comportamento e Processos de Mudança;
- Verificar a relação entre Estágios de Mudança de Comportamento e o Equilíbrio de Decisão;
- Verificar a relação entre os Estágios de Mudança de Comportamento frente à amamentação e variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas.

4. METODOLOGIA

4.1. Sujeitos e Local de Estudo

O estudo foi desenvolvido com gestantes atendidas na Policlínica Municipal de Viçosa e nas Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS) do município de Viçosa, Minas Gerais.

O município de Viçosa localiza-se na região da Zona da Mata, entre as Serras da Mantiqueira, do Caparaó e da Piedade. Limita-se ao norte com os municípios de Teixeiras e Guaraciaba, ao sul com Paula Cândido e Coimbra, a leste com Cajuri e São Miguel do Anta e a oeste com Porto Firme (PREFEITURA DE VIÇOSA, 2013).

A população do município é de 72 220 habitantes, compreendendo uma área total do município de 299 418 km². Segundo o censo demográfico, do ano de 2010, a fecundidade no município foi de 19 649 mulheres com mais de 10 anos de idade, sendo 18407 residentes na área urbana do município (IBGE, 2010).

4.2. Delineamento e Amostra do Estudo:

Foi realizado um estudo transversal com gestantes residentes no município de Viçosa, MG, cadastradas nas UAPS da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e na Policlínica do município.

Os encontros com as participantes do estudo ocorreram na própria UAPS ou na Policlínica Municipal que atende às gestantes sem cobertura pela ESF no seu bairro. Nesses encontros foram coletadas as informações demográficas, socioeconômicas e dos construtos do Modelo Transteórico.

Os critérios de exclusão foram: teste positivo para HIV na gestação, que segundo a Organização Mundial de Saúde é uma condição impeditiva para a amamentação (WHO, 2009); e mulheres que realizaram suas consultas de pré-natal na Rede Viva Vida do município e, portanto, diagnosticadas como alto risco.

A população alvo do estudo foram 304 gestantes atendidas pelo sistema público de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Para cálculo da amostra foi utilizado o número de partos realizados pelo sistema público na maternidade do município, no período de um ano (abril/2012 a março/2013). Considerou-se o nível de

confiança de 95%, prevalência do desfecho de 50%, erro amostral de 5%, perdas de 20% e fator de confusão de 10%, totalizando 304 gestantes.

A amostragem foi por conveniência, a coleta foi realizada entre junho de 2013 e janeiro de 2014. Os dados foram coletados por três nutricionistas e duas estudantes de nutrição devidamente treinadas.

4.3. Materiais e Métodos

4.3.1. Tradução e Adaptação Transcultural

A realização da tradução e adaptação transcultural dos construtos do Modelo Transteórico foi solicitada a autorização das autoras (Anexo 2) e compreendeu as seguintes etapas (BEATON et al., 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007):

1ª etapa: As traduções dos construtos Estágios de Mudança de Comportamento, Processos de Mudança e Equilíbrio de Decisão foram realizadas por dois experts. Um deles fez a tradução literal, enquanto o outro fez a tradução conceitual do questionário. Havendo assim, duas versões em português (T1 e T2).

2ª etapa: Para produzir uma única versão (T3) houve a incorporação de uma terceira pessoa, conhecedora dos objetivos da pesquisa, com a finalidade de produzir uma versão a partir do consenso entre as duas traduções (T1 e T2).

3ª etapa: O instrumento traduzido foi submetido à apreciação de sete especialistas das áreas de obstetrícia, pediatria, educação, e psicologia. Os mesmos avaliaram cada frase afirmativa traduzida aplicando uma escala Likert de quatro pontos “1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro”.

4ª etapa: As avaliações dos especialistas foram analisadas pelos componentes da etapa 1 e 2, a fim de adequar a tradução de acordo com tais pareceres. Todas as frases afirmativas com pontuação 1 e 2 da escala Likert foram revistas, concluindo em uma versão T4.

5ª etapa: Esta etapa compreendeu a retradução para língua inglesa, da versão T4, por duas pessoas com domínio da língua de origem desconhecidas do objetivo do estudo. Compreendeu, também, a comparação das versões retraduzidas com a original, realizada pelos componentes da etapa 1 e 2. Este processo verifica a validade do instrumento utilizado, garantindo que a versão traduzida reflita o conteúdo da versão original.

6ª etapa: a versão pré-final (T4) foi testada com 30 gestantes que realizaram o pré-natal na Policlínica Municipal de Viçosa e em duas Unidades Básicas de Saúde. O objetivo desta etapa foi verificar a consistência e clareza das afirmações construídas. Foram realizados grupos de discussão com as gestantes nas respectivas unidades de saúde, onde as mesmas foram informadas do objetivo e motivadas a discutir e analisar cada construto (PASQUALI, 1997). A amostragem foi por conveniência, de acordo com os atendimentos realizados no período de junho e julho de 2013. A análise das sugestões das gestantes serviu de base para os componentes das etapas 1 e 2 para estabelecerem a versão final do questionário (T5) (Apêndice 3).

4.3.2. Validade de Conteúdo e Reprodutibilidade do instrumento

A validade de conteúdo foi verificada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (WYND; SCHAEFER, 2002; MCGILTON, 2003; POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Este índice foi calculado de acordo com a avaliação dos sete especialistas que compuseram a terceira etapa da tradução e adaptação transcultural. O número de respostas foi de acordo com a escala Likert de 4 pontos (1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro) aplicada. A concordância mínima aceitável foi de 0,78 (POLIT; BECK, 2006) e o índice foi calculado de acordo com a equação abaixo:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" e "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizou-se o Alfa de Cronbach, considerando satisfatórios os valores acima de 0,7 (STREINER, 2003).

A reprodutibilidade do instrumento foi verificada por meio do teste-reteste aplicado com 41 gestantes atendidas na Policlínica Municipal de Viçosa, com um intervalo entre 30 e 60 dias (FISBERG et al., 2005; RICHARDSON, 2012). Tais gestantes não receberam nenhuma intervenção ou explicação a respeito das afirmações dos construtos do Modelo Transteórico no primeiro contato, a fim de se evitar viés na reprodutibilidade.

Para avaliar esta medida utilizou-se o coeficiente de Kappa ponderado, segundo os critérios de Landis e Kock (1977), com dois observadores diferentes. Além do

coeficiente de correlação intraclasse (ICC), considerou-se satisfatório valores maiores ou iguais a 0,4.

4.3.3. Avaliação dos Estágios de Mudança de Comportamento

Para a identificação dos Estágios de Mudança de Comportamento frente à amamentação, a saber: Pré-Contemplanção; Contemplanção; Preparação; Ação; e Manutenção, foi utilizado o construto proposto por Humphreys, Thompson e Miner (1998) após a tradução e adaptação para a população estudada (Apêndice 3). A gestante foi orientada a escolher uma dentre as cinco afirmações apresentadas, que a classificava no estágio de mudança de comportamento correspondente.

Quadro 1: Avaliação dos Estágios de Mudança de Comportamento para a amamentação.

Afirmação	Estágio de Mudança de Comportamento
Eu vou oferecer a mamadeira ao meu filho, pois não quero dar de mamar no peito exclusivamente.	Pré-contemplanção
Eu penso em dar de mamar no peito exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.	Contemplanção
Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.	Preparação
Eu desejo tentar dar de mamar no peito exclusivamente por pelo menos um mês, mas não acredito que vai durar 6 meses.	Ação
Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente ao meu filho até os seis meses.	Manutenção

Fonte: Humphreys, Thompson e Miner (1998).

4.3.4. Identificação dos Processos de Mudança de Comportamento

A identificação dos Processos de Mudança de Comportamento, traduzido e adaptado de Humphreys, Thompson e Miner (1998), foi realizada utilizando-se a escala Likert de cinco pontos (discordo plenamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente) para cada afirmação apresentada (Apêndice 3).

Na identificação dos Processos de Mudança a gestante escolhia a opção da escala Likert que melhor descrevia sua opinião e sentimentos sobre as afirmações contidas no construto.

As respostas dos Processos de Mudança foram pontuadas de 1(discordo plenamente) a 5(concordo plenamente), de acordo com a escala Likert, denotando que escore superior ou igual a 4 significa a utilização do processo na mudança de comportamento.

4.3.5. Identificação do Equilíbrio de Decisão (Prós e Contras)

Para a identificação do Equilíbrio de Decisão foi utilizado o construto adaptado de Humphreys, Thompson e Miner (1998), respondido por meio de uma escala Likert de cinco pontos (discordo plenamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo plenamente), onde a gestante escolhia a opção da escala Likert que melhor descrevia sua opinião e sentimentos sobre as afirmações contidas no construto (Apêndice 3).

As respostas do Equilíbrio de Decisão foram pontuadas de 1(discordo plenamente) a 5(concordo plenamente) de acordo com a escala Likert, que direcionaram a interpretação sobre os prós e os contras com relação à amamentação.

Também, foram coletados dados de identificação das gestantes, e relacionados às condições socioeconômicas, demográficas e de saúde (BRASIL, 2000), por meio de entrevista com questionário semiestruturado (Apêndice 2).

4.3.6. Estudo Piloto

Foi realizado, no mês de julho de 2013, um estudo piloto com 5% da amostra calculada, visando identificar possíveis necessidades de ajustes na aplicação do instrumento pela pesquisadora.

4.4. Análise dos Dados

Para verificar a relação entre os estágios de mudança de comportamento e os processos de mudança, bem como o equilíbrio de decisão, os estágios foram agrupados em duas categorias: “sem planejamento”, que integra os estágios pré-contemplação e contemplação, significando que as mulheres não pretendiam amamentar exclusivamente; e “com planejamento”, que integra os estágios preparação, ação e manutenção, significando que as mulheres pretendiam amamentar exclusivamente.

Já para averiguar a relação dos estágios de mudança de comportamento com variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas, as gestantes foram agrupadas

em: que planejavam amamentar exclusivamente por seis meses, estadeadas em manutenção e que planejavam amamentar exclusivamente sem indicarem a duração, estadeadas em preparação e ação.

4.4.1. Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada pelo programa estatístico *Statistical Program for Social Science (SPSS)* versão 21.0 for Windows e Stata versão 9.1. Para todos os procedimentos foi adotado o nível de significância de 5%. Para verificar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov.

Utilizou-se estatística descritiva com medidas de tendência central e dispersão.

A consistência interna foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach e a reprodutibilidade pelo coeficiente de Kappa ponderado e coeficiente de correlação intraclasse.

A concordância entre os processos de mudança e o equilíbrio de decisão e os estágios de mudança de comportamento foi verificado utilizando-se o teste Mann-Whitney.

A relação entre estágio de mudança de comportamento, e variáveis socioeconômicas e demográficas e obstétricas foram averiguados pelo emprego do qui-quadrado e ODDS RATIO.

4.5. Aspectos Éticos

O desenvolvimento da pesquisa seguiu os requisitos da “Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil”.

O presente estudo é parte do projeto “O Modelo Transteórico na Mudança de Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua promoção nos serviços de saúde” aprovado pelo Comitê de Ética para seres humanos da Universidade Federal de Viçosa sob o parecer 412.814 /2013 (Anexo 1).

As gestantes que concordaram em participar do estudo, após esclarecimentos sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Para as gestantes menores de 18 anos de idade, não casadas, foi solicitada a assinatura do responsável (Apêndice 1).

Todas as mulheres receberam intervenções com base na proposta do Modelo Transteórico ou intervenções gerais de acordo com a proposta desenvolvida no projeto maior.

4.6. Referências Bibliográficas

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e saúde coletiva*, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

BEATON D, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F, FERRAZ MB [homepage on the Internet]. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição -Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde -SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicas. Barueri, SP: Manole, 2005. Cap. 5, p. 108-14.

HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, v. 13, n.3, p.331-41, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317130>>. Acesso em: 20 de abr. 2013.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. v. 33, n.1, p. 159-174, 1977.

McGILTON, K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Can J Nurs Res*. v.35, n.4, p. 72-86, 2003.

PASQUALI, L. *Psicometria: Teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

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

Prefeitura Municipal de Viçosa. Localização. Disponível em: <<http://www.vicosamg.gov.br/a-cidade/localizacao>>. Acesso em: 20 de abr. 2013.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, v.41, n.4, p. 665-73, 2007.

RICHARDSON, R.J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3ª edição, SP, Atlas, 2012. Cap. 11, p. 174-88.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*. v. 80, p. 217-222. 2003.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva, 2009.

WYND, C.A.; SCHAEFER, M.A. The osteoporosis risk assessment tool: establishing content validity through a panel of experts. *Appl Nurs Res*, v.16, n.2, p. 184-188, 2002.

5. ARTIGO ORIGINAL 1

Adaptação transcultural, validade de conteúdo e reprodutibilidade de construtos do Modelo Transteórico para a amamentação.

Resumo: Quando se intenciona utilizar instrumento elaborado em país com língua e cultura diferentes, deve-se obter validação do instrumento, iniciado com a tradução linguística do mesmo, seguido da adaptação transcultural. O objetivo do estudo foi traduzir e adaptar culturalmente os construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão do Modelo Transteórico frente à amamentação, verificando a validade de conteúdo e reprodutibilidade do instrumento. A tradução e adaptação transcultural seguiu seis etapas: tradução do instrumento por dois *experts*; produção de uma única versão; apreciação da versão traduzida por especialistas; análise das avaliações dos especialistas; retradução para língua inglesa; grupo de discussão com 30 gestantes de três unidades básicas de saúde do município; estabelecimento da versão final do questionário. A avaliação da consistência interna foi realizada pelo Alfa de Cronbach e da reprodutibilidade pelo teste-reteste pelo kappa ponderado e coeficiente de correlação intraclasse. Algumas frases afirmativas foram reformuladas para melhor compreensão das gestantes, o índice de validade de conteúdo foi de 0,84 e os valores do alfa de Cronbach foram 0,810, 0,772 e 0,652 para os estágios de mudança, processos de mudança e equilíbrio de decisão, respectivamente. Os valores de kappa ponderado variaram de 0,108 a 0,731 e o coeficiente de correlação intraclasse 0,056 a 0,889. Este estudo possibilitou a tradução de um instrumento que pode ser aplicado com populações semelhantes e pode ser uma alternativa para a promoção da amamentação nos serviços de saúde, porém é necessário que mais estudos validem e apliquem o Modelo Transteórico para a amamentação a fim de concretizar um instrumento brasileiro.

Palavras Chaves: Modelo Transteórico, Aleitamento Materno, Tradução, Adaptação Transcultural.

Cross-cultural adaptation, content validity and reproducibility of the Transtheoretical Model constructs for breastfeeding.

Abstract: When one intends to use instruments developed in the country with different language and culture, you should obtain validation of the instrument, start with language translation of the same, followed by the cross-cultural adaptation. The aim of the study was to translate and culturally adapt the stages of behavior change constructs, processes of behavior change and balance a decision of the Transtheoretical Model towards breastfeeding, checking the content validity and reproducibility of the instrument. The translation and cultural adaptation followed six steps: translation of the instrument by two experts; producing a single version; appreciation of the translated version by experts; analysis of the evaluations of experts; retranslation into English; group discussion with 30 women at three basic health centers of the municipality; establishment of the final version of the questionnaire. The internal consistency was performed by Cronbach's alpha and test-retest reproducibility by weighted kappa and intraclass correlation coefficient. Some affirmative sentences were rephrased for better understanding of pregnant women, the content validity index was 0.84 and Cronbach's alpha values were 0.810, 0.772 and 0.652 for the stages of change, processes of change and balance decision, respectively. The weighted kappa values ranged from 0.108 to 0.731 and the intraclass correlation coefficient from 0.056 to 0.889. This study enabled the translation of an instrument that can be applied to similar populations and can be an alternative to breastfeeding promotion in health services, but we need more studies to validate and apply the Transtheoretical Model for breastfeeding in order to achieve a Brazilian instrument.

Key words: Transtheoretical Model, Breastfeeding, Translation, Cross-Cultural adaptation.

Introdução

As medidas psicológicas estão cada vez mais presentes nos estudos de comportamento. A Psicometria mede atributos psicológicos com escalas, testes e questionários auxiliados pela matemática. Busca-se mensurar determinado comportamento como, por exemplo, o ato de amamentar, considerando as características da população estudada (ROHLFS, 2005; BARROSO, 2007).

O Modelo Transteórico vem sendo utilizado em diversos estudos como cessação do tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas, prática de atividade física, realização de exames como mamografia e prevenção de câncer e HIV. Na área da nutrição, sua aplicação tem focado o consumo de gorduras, hortaliças e frutas, e nutrientes específicos como cálcio e fibras (PROCHASKA et al., 1996; ROSSI et al., 2001). Porém, estudos com abordagem do Modelo Transteórico na amamentação ainda são escassos e carecem de mais investigações. Ademais, para este comportamento, ainda não estão disponíveis instrumentos de aferição validados para a população brasileira.

Quando se intenciona utilizar instrumento elaborado em país com língua e cultura diferentes, deve-se obter validação do instrumento, iniciado com a tradução linguística do mesmo, seguido da adaptação transcultural (BEATON et al., 2000). Os instrumentos são elaborados para determinado grupo e, para que outros grupos possam ser avaliados, torna-se necessária a adaptação transcultural que obtenha não somente a equivalência semântica com relação ao conteúdo original, mas idiomática, cultural e conceitual. Esse processo requer manutenção dos conceitos originais para que se possa interpretar e analisar os resultados de forma consistente (BEATON et al., 2007).

A equivalência semântica compreende as correspondências gramaticais e de vocabulário; a idiomática verifica se as expressões em inglês não podem ser traduzidas literalmente para o português, sendo substituídas por sentenças equivalentes. Na equivalência conceitual verifica-se a pertinência dos conceitos da versão original para a traduzida. Já a cultural, refere-se à coerência entre os termos do questionário e a compreensão da população alvo (BEATON et al., 2000; REICHENHEIM; MORAES, 2003).

Após a tradução e adaptação transcultural, é essencial verificar a validade e a reprodutibilidade do instrumento para que o mesmo seja utilizado em outros estudos. A validade do instrumento, que verifica o grau de concordância entre o que o instrumento mede e o que se propõe a medir, é um critério que o torna legítimo. A validação de

conteúdo avalia os comportamentos em um universo de situações, sendo que os itens tornam-se válidos se representam adequação do domínio expresso nos construtos. Este tipo de validação é utilizado para o desenvolvimento e adaptação de instrumentos, e por se tratar de um processo subjetivo, é recomendável realizar concomitantemente teste de consistência interna e de reprodutibilidade. A medida de reprodutibilidade mais utilizada é o método teste-reteste que identifica a estabilidade do instrumento para posterior aplicação na população a ser estudada (FISBERG et al., 2005; SIRECI, 2008; ALEXANDRE; COLUCI, 2011; RICHARDSON, 2012).

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi traduzir e adaptar culturalmente os construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão do Modelo Transteórico para a amamentação, verificando a validade de conteúdo e reprodutibilidade do instrumento.

Métodos

Tradução e Adaptação Transcultural

A tradução e adaptação transcultural dos construtos Estágios de Mudança de Comportamento, Processos de Mudança e Equilíbrio de Decisão do Modelo Transteórico seguiu as seguintes etapas (BEATON et al., 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007):

1ª etapa: A tradução dos construtos foi realizada por dois *experts*. Um deles fez a tradução literal, enquanto o outro fez a tradução conceitual do questionário. Havendo assim, duas versões em português (T1 e T2).

2ª etapa: Para produzir uma única versão (T3) houve a incorporação de uma terceira pessoa, conhecedora dos objetivos da pesquisa, com a finalidade de produzir uma versão a partir do consenso entre as duas traduções (T1 e T2).

3ª etapa: O instrumento traduzido foi submetido à apreciação de sete especialistas da área de obstetrícia, pediatria, educação, psicologia. Os mesmos avaliaram cada frase afirmativa traduzida aplicando uma escala Likert de quatro pontos “1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro” (Apêndice 4).

4ª etapa: As avaliações dos especialistas foram analisadas pelos componentes da etapa 1 e 2, a fim de adequar a tradução de acordo com os seus pareceres. Todas as frases

afirmativas com pontuação 1 e 2 da escala Likert foram revistas, concluindo em uma versão T4.

5ª etapa: Esta etapa compreendeu a retradução para língua inglesa, da versão T4, por duas pessoas com domínio da língua de origem desconhecedoras do objetivo do estudo. Compreendeu, também, a comparação das versões retraduzidas com a original, realizada pelos componentes da etapa 1 e 2. Este processo verifica a validade do instrumento utilizado, garantindo que a versão traduzida reflita o conteúdo da versão original.

6ª etapa: a versão pré-final (T4) foi testada com 30 gestantes que realizaram o pré-natal na Policlínica Municipal de Viçosa e em duas Unidades Básicas de Saúde. O objetivo desta etapa foi verificar a consistência e clareza das afirmações construídas. Foram realizados grupos de discussão com as gestantes nas respectivas unidades de saúde, onde as mesmas foram informadas do objetivo e motivadas a discutir e analisar cada construto (PASQUALI, 1997). A amostragem foi por conveniência, de acordo com os atendimentos realizados no período de junho e julho de 2013. A análise das sugestões das gestantes serviu de base para os componentes das etapas 1 e 2 para estabelecerem a versão final do questionário (T5) (Apêndice 3).

Validade de Conteúdo e Reprodutibilidade do instrumento

A validade de conteúdo foi verificada por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) (WYND; SCHAEFER, 2002; MCGILTON, 2003; POLIT; BECK, 2006; ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O IVC foi calculado de acordo com a avaliação dos sete especialistas que compuseram a terceira etapa da tradução e adaptação transcultural. O número de respostas foi de acordo com a escala Likert de 4 pontos (1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro) aplicada. A concordância mínima aceitável foi de 0,78 (POLIT; BECK, 2006) e o índice foi calculado de acordo com a equação abaixo:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" e "4"}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para a avaliação da consistência interna do instrumento utilizou-se o Alfa de Cronbach, considerando satisfatórios os valores acima de 0,7 (STREINER, 2003).

A reprodutibilidade do instrumento foi verificada por meio do teste-reteste aplicado com 41 gestantes atendidas na Policlínica Municipal de Viçosa, com um intervalo entre 30 e 60 dias (FISBERG et al., 2005; RICHARDSON, 2012). Tais gestantes não receberam nenhuma intervenção ou explicação a respeito das afirmações dos construtos do Modelo Transteórico no primeiro contato, a fim de se evitar viés na reprodutibilidade.

Para avaliar esta medida utilizou-se o coeficiente de Kappa ponderado, segundo os critérios de Landis e Kock (1977), com dois observadores diferentes, também foi verificado o coeficiente de correlação intraclassa (ICC), considerando satisfatório valores maiores ou iguais a 0,4. Realizou-se os dois testes estatísticos com objetivo de confirmar os valores de reprodutibilidade.

As análises dos dados foram realizadas pelos programas estatísticos *Statistical Program for Social Science (SPSS)* versão 22.0 for Windows e Stata versão 9.0, para todos os procedimentos foi adotado o nível de significância de 5%.

Resultados

Tradução e adaptação transcultural

Na etapa de tradução dos três construtos do Modelo Transteórico, tomou-se o cuidado de realizar, consecutivamente à tradução, adequação de palavras e expressões às características culturais e de escolaridade da população estudada, a fim de melhorar a interpretação das frases pelas gestantes. Também, consideraram-se os conceitos originais do Modelo Transteórico (PROCHASKA, VELICER, 1997).

As versões produzidas a partir das traduções, da retradução, do grupo de discussão com as gestantes e a versão final dos instrumentos de aferição para os construtos estágios de mudança de comportamento, equilíbrio de decisão e processos de mudança de comportamento estão descritas, respectivamente, nas Tabelas 1, 2 e 3.

Nas frases afirmativas do construto estágios de mudança de comportamento (Quadro 1), substituiu-se o termo “amamentação” por “amamentação exclusiva”, considerando a recomendação da Organização Mundial de Saúde de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade da criança (WHO, 2001), sendo este, portanto, o comportamento materno desejado.

Adicionalmente, em todas as frases afirmativas dos processos de mudança e do equilíbrio de decisão do Modelo Transtéorico, o termo “amamentação” foi substituído por “dar de mamar no peito”, e nos estágios de mudança de comportamento o termo “amamentação exclusiva” foi substituído por “dar de mamar no peito exclusivamente”, uma vez que a interpretação das gestantes foi ambígua para o termo “amamentação”, que foi interpretado como sendo tanto amamentar no peito como na mamadeira.

O verbo principal das frases afirmativas 3, 4 e 5 “planejo/pretendo” (T3) foi substituído por “desejo”, após a realização do grupo de discussão, por ser a forma que melhor reflete a predisposição da gestante em amamentar, e foi melhor compreendido pelas mesmas.

Quadro 1: Versão original, traduções, retraduações, grupo de discussão e versão final do construto estágio de mudança de comportamento, Viçosa, MG, 2013.

Original	Traduções		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
1-I am going to bottlefeed my baby, and I do not want to breastfeed at all.	T1: Eu vou dar mamadeira para meu bebê, e eu não quero amamentar tempo todo. T2: Eu vou oferecer mamadeira para meu bebê e eu não quero amamentar o tempo todo.	T3: Eu vou oferecer mamadeira para meu filho, pois não amamentar exclusivamente.	B1: I will formula-feed to my son, because I do not want to breastfeed exclusively. B2: I will offer a bottlefeed to my son, because I do not want to breastfeed exclusively.	T4: Eu vou oferecer a mamadeira ao meu filho, pois não quero dar o peito exclusivamente.	T5: Eu vou oferecer a mamadeira ao meu filho, pois não quero dar de mamar no peito exclusivamente.
2-I am thinking about breastfeeding, but I am not sure I want to do it.	T1: Eu estou pensando sobre amamentar, mas eu não tenho certeza se quero fazer isso. T2: Eu estou pensando em amamentar, mas eu não tenho certeza se quero fazer isso.	T3: Eu penso em amamentar exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.	B1: I think about breastfeeding exclusively but I am not sure if I want to do it. B2: I think to breastfeed exclusively, but I am not sure I want to do this.	T4:Eu penso em dar o peito exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.	T5:Eu penso em dar de mamar no peito exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.
3-I plan to try breastfeeding, but I am not sure how long I will do it.	T1: Eu planejo tentar amamentar, mas eu não tenho certeza quanto tempo eu vou fazê-lo. T2: Eu pretendo tentar a amamentação, mas eu não tenho certeza quanto tempo eu vou fazê-lo.	T3: Eu planejo amamentar exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.	B1: I plan breastfeed exclusively, but I do not know for how long. B2: I plan breastfeed exclusively, but do not know for how long.	T4:Eu desejo dar o peito exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.	T5:Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.

Continua

Quadro 1. continuação

Original	Traduções		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
<p>4-I plan to breastfeed my baby for at least 1 month but probably not a full 6 months.</p>	<p>T1: Eu planejo amamentar meu bebê, por pelo menos 1 mês, mas provavelmente não um total de 6 meses.</p> <p>T2: Eu pretendo amamentar meu bebê, por pelo menos 1 mês, mas provavelmente não por 6 meses.</p>	<p>T3: Eu planejo amamentar exclusivamente, por pelo menos 1 mês, mas não acredito que vá durar 6 meses.</p>	<p>B1: I plan breastfeed exclusively for at least 1 month and I do not believe it will last 6 months.</p> <p>B2: I plan to breastfeed exclusively for at least 1 month, but do not believe it will last 6 months.</p>	<p>T4: Eu desejo tentar dar o peito exclusivamente, por pelo menos um mês, mas não acredito que vá durar 6 meses.</p>	<p>T5: Eu desejo tentar dar de mamar no peito exclusivamente, por pelo menos um mês, mas não acredito que vá durar 6 meses.</p>
<p>5-I plan to breastfeed my baby for at least 6 months.</p>	<p>T1: Eu planejo amamentar meu bebê, por pelo menos, 6 meses.</p> <p>T2: Eu pretendo amamentar meu bebê, por pelo menos, 6 meses.</p>	<p>T3: Eu planejo amamentar meu filho exclusivamente, por pelo menos, 6 meses.</p>	<p>B1: I plan to breastfeed exclusively my son for up to 6 months.</p> <p>B2: I plan to breastfeed exclusively my son for at least 6 months.</p>	<p>T4:Eu desejo dar o peito exclusivamente ao meu filho, por pelo menos, seis meses.</p>	<p>T5:Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente ao meu filho até os seis meses.</p>

No construto equilíbrio de decisão (Quadro 2), na frase afirmativa 1 o termo “antiquado” (T3), foi avaliado pelas gestantes como pouco compreensível e, por isso, foi alterado para “fora de moda” “cafona” (T4) que são expressões mais acessíveis e sugeridas por elas.

A frase afirmativa 3 (T3) foi questionada pelas gestantes quanto à possibilidade de diferentes interpretações, sendo uma delas a de que a criança poderia ser amamentada por uma “ama de leite”, e a outra que a criança poderia ser amamentada com mamadeira por uma outra pessoa. Considerando-se estas ponderações, a frase foi reformulada sem, contudo, alterar o significado da sentença original proposta (T5).

Na frase 17 o termo “suficiente” (T3) foi substituído por “tudo”, porém admite-se que o termo adotado apresenta limitações ao estudo, haja vista dificilmente saber-se tudo sobre determinado assunto.

Na frase afirmativa 19 (T3) a palavra “fórmula” foi alterada por “outros leites” uma vez que, no Brasil é comum oferecer o leite de vaca ou cabra para a criança, devido o custo elevado da fórmula, além de interferentes culturais.

Quadro 2: Versão original, traduções, grupo de discussão, retraduições e versão final do construto equilíbrio de decisão, Viçosa, MG, 2013.

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
1-Breastfeeding is old-fashioned	T1:Aleitamento materno é antiquado T2:Aleitamento materno é antiquado	T3: Aleitamento materno é antiquado	B1: Breastfeeding is old-fashioned. B2:Breastfeeding is old-fashioned.	T4: Dar de mamar no peito é “fora de moda”, “cafona”.	T5:Dar de mamar no peito é “fora de moda”, “cafona”.
2-Breastfeeding is the healthiest feeding for a baby	T1:Amamentar é a alimentação mais saudável para um bebê T2: Amamentar é a alimentação mais saudável para um bebê	T3: Leite materno é a alimentação mais saudável para o bebê.	B1: Mother's milk is the healthiest food for the infant. B2: Breastfeeding is the healthiest food for baby.	T4:Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê	T5:Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê
3-Breastfeeding means no one else can feed the baby	T1:Amamentar significa que ninguém mais pode alimentar o bebê. T2: Amamentar significa que ninguém mais pode alimentar o bebê.	T3: Amamentar significa que ninguém mais pode alimentar o bebê para mim.	B1: Breastfeeding means that no one else can feed the baby for me. B2: Breastfeeding means that no one else can feed the baby for me.	T4:Dar o peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim.	T5:Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança.
4-Breastfeeding means I have to eat differently.	T1:Amamentação significa que tenho que comer de forma diferente. T2: Amamentar significa que eu tenho que alimentar diferentemente.	T3: Amamentação significa que tenho que mudar minha alimentação.	B1: Breastfeeding means that I have to change my diet. B2: Breastfeeding means I have to change my diet.	T4:Amamentar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação	T5:Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação.
5-I think breastfeeding is good for my baby	T1:Eu acho que o aleitamento materno é bom para o meu bebê. T2:Eu acho amamentar é bom para o bebê.	T3: Eu acho que aleitamento materno é bom para o bebê.	B1: I think that breastfeeding is good for the infant. B2: I think that breastfeeding is good for baby.	T4:Eu penso que dar o peito é bom para o bebê.	T5:Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê.

continua

Quadro 2. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
6-I would be embarrassed if someone saw me breastfeeding	T1:Eu teria vergonha se alguém me visse amamentando. T2:Eu teria vergonha se alguém me visse amamentando.	T3: Eu ficaria envergonhada se alguém me visse amamentando.	B1: I would feel ashamed if anyone saw me breastfeeding. B2: I would be embarrassed if someone saw me breastfeed.	T4:Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando o peito	T5:Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito
7-Breastfeeding makes your breasts sag	T1:Amamentação faz seus seios caírem. T2:Amamentar faz seus seios caírem.	T3: Amamentação faz os seios caírem.	B1: Breastfeeding causes saggy breasts. B2: Breastfeeding makes the breasts sag.	T4:Amamentar faz o peito cair.	T5:Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído
8-Breastfeeding is good for me.	T1: Amamentar é bom para mim. T2: Amamentar é bom para mim.	T3:Amamentar é bom para mim.	B1: Breastfeeding is good for me. B2: Breastfeeding is good for me.	T4:Amamentar é bom para mim.	T5:Dar de mamar no peito é bom para mim.
9-Breastfed babies' diapers don't smell as bad	T1:Fraldas dos bebês amamentados não cheiram tão mal. T2: Fraldas dos bebês amamentados não cheiram tão mal.	T3: Fraldas dos bebês amamentados não cheiram tão mal.	B1: Diapers of breastfeed infants do not smell that bad. B2: Diapers of breastfeed babies do not smell so bad.	T4:Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal.	T5:Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal.
10-I think breastfeeding is disgusting	T1:Eu acho que amamentar é nojento. T2: Eu acho que o leite materno é nojento.	T3: Eu acho que o leite materno é nojento.	B1: I think that breastmilk is disgusting. B2: I think breastmilk is disgusting	T4:Eu acho que leite materno é nojento	T5:Eu acho que leite materno é nojento

continua

Quadro 2. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
11-Breastfeeding will help me feel close to my baby	T1: Amamentação vai me ajudar sentir perto do meu bebê. T2: Amamentação vai me ajudar sentir perto do meu bebê.	T3: Amamentação vai me ajudar sentir perto do meu bebê.	B1: Breastfeeding may help me feel closer to my baby. B2: Breastfeeding can help me feel closer to my son.	T4:Dar o peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho	T5:Dar de mamar no peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho.
12-I think breastfeeding will be painful	T1: Eu acho que amamentar será doloroso. T2: Eu acho que amamentar será doloroso.	T3: Eu acho que amamentar será doloroso.	B1: I think that breastfeeding will be painful. B2: I think that breastfeeding will be painful.	T4:Eu acho que amamentar no peito será doloroso	T5:Eu acho que dar de mamar no peito será doloroso.
13-Breastfeeding helps protect the baby from getting sick and having allergies.	T1:Amamentação ajuda a proteger o bebê de ficar doente e ter alergias. T2: Amamentação ajuda a proteger o bebê de ficar doente e ter alergias.	T3: Amamentação ajuda a proteger o bebê contra doenças e alergias.	B1: Breastfeeding helps protect my baby from diseases and allergies. B2: Breastfeeding helps protect my baby against diseases and allergies.	T4:Amamentação no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias.	T5:Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias.
14-Breastfeeding means I can't go back to work or school.	T1: Amamentação significa que eu não posso voltar para o trabalho ou escola. T2: Amamentação significa que eu não posso voltar para o trabalho ou escola.	T3: Amamentação significa que eu não posso voltar para trabalhar ou estudar.	B1: Breastfeeding means I can not be back to work or study. B2: Breastfeeding means I can not go back to work or study	T4:Amamentar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar.	T5:Dar de mamar peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar.
15-Breastfeeding helps my uterus (womb) get back to its normal size faster.	T1:A amamentação ajuda meu útero voltar ao seu tamanho normal mais rápido. T2: Amamentação ajuda meu útero voltar ao seu tamanho normal mais rápido.	T3: Amamentação ajuda meu útero voltar ao seu tamanho normal mais rapidamente.	B1: Breastfeeding helps my uterus come to normal size more rapidly. B2: Breastfeeding helps my uterus return to normal size faster.	T4:Amamentar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente.	T5:Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente.

continua

Quadro 2. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
16-Breastfeeding can help me lose weight.	T1:Amamentação pode me ajudar a perder peso. T2: Amamentar pode me ajudar a perder peso.	T3: Amamentação pode me ajudar a perder peso.	B1: Breastfeeding can help me lose weight. B2: Breastfeeding can help me lose weight.	T4:Amamentar no peito pode me ajudar a perder peso.	T5:Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso.
17-I don't think I know enough about breastfeeding	T1:Eu não acho que eu sei o suficiente sobre o aleitamento materno. T2: Eu não acho que eu sei o suficiente sobre a amamentação.	T3: Não me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre amamentação.	B1: I can not imagine that I know all about breastfeeding. B2:No crosses my mind that I know all about breastfeeding.	T4:Não me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito.	T5:Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar o peito.
18-Breastfeeding is easy to do	T1:A amamentação é fácil de fazer. T2: Amamentar é fácil.	T3: Amamentar é fácil.	B1:Breastfeeding is easy. B2: Breastfeeding is easy.	T4:Dar o peito é fácil	T5:Dar de mamar no peito é fácil.
19-Breastfeeding is cheaper than using formula	T1:A amamentação é mais barato do que usar fórmula. T2: Amamentar é mais barato que utilizar fórmula.	T3: Leite materno é mais barato que outros leites.	B1:Breastmilk is cheaper than other milks. B2:Breastmilk is cheaper than other milks.	T4:Leite materno é mais barato que outros leites.	T5:Leite materno é mais barato que outros leites.
20-I think my breasts are too small to make enough milk for my baby.	T1:Eu acho que meus seios são pequenos demais para produzir leite suficiente para o meu bebê. T2:Eu acho que meus seios são pequenos demais para produzir leite suficiente para o meu bebê.	T3: Eu acho que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê.	B1: I think that my breasts are too small to have enough milk for my baby. B2: I think my breasts are small to have enough milk for my baby.	T4:Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê.	T5:Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê.

Tanto na fase de tradução (T3) quanto na fase do grupo de discussão com as gestantes, após verificar palavras de difícil compreensão e, onde estava a dificuldade de compreensão da frase, algumas palavras foram alteradas. Quanto aos processos de mudança de comportamento (Quadro 3), na frase afirmativa 1 a palavra “penso” (T3) foi substituída por “presto atenção”(T4), na frase afirmativa 3 substituiu-se “optar” (T3) por “escolher” (T4), nas 3 e 4 “digo” (T3) por “penso” (T4), na 5 “promovida” (T3) por “ensinada” (T4), na 6 “noto” (T3) por “vejo” (T4), na 11 “tentado” (T3) por “vontade” (T4), na 13 “apostila” (T3) por “papéis” (T4), no 18 “perturbam”(T3) por “assustam” (T4).

A frase afirmativa 12 foi reformulada devido ao contexto brasileiro, onde a NBCAL (Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e protetores de mamilo) proíbe anúncios e propagandas de fórmulas lácteas destinadas a lactentes. Assim, optou-se pela construção da frase “Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito” (T5).

Quadro 3: Versão original, traduções, grupo de discussão, retraduições e versão final do construto processos de mudança de comportamento, Viçosa, MG, 2013.

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
1-I think about breastfeeding information that I am given.	T1:Eu penso sobre a informação que me é dada para amamentação. T2:Eu penso na informação sobre amamentação que me é dada.	T3: Eu presto atenção nas informações que recebo sobre amamentação.	B1: I pay attention on the information I receive about breastfeeding. B2: I pay attention to the information I get on to breastfeed.	T4:Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar o peito.	T5:Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito.
2-I remember what people tell me about the benefits of breastfeeding.	T1:Eu me lembro que as pessoas me dizem sobre os benefícios da amamentação. T2: Eu me recordo que as pessoas me dizem sobre os benefícios da amamentação.	T3: Eu me lembro que as pessoas me dizem sobre os benefícios da amamentação.	B1: I remember what people tell me about the benefits of breastfeeding. B2: I remember what people tell me about the benefits of breastfeed.	T4:Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar o peito.	T5:Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito.
3-I tell myself I can choose to breastfeed or not	T1:Eu digo a mim mesma que posso optar por amamentar ou não. T2: Eu digo a mim mesma que posso escolher amamentar ou não.	T3: Eu penso comigo mesma que eu posso escolher amamentar ou não.	B1: I think myself that I can choose whether I want to breastfeed or not. B2: I think myself that I can choose to breastfeed or not.	T4:Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar o peito ou não.	T5:Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar de mamar no peito ou não.
4-I tell myself I am able to breastfeed if I want to.	T1:Eu digo a mim mesma que eu sou capaz de amamentar se eu quiser. T2: Eu digo comigo mesma que eu sou capaz de amamentar se eu quiser.	T3: Eu penso comigo mesma que sou capaz de amamentar se eu quiser.	B1: I think to myself that I am able to breastfeed if I want it. B2: I think to myself that I am capable to breastfeed if I want to.	T4:Eu penso comigo mesma que sou capaz de amamentar no peito se eu quiser.	T5:Eu penso comigo mesma que sou capaz de dar de mamar no peito se eu quiser.

continua

Quadro 3. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
5-Breastfeeding is promoted everywhere by health professionals (nutritionists, nurses, doctors, etc.).	T1:Amamentação é promovida em todos os lugares por profissionais de saúde (nutricionistas, enfermeiros, médicos, etc). T2: Aleitamento materno é promovido em todos os lugares por profissionais de saúde (nutricionistas, enfermeiros, médicos, etc).	T3: Amamentação é promovida em todos os lugares onde tem profissionais de saúde (nutricionistas, enfermeiros, médicos, etc).	B1: Breastfeeding is promoted in all the places by health professionals (nutritionist, nurse, doctors, etc). B2: Breastfeeding is promoted in all the places by health professionals (nutritionist, nurse, doctors, etc).	T4: Dar o peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde).	T5: Dar de mamar no peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde).
6-I notice that breastfeeding is talked about and shown more on television today.	T1:Eu noto que a amamentação é falada e mostrada mais na televisão hoje. T2: Eu noto que a amamentação é mais falada e mostrada na televisão hoje.	T3: Eu noto que amamentação é mais falado e mostrado na TV hoje em dia.	B1: I notice that breastfeeding is more spoken and showed on TV nowadays. B2: I see that breastfeeding is most talked about and shown on TV today.	T4: Eu vejo que dar o peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia.	T5: Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia.
7-I am upset with myself for wanting to bottlefeed.	T1:Eu estou chateada comigo mesma por querer mamadeira. T2: Eu estou chateada comigo mesma por querer mamadeira.	T3: Eu estou chateada comigo mesma por querer usar a mamadeira.	B1: I am upset to myself if I decide to formula-feed. B2: I am upset with myself if I decide to bottlefeed.	T4: Eu ficarei chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira.	T5: Eu ficarei chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira.
8-I would feel better about myself if I breastfed.	T1:Eu me sentiria melhor comigo mesma se eu amamentar. T2: Eu me sentiria melhor comigo mesma se eu amamentasse.	T3: Eu me sentiria melhor comigo mesma se eu amamentar.	B1: I would feel better about myself if I breastfeed. B2: I would feel better about myself if I breastfeed.	T4: Eu sentirei melhor comigo mesma se eu der o peito.	T5: Eu sentirei melhor comigo mesma se eu der de mamar no peito.

continua

Quadro 3. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
9-I think that bottlefeeding is polluting the environment.	T1:Eu acho que a mamadeira está poluindo o meio ambiente. T2: Eu acho que a mamadeira está poluindo o meio ambiente.	T3: Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente.	B1: I think that the bottlefeeding pollutes the environment. B2: I think the bottlefeeding pollutes the environment.	T4:Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente.	T5:Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente.
10-People who breastfeed will help improve the environment.	T1:Pessoas que amamentam vão ajudar a melhorar o meio ambiente. T2: Pessoas que amamentam ajudarão a melhorar o meio ambiente.	T3: Pessoas que amamentam ajudam a melhorar o meio ambiente.	B1: People who breastfeed help improve the environment. B2: People who breastfeed help improve the environment.	T4:Pessoas que amamentam no peito ajudarão a melhorar o meio ambiente.	T5:Pessoas que dão de mamar no peito ajudam a melhorar o meio ambiente
11-When I am tempted to bottlefeed, I think about how healthy my baby will be if I breastfeed.	T1:Quando eu sou tentado com mamadeira, eu penso em como saudável meu bebê vai ser se eu amamentar. T2: Quando eu sou tentado com mamadeira, eu penso como saudável meu bebê vai ser se eu amamentar.	T3: Quando eu sou tentado com mamadeira, eu penso em como saudável meu bebê vai ser se eu amamentar.	B1: When I feel like formula-feeding, I think the baby will be healthier if I breastfeed. B2: When I feel like bottlefeed, I think the baby will be healthier if I breastfeed.	T4:Quando eu estou tentado em oferecer a mamadeira, penso o quanto saudável o meu bebê vai ser se eu amamentar ao peito.	T5:Quando eu tenho vontade de dar a mamadeira, penso que o bebê vai ser mais saudável se eu der de mamar no peito.
12-I ignore formula advertisements.	T1:Eu ignoro anúncios de fórmulas. T2: Eu ignoro propagandas de fórmulas.	T3: Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar o peito.	B1: I try not to pay attention to the advertisements of other milks and pay attention to advertisements about breastfeeding. B2: I try not to pay attention to the advertisements of other milks and pay attention to advertisements about breastfeeding.	T4:Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar o peito.	T5:Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito.

continua

Quadro 3. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
13-I keep handouts at home that remind me to think about breastfeeding.	T1:Eu mantenho apostilas em casa que me fazem pensar sobre amamentação. T2: Eu mantenho apostilas em casa que me fazem pensar sobre amamentação.	T3: Eu tenho apostilas em casa que me fazem pensar sobre amamentação.	B1: I have with me at home leaflets I collected with explanation about breastfeeding. B2: I have with me at my house, handouts that won with explanation to breastfeed.	T4:Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicação sobre dar o peito.	T5:Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicação sobre dar de mamar no peito.
14-I remove things from my home that remind me of bottlefeeding (such as formula, etc.).	T1:Eu removo as coisas da minha casa que me fazem lembrar da mamadeira (como fórmula, etc). T2: Eu removo as coisas da minha casa que me lembram da mamadeira (como fórmula, etc).	T3: Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira.	B1: I remove things from my house (cans from formulas, advertisements of milk) which remind me of formula-feeding. B2: I remove of my house things (cans of formula, milk advertisements) that remind me a bottlefeeding.	T4:Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira.	T5:Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira.
15-Others will be proud of me if I breastfeed.	T1:Outros vão se orgulhar de mim se eu amamentar. T2: Outros irão se orgulhar de mim se eu amamentar.	T3: As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu amamentar .	B1: People will be proud of me if I breastfeed. B2: People will be proud of me if I breastfeed.	T4:As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu amamentar no peito.	T5:As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu der de mamar no peito.
16-I will be happy with myself if I breastfeed.	T1:Eu vou ser feliz comigo mesma se eu amamentar. T2: Eu serei feliz comigo mesma se eu amamentar.	T3: Eu ficarei feliz comigo mesma se eu amamentar.	B1: I will be happy myself if I breastfeed. B2: I will be happy myself if I breastfeed.	T4:Eu ficarei feliz comigo mesma se eu amamentar no peito.	T5:Eu ficarei feliz comigo mesma se eu der de mamar no peito.

continua

Quadro 3. continuação

Original	Tradução		Retradução	Grupo de Discussão	Versão Final
17-The dangers of bottlefeeding make me upset.	T1:Os perigos da mamadeira me chateiam. T2: Os perigos da mamadeira me chateiam.	T3: Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.	B1: The dangers that formula-feeding brings make me upset. B2: The dangers that the bottlefeeding offers makes me upset.	T4:Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.	T5:Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.
18-Warnings about formula problems upset me.	T1:Avisos sobre problemas com fórmula me perturbam. T2: Avisos sobre problemas com fórmula me chateiam.	T3: Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam.	B1: Warnings about the problems regarding the use of different types of milk make me worry. B2: Warnings about the problems with using other types of milks scare me.	T4:Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam.	T5:Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam.
19-I have someone who I can count on when I need help with breastfeeding.	T1:Eu tenho alguém que eu posso contar, quando eu preciso de ajuda com a amamentação. T2: Eu tenho alguém que eu posso contar, quando eu preciso de ajuda com a amamentação.	T3: Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver amamentado.	B1: I can rely on anyone's help if I need it when breastfeeding. B2: I can count on someone if I need help when breastfeed.	T4:Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando o peito.	T5:Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando de mamar no peito.
20-Special people in my life accept me whether I bottlefeed or breastfeed.	T1:Pessoas especiais em minha vida me aceitam se eu der a mamadeira ou amamentar. T2: Pessoas especiais em minha vida me aceitam se eu der a mamadeira ou amamentar.	T3: Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu amamentar ou se eu der a mamadeira.	B1:Close people in my life accept my choice of whether breastfeeding or bottlefeed. B2: Special people in my life accept me if I breastfeeding or bottlefeed.	T4:Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu amamentar no peito ou se eu der a mamadeira.	T5:Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu der de mamar no peito ou se eu der a mamadeira.

Validade de Conteúdo

O IVC encontrado foi de 84%, e os valores para cada avaliação estão apresentados na Tabela 1 (POLIT; BECK, 2006).

Tabela 1: Índice de Validade de Conteúdo, segundo os especialistas da área de obstetrícia, pediatria, educação e psicologia, Viçosa, MG, 2013.

	Índice de Validade de Conteúdo
Profissional 1	0,84
Profissional 2	0,93
Profissional 3	0,93
Profissional 4	0,91
Profissional 5	0,68
Profissional 6	0,68
Profissional 7	0,91
Total	0,84

Na avaliação dos especialistas o termo “exclusivamente”, que dá qualidade à prática de dar só o leite materno, empregado nas frases afirmativas do construto estágio de mudança, é de difícil compreensão para as gestantes. Os especialistas consideraram que, de modo geral, estas mulheres não distinguem as diferentes práticas de amamentação, ou seja, a diferença de dar o peito de forma exclusiva ou não. Apesar da coerência das ponderações apresentadas pelos especialistas, optou-se por manter o termo na frase e explicar a cada gestante durante a entrevista o significado desse termo, haja vista ser este o comportamento materno desejado (WHO, 2001).

As frases afirmativas 9 e 10 do construto processo de mudança no Quadro 3, foram descritas como “pouco claro” pela maioria dos especialistas, porém ela foi mantida considerando-se que a tradução expressa exatamente o sentido da frase original.

Consistência interna e reprodutibilidade

A consistência interna do instrumento traduzido foi verificada por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach e assumiu valores aceitáveis. Para o construto estágio de mudança de comportamento o valor encontrado foi de 0,810, para os processos de mudança de comportamento o coeficiente foi de 0,772 e para equilíbrio de decisão 0,652.

A reprodutibilidade do instrumento, verificada pelo método teste-reteste, segundo o índice kappa ponderado variou de 0,1087 a 0,7317. As frases afirmativas que obtiveram concordância ligeira foram: “Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito”, “Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso” do construto equilíbrio de decisão (T5 - Quadro 2) e as frases afirmativas “Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito”; “Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito” e “Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia” dos processos de mudança de comportamento (T5 - Quadro 3). E, estágios de mudança de comportamento, 12 frases afirmativas dos processos de mudança e 11 do construto equilíbrio de decisão obtiveram concordância moderada.

Para o coeficiente de correlação intraclasse, as frases afirmativas que obtiveram classificação abaixo de 0,4 foram “Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito”; “Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito”; “Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia” (T5 - Quadro 3). Também as frases afirmativas: “Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito”; “Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar o peito”; “Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso” (T5 - Quadro 2).

Os valores de kappa ponderado e coeficiente de correlação intraclasse para cada frase afirmativa dos construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão estão no Apêndice 5.

Discussão

A amamentação é um ato complexo que envolve além da biologia, também, o estado psicológico materno, abrangendo seu contexto social, cultural e econômico. Compreender tal comportamento faz-se necessário no sentido de maior aprimoramento das ações de assistência à gestante e nutriz, favorecendo a saúde da díade mãe-filho (RAMOS; ALMEIDA, 2003; ARAÚJO; ALMEIDA, 2007; ROCHA et al., 2010).

A partir dos construtos propostos por Humpherys, Thompson e Miner (1998) que propuseram a aplicação do Modelo Transteórico para a amamentação, foi realizada tradução e adaptação cultural de acordo com o contexto cultural e social das gestantes do estudo.

No Brasil, há ausência de estudos que avaliaram o comportamento de amamentar utilizando o Modelo Transteórico. Este modelo pode ser uma ferramenta útil na compreensão de tal comportamento, uma vez que o construto estágio de mudança de comportamento identifica o planejamento da mulher para amamentar, e os construtos processos de mudança e equilíbrio de decisão podem nortear ações de promoção ao aleitamento materno de forma individualizada, adequando à necessidade de cada mulher, sendo, portanto, mais efetivas (LOPACZYNSKI, 2012).

Porém, ao se intencionar a adaptação deste instrumento é importante considerar que não se trata de uma simples tradução, mas de adequação da linguagem para a população do estudo, de acordo com a equivalência semântica e cultural (BEATON et al., 2000; BEATON et al., 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007). Assim sendo, algumas frases afirmativas foram muito modificadas durante o processo de adaptação transcultural para melhor compreensão das gestantes e, também, para adaptação ao contexto sociocultural. Mesmo com essas modificações, a interpretação das frases afirmativas do construto original e da versão final (T5) ficaram semelhantes. Este procedimento é recomendado por Beaton e colaboradores (2007), ao afirmarem que a tradução de uma frase afirmativa que não reflete a realidade da população de estudo deve ser identificada e traduzida para uma similar.

Os valores encontrados pelo coeficiente Alfa de Cronbach, bem como a validação de conteúdo demonstraram que o instrumento traduzido apresenta consistência interna e pode ser compreendido pelo público-alvo. Estudos brasileiros que realizaram a tradução e adaptação transcultural para diversos comportamentos, aplicando o Modelo Transteórico, encontraram valores de Alfa de Cronbach variando de 0,60 a 0,94, compreendendo os valores encontrados neste estudo (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008; BOFF, 2012; BITTENCOURT; SANTOS; OLIVEIRA, 2012; TASSITANO; CABRAL; SILVA, 2014).

Apesar dos valores aceitáveis para consistência interna, alguns valores da reprodutibilidade avaliados pelo Kappa ponderado e pelo coeficiente de correlação intraclasse foram inferiores ao desejável. Estes podem ser justificados pela menor escolaridade das gestantes e a dificuldade de compreensão de algumas frases afirmativas, podendo explicar a dualidade das respostas. Hansson e colaboradores (2000) afirmam que a alta escolaridade pode dar melhor consistência ao instrumento.

Também, deve-se considerar que o índice kappa avalia a concordância ao acaso, bem como o desbalanço das frequências das variáveis analisadas (PINTO et al., 2014).

As frases afirmativas que apresentaram os menores valores do índice foram as que tiveram a pontuação da escala Likert iguais para a maioria das gestantes, significando a unanimidade de opinião. Com isso, os valores da escala likert ficam mais homogêneos, reduzindo, assim, o valor de kappa, porém o percentual de concordância da mesma gestante nas duas aplicações foi superior a 90%.

Um problema identificado no grupo de discussão com as gestantes foram as longas frases dos processos de mudança de comportamento. Para tentar minimizar este viés, tentou-se buscar palavras de fácil compreensão, porém conservando a ideia original do construto.

A utilização do instrumento nos serviços de saúde pode nortear as ações de promoção e apoio ao aleitamento materno de forma qualificada, porém deve-se atentar para que esta promoção não se faça de forma discriminatória com relação às mulheres que não planejam amamentar. Respeitando sempre a mulher como protagonista do ato, fazendo com que o aleitamento materno não seja um fardo, mas alvo de desejo (SILVA, 1990; MARQUES; COTTA; ARAUJO, 2009).

Com relação ao equilíbrio de decisão, são evidentes as marcas da visão biológica e positivista nas frases afirmativas relativas aos prós e aos contras à amamentação, traduzidas e adaptadas a partir do instrumento original.

Conclusão

O instrumento final, após a tradução e adaptação transcultural dos construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão para o português brasileiro mostrou-se com validade de conteúdo, consistência interna e reprodutibilidade aceitáveis.

Porém, é necessário que mais estudos validem e apliquem o Modelo Transteórico para a amamentação com a finalidade de concretizar um instrumento brasileiro.

Referências Bibliográficas

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência e saúde coletiva*, v.16, n.7, p. 3061-3068, 2011.

ARAUJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, v. 20 n.4, p.431-438, 2007.

BARROSO, M.L.C. Validação do *Participation Motivation Questionnaire* adaptado para determinar motivos de prática esportiva de adultos jovens brasileiros. Dissertação (mestrado). Mestrado em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B.[homepage on the Internet]. Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures; 2007.

BEATON, D.E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, v.25, n. 24, p. 3186–3191, 2000.

BITTENCOURT, S.A.; SANTOS, P.L.; OLIVEIRA, M.S. Motivação para mudança: análise fatorial da URICA para hábitos alimentares. *Psico-USF*, v.17, n.3, p. 497-505, 2012.

BOFF, R.M. Evidências psicométricas das escalas de auto-eficácia para regular hábito alimentar e auto-eficácia para regular exercício físico. Dissertação (mestrado). Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica Rio Grande Do Sul – Porto Alegre, 2012.

FISBERG, R.M.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicas. Barueri, SP: Manole, 2005. Cap. 5, p. 108-14.

HANSSON, L.M.; GALANTI, M.R.; BERGSTROM, R. Factors affecting reproducibility of dietary reports using food frequency questionnaires. *Eur J Clin Nutr*, v. 54, n.8, p. 658-64, 2000.

HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, v. 13, n.3, p.331-41, 1998.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. - The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. V. 33, n.1, p. 159-174, 1977.

LOPACZYNSKI, W. Translational research and behavioral sciences in developmental medicine: metabolic conditions of pregnancy versus autism spectrum disorders. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, v.16, n.3, p. 171-74, 2012.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; ARAUJO, R. M. A. Representações sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 62, n. 4, 2009.

McGILTON, K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Can J Nurs Res*. V.35, n.4, p. 72-86, 2003.

PASQUALI, L. *Psicometria: Teoria e aplicações*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

PINTO, J.S.; LOPES, J.M.; OLIVEIRA, J.V.; AMARO, J.P.; COSTA, L.D. Métodos para estimação de reprodutividade de medidas. Índices: Estatística Kappa [acesso 20/10/2014]. Disponível em:<http://users.med.up.pt/joakim/intromed/estatisticakappa.htm>.

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

PROCHASKA, J.O.; VELICER, W.F. The Transtheoretical Model of health behavior change. *Am J Health Promot.* V.12, n.1, p. 38-48, 1997.

PROCHASKA, J.O.; REDDING, C.A.; EVERS, K.E. The Transteoretical Model and stages of change. In: Glanz, K.; Lewis, F.M.; Rimer, B.K. 2ª edição. Califórnia: Jossey-Bass, 1996.

RAMOS, C.V.; ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J Pediatr.* v.79, n. 5, p.385-90, 2003.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Adaptação transcultural do instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. *Cad Saúde Pública*, v.19, p. 1701-12, 2003.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública*, v.41, n.4, p. 665-73, 2007.

RICHARDSON, R.J. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3ª edição, SP, Atlas, 2012. Cap. 11, p. 174-88.

ROCHA, N.B.; GARBIN, A.J.I.; GARBIN, C.A.S.; MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n. 4, p. 1293-1305, 2010.

ROHLFS, I.C.P.M, et al. The Brunel mood scale (BRUMS): instrument for detection of modified mood states in adolescent and adult athletes and non-athletes. *Fiep Bulletin.* v.75, p. 281-284, 2005.

ROSSI, S.R.; GREENE, G.W.; ROSSI, J.S.; PLUMMER, B.A.; BENISOVICH, S.V.; KELLER, S. et al. Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. *Eating Behaviors.* V.2, p. 1-18, 2001.

SILVA, A. A.M. Amamentação: Fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Dissertação (Mestrado em Medicina), Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto, 1990.

SIRECI, S.G. The construct of content validity. *Soc Indic Res*, v. 45, p. 83-117, 1998.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment.* v. 80, p. 217-222. 2003.

SZUPSZYNSKI, K.P.D.R.; OLIVEIRA, M.S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 31-39, jan./jun. 2008.

TASSITANO, R.M.; CABRAL, P.C.; SILVA, G.A.P. Validação de escalas psicossociais para mudança do consumo de frutas, legumes e verduras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):272-282, fev, 2014

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva, 2001.

WYND, C.A.; SCHAEFER, M.A. The osteoporosis risk assessment tool: establishing content validity through a panel of experts. *Appl Nurs Res*, v.16, n.2, p. 184-188, 2002.

6. ARTIGO ORIGINAL 2

Processos de mudança, equilíbrio de decisão e suas relações com os estágios de mudança de comportamento para a amamentação.

Resumo: Cada estágio de mudança de comportamento requer atividades cognitivas, emocionais e comportamentais diferentes, que são auxiliadas pelos processos de mudança e pelo equilíbrio de decisão. O objetivo do estudo foi verificar a relação dos processos de mudança de comportamento e do equilíbrio de decisão com os estágios de mudança de comportamento no que diz respeito ao planejamento para amamentar de gestantes atendidas pelo sistema público de saúde. Estudo transversal conduzido com 304 gestantes que realizaram o pré-natal em unidades do sistema público de saúde. As mesmas foram questionadas com base nos construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança e equilíbrio de decisão do Modelo Transteórico. Os estágios de mudança de comportamento foram agrupados em “sem planejamento para amamentar exclusivamente” – pré-contemplação e contemplação e “com planejamento para amamentar exclusivamente” – preparação, ação e manutenção. A maioria das gestantes (98,3%) foi categorizada com planejamento para amamentar exclusivamente. Verificou-se que as gestantes “sem planejamento” utilizavam três processos de mudança, além de três prós e dois contras. Já as gestantes “com planejamento” utilizavam cinco processos de mudança, e cinco prós à amamentação. Analisando a relação entre os estágios de mudança e o equilíbrio de decisão observou-se a ocorrência de mais prós à amamentação naquelas mulheres classificadas nos estágios de preparação, ação e manutenção, e mais contras em pré-contemplação comparado à contemplação. Sugerem-se mais estudos sobre o comportamento frente à amamentação por meio do Modelo Transteórico, a fim de se ampliar o conhecimento sobre os processos de mudança utilizados nos diferentes estágios e sobre o comportamento dos contras à amamentação possibilitando realizar intervenções mais individualizadas para a promoção do aleitamento materno.

Palavras Chaves: Modelo Transteórico, Aleitamento Materno, Gestante, Mudança de Comportamento.

Processes of change, decision balance and its relationship to the stages of behavior change for breastfeeding.

Abstract: Each stage of behavior change requires different cognitive, emotional and behavioral activities, which are aided by the processes of change and balance decision. The aim of the study was to investigate the relationship between processes of behavior change and the balance of the decision with the stages of behavior change with regard to planning for breastfeeding mothers served by the public health system. Cross-sectional study conducted on 304 pregnant women who underwent antenatal units in the public health system. They were questioned on the basis of constructs stages of behavior change, processes of change and balance the decision of the Transtheoretical Model. The stages of behavior change were grouped into "without planning to breastfeed exclusively" - pre-contemplation and contemplation and "with planning to breastfeed exclusively" - preparation, action and maintenance. Most women (98.3%) were categorized with planning to breastfeed exclusively. It was found that pregnant women "without planning" used three processes of change, plus three pros and two cons. Already pregnant "with planning" used five processes of change, and five pros to breastfeeding. Analyzing the relationship between stages of change and the balance of decision noted the occurrence of more pros to breastfeeding in those women classified in the stages of preparation, action and maintenance, and more cons compared to pre-contemplation to contemplation. We suggest further studies on the behavior towards breastfeeding through the Transtheoretical Model, in order to increase knowledge about the processes of change used in the different stages and on the behavior of the cons to breastfeeding enabling accomplish more individualized interventions for promoting breastfeeding.

Key words: Transtheoretical Model, Breastfeeding, Pregnant, Behavior Change.

Introdução

A decisão pela amamentação é influenciada por aspectos de natureza psicológica, social e cultural que delineiam o planejamento materno para a realização desse ato. Da mesma forma, a percepção da mulher sobre as facilidades e dificuldades pertinentes à amamentação reflete na decisão quanto à sua realização (ROCHA et al., 2010; ARAÚJO; ALMEIDA, 2007; RAMOS; ALMEIDA, 2003).

O desejo materno demonstrado na gestação pode exercer influência no sucesso do aleitamento materno. Desta forma, a intenção de amamentar e seus determinantes comportamentais devem ser investigados para o direcionamento da promoção da amamentação (KLOEBLEN; THOMPSON; MINER, 1999; RODRIGUES; GOMES, 2014).

Neste sentido, a fim de compreender o comportamento materno relacionado à amamentação, o Modelo Transteórico mostra-se uma ferramenta interessante no processo de identificação deste comportamento. Este modelo reúne as principais teorias psicológicas objetivando entender como as pessoas mudam seu comportamento. É constituído por quatro construtos: estágios de mudança de comportamento, processos de mudança, equilíbrio de decisão e autoeficácia. Cada construto se relaciona com os estágios de mudança de comportamento delineando o que a pessoa utiliza para avançar no estágio (PROCHASKA; VELICER, 1997; PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984).

As alterações no comportamento relacionado à saúde, segundo esse modelo, ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, evidencia quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la (GREENE et al., 1999).

Os processos de mudança de comportamento compreendem a segunda dimensão do Modelo Transteórico, e mostram como a pessoa modifica o seu comportamento. Desta forma, orienta a definição de técnicas mais adequadas de intervenção que permitem a mudança de comportamento, pois nos diferentes estágios as mudanças requerem atividades cognitivas, emocionais e comportamentais diferentes (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). Esses processos de mudança são divididos em duas categorias: cognitivos e comportamentais (PROCHASKA; VELICER, 1997).

Os processos cognitivos compreendem a liberação social, o aumento de consciência, a autoreavaliação, a reavaliação ambiental e o alívio dramático e os processos comportamentais compreendem o contracondicionamento, a autoliberação, o controle de estímulos, a administração de contingências e o suporte social (VELICER et al., 1998; PROCHASKA; VELICER, 1997).

Os processos de mudança de comportamento cognitivos são utilizados em maior proporção nos estágios iniciais, enquanto que os comportamentais são mais utilizados nos estágios finais da mudança de comportamento. Ademais, para que um indivíduo progrida nos estágios de mudança de comportamento, utilizam-se tais processos de mudança, sendo influenciados pelo equilíbrio de decisão ao comportamento desejado (VELICER et al., 1998; PROCHASKA; VELICER, 1997).

No equilíbrio de decisão ocorre ponderação dos aspectos positivos e negativos, ou seja, dos prós e contras da mudança de comportamento. Com relação à adoção de comportamento desejável, neste caso os padrões de prós e contras são semelhantes nos três primeiros estágios de mudança de comportamento, e para os estágios de ação e manutenção os prós permanecem elevados. Estas duas escalas descrevem informações de mudanças cognitivas necessárias para o progresso nos primeiros estágios (VELICER et al., 1998).

Humpherys, Thompson & Miner (1998) foram as pioneiras na aplicação do modelo para a amamentação, demonstrando que o desenvolvimento de pesquisas utilizando o modelo pode auxiliar na promoção do aleitamento materno, com gestantes de diferentes contextos sociais.

Diante disso, o objetivo do estudo foi verificar a relação dos processos de mudança de comportamento e do equilíbrio de decisão com os estágios de mudança de comportamento no que diz respeito ao planejamento de gestantes para amamentar atendidas pelo sistema público de saúde.

Métodos

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado nos meses de junho de 2013 a janeiro de 2014, no município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas

Gerais, sob o parecer número 412.814/2013. As gestantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participantes

A amostra foi de 304 gestantes atendidas pelo sistema público de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. As entrevistas foram realizadas no pré-natal nas unidades públicas de saúde do município. As gestantes foram abordadas na sala de espera no dia da consulta médica e informadas sobre o objetivo do estudo. Foram excluídas da amostra gestantes com teste HIV positivo, por ser uma condição impeditiva para amamentação (WHO, 2009) e gestantes diagnosticadas com alto risco.

Para cálculo da amostra foi utilizado número de partos realizados pelo sistema público na maternidade do município, no período de um ano (abril/2012 a março/2013). Considerou-se o nível de confiança de 95%, prevalência do desfecho de 50%, erro amostral de 5%, perdas de 20% e fator de confusão de 10%, totalizando 304 gestantes. Foram incluídas no estudo as gestantes que frequentaram o serviço de saúde no período de junho de 2013 a janeiro de 2014 que atendiam aos critérios estabelecidos.

Desenvolvimento

Para investigação dos construtos do Modelo Transteórico frente à amamentação, utilizou-se os construtos propostos por Humphreys, Thompson & Miner (1998), baseado na teoria de Prochaska & Diclemente (1984). Tais construtos foram traduzidos e adaptados culturalmente baseados na metodologia de Beaton e colaboradores (2007) e Reichenheim e Moraes (2007). Também, realizou-se o Índice de Validade de Conteúdo proposto por Polit e Beck (2006) e sua reprodutibilidade por meio do teste-reteste. Para realização desta tradução foi solicitada autorização das autoras do estudo original.

Os construtos foram investigados por meio de entrevista, na qual se utilizou um questionário constituído por três sessões: a primeira avaliava os estágios de mudança de comportamento, a segunda, os processos de mudança utilizados pelas gestantes, e a última, os prós e contras, ou seja, o equilíbrio de decisão.

Os estágios de mudança de comportamento classificaram o planejamento de gestantes para amamentar de forma exclusiva seu filho e qual o período que ela desejava

fazê-lo exclusivamente. Nesta etapa, orientou-se a gestante a escolher uma dentre as cinco afirmações apresentadas. E, posteriormente, caracterizaram-se os estágios de mudança em: pré-contemplação, a gestante desejava oferecer a mamadeira ao lactente; em contemplação, a mesma pensava na amamentação exclusiva, mas não tinha certeza com relação a sua prática; em preparação, a gestante planejava amamentar exclusivamente, mas sem período de tempo definido; em ação, relatava o planejamento para amamentação exclusiva, por pelo menos um mês, mas sem atingir o sexto mês; e por fim, em manutenção, no qual a gestante planejava amamentar exclusivamente por seis meses.

A segunda sessão do questionário era composta pelos dez processos de mudança contendo duas afirmações cada. O grau de concordância para cada afirmação proposta foi avaliado segundo uma escala Likert com valores de 1 (discordância total) a 5 (concordância total). Se a gestante apontasse concordo ou concordo totalmente para uma das duas afirmações de cada processo de mudança de comportamento indicava o uso de tal processo.

O equilíbrio de decisão foi constituído por dez afirmações favoráveis a amamentação (prós) e dez desfavoráveis (contras). A gestante era orientada a apontar seu grau de concordância por meio da escala Likert de cinco pontos. Um escore inferior a dois, nos contras, indicou que a mulher não assume tal afirmação como uma barreira para amamentação.

As gestantes, também, foram caracterizadas quanto à idade, escolaridade e idade gestacional.

Análises dos Dados

Verificou-se a normalidade dos dados pelo teste Kolmogorov-Smirnov, realizou-se análise descritiva dos dados e o teste Mann-Whitney foi utilizado para investigar diferenças no uso dos processos de mudança e os prós e contras para cada estágio de mudança. Para realização da análise os estágios foram agrupados em duas categorias: “sem planejamento”, que integra os estágios pré-contemplação e contemplação, significando que as mulheres não pretendiam amamentar exclusivamente; e “com planejamento”, que integra os estágios preparação, ação e manutenção, significando que as mulheres pretendiam amamentar exclusivamente. O nível de significância adotado foi

de 5%. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Program for Social Science* (SPSS) versão 21.0.

Resultados

Foram avaliadas 304 gestantes, com idade média de 24,8 (6,6) anos e média de 9 (2,7) anos de escolaridade, variando de nenhum ano de estudo a 16 anos completos. Das gestantes entrevistadas 46,1% (n=132) estavam no segundo trimestre de gestação, sendo a média de idade gestacional de 19,8 (8,8) semanas.

A maioria das gestantes, 98,3%, foi classificada nos três últimos estágios de mudança de comportamento, ou seja, preparação; ação e manutenção, que indicavam o planejamento da mesma para amamentar seu filho de forma exclusiva. Dentre estas gestantes, 28,7% não definiram o tempo de aleitamento exclusivo ou pretendiam fazê-lo por menos de seis meses (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação das gestantes segundo Estágios de Mudança de Comportamento, Viçosa, MG, 2013-2014.

Estágios de Mudança de Comportamento	Gestantes	
	n	%
Pré-contemplação	2	0,7
Contemplação	3	1,0
Preparação	77	25,3
Ação	9	3,0
Manutenção	213	70,0
Total	304	100

Quanto à relação entre estágios de mudança de comportamento e os processos de mudança, os resultados para os grupos “sem planejamento” e “com planejamento” estão apresentados nas Tabelas 2 e 3, correspondendo, respectivamente, aos processos cognitivos e processos comportamentais.

Tabela 2: Uso dos Processos de Mudança Cognitivos pelos grupos “sem planejamento de amamentar exclusivamente” e “com planejamento de amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.

Processos Cognitivos de Mudança de Comportamento		Sem planejamento de amamentar exclusivamente ¹ (n=5)	Com planejamento de amamentar exclusivamente ² (n=299)
		Média (Desvio-padrão)	
Aumento da consciência	Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito	3,00(1,41)	4,09 (0,58)*
	Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito	3,40(1,34)	4,15 (0,56)
Liberação social	Dar de mamar no peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde).	3,40(1,34)	4,04 (0,74)
	Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia	4,00 (0,00)	3,80 (0,82)
Auto –reavaliação	Eu fico chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira	3,40 (1,34)	3,57 (0,99)
	Eu sentiria melhor comigo mesma se eu der de mamar no peito	3,00 (1,41)	4,19 (0,58)*
Reavaliação ambiental	Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente	3,20 (1,09)	3,23(0,97)
	Pessoas que dão de mamar no peito ajudam a melhorar o meio ambiente	4,00 (0,00)	3,67 (0,78)
Alívio dramático	Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.	3,20 (1,09)	3,74(0,83)
	Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam	3,80 (1,09)	3,80 (0,82)

Teste Mann-Whitney. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente). *p<0,05.

¹Pré-contemplação; Contemplação ²Preparação; Ação; Manutenção

Tabela 3: Uso dos Processos de Mudança Comportamentais pelos grupos “sem planejamento de amamentar exclusivamente” e “com planejamento de amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.

Processos Comportamentais de Mudança de Comportamento		Sem planejamento de amamentar exclusivamente ¹ (n=5)	Com planejamento de amamentar exclusivamente ² (n=299)
		Média (Desvio-padrão)	
Autoliberação	Eu penso comigo mesma que sou capaz de dar de mamar no peito se eu quiser.	3,80(1,09)	3,62 (1,06)
	Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar de mamar no peito ou não	3,20(1,09)	3,18 (1,05)
	Quando eu tenho vontade de dar a mamadeira, penso que o bebê vai ser mais saudável se eu der de mamar no peito	3,80 (1,09)	3,91 (0,93)
Contra condicionamento	Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito	3,20 (1,09)	3,76 (0,83)
Controle de estímulos	Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicação sobre dar de mamar no peito.	3,20 (1,09)	3,51(0,97)
	Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram da mamadeira.	1,80 (0,44)	2,70 (0,95)*
Administração de contingência	As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu der de mamar no peito	4,00 (0,00)	3,90 (0,71)
	Eu ficarei feliz comigo mesma se eu der de mamar no peito	3,60 (0,89)	4,20 (0,51)
Suporte Social	Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando de mamar no peito	3,20 (1,09)	4,00 (0,71)*
	Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu der de mamar no peito ou se eu der a mamadeira	3,60 (0,89)	3,72 (0,87)

Teste Mann-Whitney. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente). *p<0,05.

¹Pré-contemplação; Contemplação ²Preparação; Ação; Manutenção

A utilização dos processos de mudança de comportamento para os grupos “sem planejamento” e “com planejamento” foi evidenciado no escore médio igual ou superior a quatro. Desta forma, detectou-se que o grupo “com planejamento” utilizava os processos: aumento da consciência; liberação social; auto-reavaliação; administração de contingência e suporte social, representada pelo escore médio acima de quatro. Já o grupo “sem planejamento” utilizou três processos: liberação social, reavaliação ambiental e administração de contingência.

Verificou-se diferença significativa entre os grupos “com planejamento” e “sem planejamento” referente ao uso dos processos aumento de consciência, auto-reavaliação, controle de estímulos e suporte social.

Os resultados sobre o equilíbrio de decisão nos grupos “sem planejamento” e “com planejamento” são apresentados nas Tabelas 4 e 5, que correspondem, respectivamente, aos contras e prós.

Tabela 4: Contrás à amamentação nos grupos “sem planejamento de amamentar exclusivamente” e “com planejamento de amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.

Equilíbrio de Decisão Contrás	Sem planejamento de amamentar exclusivamente ¹ (n=5)	Com planejamento de amamentar exclusivamente ² (n=299)
	Média (desvio –padrão)	
Dar de mamar é “fora de moda” “cafona”	2,4 (1,5)	1,7 (1,5)
Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança.	3,6 (0,8)	3,9 (1,3)
Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação.	3,4(0,9)	3,7 (0,9)
Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito	3,4 (1,3)	2,1 (1,1)*
Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído	3,8 (1,1)	2,8 (0,9)
Eu acho o leite materno nojento	3,6 (0,9)	2,2 (0,9)*
Eu acho que dar de mamar no peito será doloroso	4,2 (0,4)	2,9 (1,0)*
Dar de mamar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar	2,2 (1,0)	2,2 (1,0)
Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito	4,2 (0,4)	3,9 (1,1)
Eu penso que meus seios são pequenos para ter suficiente para o meu bebê	3,6 (0,9)	2,3 (1,1)*

Teste Mann-Whitney. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente). *p<0,05.

¹Pré-contemplação; Contemplação ²Preparação; Ação; Manutenção

Tabela 5: Prós à amamentação nos grupos “sem planejamento de amamentar exclusivamente” e “com planejamento de amamentar exclusivamente”, Viçosa, MG, 2013-2014.

Equilíbrio de Decisão Prós	Sem planejamento de amamentar exclusivamente ¹ (n=5)	Com planejamento de amamentar exclusivamente ² (n=299)
	Média (desvio-padrão)	
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê	4,4 (0,5)	4,4 (0,5)
Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê	4,2 (0,4)	4,2 (0,5)
Dar de mamar no peito é bom para mim	3,0 (1,4)	3,8 (0,7)
Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal	3,6 (0,5)	3,2 (0,8)
Dar de mamar no peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho	3,8 (1,0)	4,3 (0,5)
Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias	3,8 (1,0)	4,3 (0,5)
Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente	3,4 (0,9)	3,5 (0,7)
Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso	3,2 (1,0)	3,8 (0,8)
Dar de mamar no peito é fácil	3,0 (1,4)	3,2 (0,9)
Leite materno é mais barato que outros leites	4,2 (0,4)	4,2 (0,6)

Teste Mann-Whitney. Média Escala Likert de 5 pontos (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente). *p<0,05.

¹Pré-contemplação; Contemplação ²Preparação; Ação; Manutenção

Observou-se que as gestantes “com planejamento” apresentaram cinco prós e nenhum contra a amamentação, segundo a análise do escore médio, e as gestantes “sem planejamento” apresentaram três prós e dois contras. Houve diferença significativa entre os grupos “sem planejamento” e “com planejamento” para quatro contras investigados.

Na Figura 1 está representada a curva construída conforme a evolução dos prós e contras em cada estágio de mudança de comportamento. Observou-se a ocorrência de mais prós à amamentação naquelas mulheres classificadas nos estágios de preparação, ação e manutenção, que constituem o grupo “com planejamento”, sendo que os dois últimos estágios apresentaram mais prós que o estágio de preparação. E quanto aos contras, observaram-se mais contras em pré-contemplação comparado à contemplação.

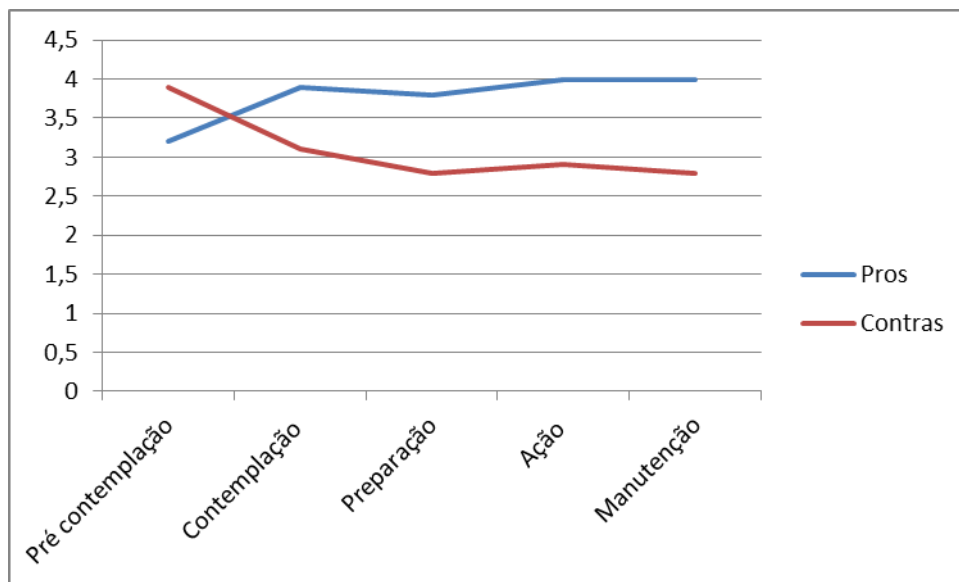


Figura 1: Curva dos prós e contras de acordo com os Estágios de Mudança de Comportamento para amamentação em gestantes, Viçosa, MG, Brasil.

Discussão

O estudo possibilitou relacionar estágios de mudança de comportamento com os processos de mudança e o equilíbrio de decisão utilizados pelas gestantes atendidas pelo sistema público de saúde.

A maioria (98,3%) das gestantes planejou realizar a amamentação exclusiva, diferindo somente no tempo que esta seria realizada. Alguns estudos apontam que avaliar o planejamento é um importante preditor para a iniciação da amamentação (TARRANT et al., 2010). Entretanto, ainda são poucas as informações de estudos investigando o planejamento de gestantes para amamentar exclusivamente seu filho, especialmente com a aplicação do Modelo Transteórico. Al-Akour e colaboradores (2010), utilizando o construto estágios de mudança de comportamento proposto por Humpherys, Thompson & Miner (1998), observaram o planejamento para amamentação em dois países asiáticos, encontrando percentuais de gestantes que pretendiam amamentar correspondendo a 77,2% na Síria e 76,2% na Jordânia. Um estudo realizado na Grécia com 1049 nutrízes verificou que 89,7% apresentaram o planejamento para amamentar (LADOMENOU; KAFATOS; GALANAKIS, 2007).

O emprego dos processos de mudança pelas gestantes diferiu conforme a categorização da gestante nos estágios de mudança de comportamento. Ao se considerar todos os dez processos, cognitivos e comportamentais, o grupo “sem planejamento” utilizou um menor número de processos comparativamente ao grupo “com planejamento”, compreendendo três processos para o primeiro grupo e cinco para o segundo. Esta observação condiz com o preconizado pelo Modelo Transteórico, em que indivíduos em estágios iniciais de mudança (pré-contemplação e contemplação) usem menos processos de mudança do que indivíduos nos estágios finais (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

A proporção dos processos de mudança utilizados pelos grupos com e sem planejamento para amamentar se assemelhou ao resultado encontrado pelas autoras Humpherys, Thompson & Miner (1998). No referido estudo, as autoras verificaram que os processos aumento de consciência, liberação social, administração de contingência e suporte social também foram utilizados pelas gestantes com planejamento para amamentar exclusivamente (KLOEBLEN; THOMPSON; MINER, 1999).

As gestantes que planejavam amamentar, categorizadas nos estágios de comportamento finais, quando comparadas àquelas que não planejavam, categorizadas

nos estágios de comportamento iniciais, apresentaram escores médios significativamente superiores para o uso dos processos aumento de consciência, auto-reavaliação, controle de estímulos e suporte social. Estes mesmos processos de mudança apresentaram-se significativamente diferentes entre os estágios de mudança, no comportamento da prática de exercícios em mulheres da Coreia (LEE; PARK; KIM, 2006). Estudos avaliando o comportamento do consumo de frutas e hortaliças, em adolescentes, verificaram correlação positiva entre os processos de mudança e estágios de mudança de comportamento (OLIVEIRA; DUARTE, 2006; MAO et al., 2012).

Quanto ao uso dos processos cognitivos e comportamentais, os resultados verificados no presente estudo corroboram com a teoria de Prochaska e Diclemente (1997). Para estes estudiosos em determinados comportamentos como o tabagismo, os processos cognitivos são mais utilizados nos estágios iniciais e os comportamentais nos finais. Esta associação também foi verificada para o consumo de legumes de japoneses do sexo masculino, em que as médias para os processos cognitivos foram maiores nos estágios de contemplação e preparação do que em pré-contemplação e os escores para processos comportamentais foram superiores nos estágios de ação e manutenção (KUSHIDA; MURAYAMA, 2012).

Segundo os autores do Modelo Transteórico, os indivíduos, nos estágios de mudança finais, devem apresentar maior número de prós em relação aos contras (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1986). Confirmado na meta-análise de estudos com comportamento alimentar na relação estágios e equilíbrio de decisão, em que o aumento médio dos prós foi superior a redução dos contras entre os estágios de pré-contemplação e ação (NOIA; PROCHASKA, 2010).

Os resultados encontrados com as gestantes do estudo seguiram a teoria descrita; aquelas “com planejamento” apresentaram cinco prós e nenhum contra à amamentação, segundo a análise do escore médio, e as gestantes “sem planejamento” apresentaram três prós e dois contras. Analisando o comportamento alimentar para baixo consumo de gorduras por meio de algoritmos diferentes, Plotnikoff e colaboradores (2009) também verificaram uma queda no escore médio de contras e aumento de prós conforme progredia o estágio de mudança. Resultado semelhante foi encontrado para a prática de exercícios físicos em estudantes iranianos (SHAFAKHAH, MOATTARI; SARVESTANI, 2013).

No estudo conduzido por Humpherys, Thompson & Miner (1998), observou-se a presença de cinco prós para as gestantes que pretendiam amamentar e três para as

gestantes que pretendiam utilizar a fórmula. Também em outros comportamentos como o estresse verificou-se, em universitários chineses, que o número de prós foi significativamente maior nos três últimos estágios de mudança de comportamento, e que os contras foram superiores no estágio de pré-contemplação (DENG et al., 2013).

Os dados indicam que, dentre as mulheres que planejavam amamentar exclusivamente, aquelas que se encontravam nos estágios de ação e manutenção apresentaram mais prós do que as de preparação, mostrando que à medida que se avança nos estágios de mudança de comportamento há uma maior concentração de motivos favoráveis à amamentação. No caso das mulheres sem planejamento para amamentar exclusivamente, a proporção de prós e contras se inverteu. Esses achados foram equivalentes ao estudo com satisfação corporal e atividade física na mudança de comportamento, uma vez que a média dos prós foi aumentando na evolução dos estágios de mudança, e a partir de preparação a média dos contras foi reduzindo (JOHNSON et al., 2013). Em estudos sobre comportamento alimentar, tem-se observado resultados semelhantes, os precontempladores tem menor número de prós em comparação aos demais estágios de mudança de comportamento (MAINVIL et al., 2010).

Para comportamentos saudáveis como a prática de atividade física, verifica-se um declínio importante dos contras principalmente a partir do estágio de preparação e o aumento dos prós em contemplação (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). No presente estudo, o gráfico expressou esta tendência, porém não se observou uma queda acentuada nos contras avaliados. Assim, pode-se notar que os contras estão presentes no cotidiano, por exemplo, a dor ao amamentar, a vergonha e o grande tempo que a amamentação demanda à mulher, mas os prós e a motivação para a alimentação do filho com seu próprio leite podem superar essas barreiras no planejamento de amamentar.

Conclusão

Concluiu-se que, quase a totalidade das gestantes do estudo planejavam amamentar seu filho de forma exclusiva e que, estas utilizam mais processos de mudança de comportamento e demonstram mais motivos favoráveis à realização deste ato, comparado às gestantes que não planejam amamentar exclusivamente.

Para o comportamento de amamentar, as gestantes nos estágios mais avançados utilizaram os processos aumento da consciência; liberação social; auto-reavaliação; administração de contingência e suporte social. O uso destes processos de mudança pode ser estimulado em grupo de gestantes com características semelhantes para a progressão nos estágios de mudança e consequente promoção do aleitamento materno.

Sugerem-se mais estudos sobre o comportamento frente à amamentação por meio do Modelo Transteórico, a fim de se ampliar o conhecimento sobre os processos de mudança utilizados nos diferentes estágios e sobre o comportamento dos contras à amamentação possibilitando realizar intervenções mais individualizadas para a promoção do aleitamento materno.

Referências Bibliográficas

AL-AKOUR, N.A., KHASSAWNEH, M.Y., KHADER, Y.S., ABABNEH, A. A., HADDAD, A.M. Factors affecting intention to breastfeed among Syrian and Jordanian mothers: a comparative cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, v.5, n.6, p.1-8, 2010.

ARAÚJO, R.M.A., ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, v.20, n.4, p.431-438, 2007.

BEATON, D., BOMBARDIER, C., GUILLEMIN, F., FERRAZ, M.B. Recommendations for the Cross- Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures, 2007.

DENG, K., TSUDA, A., HORIUCHI, S; MATSUDA, T. Evaluation of decisional balance in change of effective stress management behavior among Chinese University participants using item response theory. *Journal of Social Sciences*, v.1, n.6, p.12-17, 2013.

GREENE, G.W., ROSSI, S.R., ROSSI, J.S., VELICER, W.F. Dietary applications of the Stages of Change Model. *Journal of the American Dietetic Association*, v.99, n.6, p.673- 678, 1999.

HUMPHREYS, A.S., THOMPSON, N.J., MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, v.13, n.3, p.331-41, 1998.

JOHNSON, P., FALLON, E.A., HARRIS, B.S., BURTON, B. Body satisfaction is associated with Transtheoretical Model constructs for physical activity behavior change. *Body Image*, v.10, p.163-174, 2013.

KLOEBLEN, A.S., THOMPSON, N.J., MINER, K.R. Predicting Breast-Feeding Intention among Low-Income Pregnant women: A comparison of two Theoretical Models. *Health Education & Behavior*, v.26, p.674-88, 1999.

- KUSHIDA, O., MURAYAMA, N. Assessment of the validity and reliability of the processes of change scale based on the transtheoretical model of vegetable consumption behavior in Japanese male workers. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*, v.59, n.12, p. 861-70, 2012.
- LADOMENOU, F., KAFATOS, A., GALANAKIS, E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, v.96, n.10, p.1441-1444, 2007.
- LEE, Y.M., PARK, N.H., KIM, Y.H. Process of change, decisional balance, self-efficacy and depression across the stages of change for exercise among middle aged women in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*. v,36, n.4,p.587-595, 2006.
- MAINVIL, L.A., LAWSON, R., HORWATH, C.C., MCKENZIE, J.E., HART, I. Validated scales to assess adult decisional balance to eat more fruits and vegetables. *Appetite*, v.55, n.3, p.454-465, 2010.
- MAO, C., XU, L., XU, L., MA, H., LIU, T., QU, X., HU, H., YANG, Q. Assessment of fruit and vegetable intake behavior among adolescents in Hangzhou, China. *The Indian Journal of Pediatrics*, v.79, n.9, p.1218-1223, 2012.
- NOIA, J.D., PROCHASKA, J.O. Dietary stages of change and decisional balance: a meta-analytic review. *American Journal of Health Behavior*, v.34, n.5, p.618-632, 2010.
- OLIVEIRA, M. C. O., DUARTE, G. K. O modelo transteorético aplicado ao consumo de frutas e hortaliças em adolescentes. *Revista de Nutrição*, v.19, n.1, p. 57-64, 2006.
- PLOTNIKOFF, R.A., LIPPKE, S., JOHNSON, S.T., HOTZ, S.B., BIRKETT, N.J., ROSSI, S.R. Applying the stages of change to multiple low-fat dietary behavioral contexts. An examination of stage occupation and discontinuity. *Appetite*, v.53,p.345-353, 2009.
- POLIT, D.F., BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, v.29,n.5 p.489-497, 2006.
- PROCHASKA, J.O., VELICER, W.F. The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, v.12, n.1, p.38-48, 1997.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company*. 1984.
- PROCHASKA, J.O., DICLEMENTE, C.C., NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, v.47, p.1102-1114, 1992.
- RAMOS, C.V., ALMEIDA, J.A.G. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *Jornal de Pediatria*. v.9, n.5, p.385-390, 2003.
- ROCHA, N.B., GARBIN, A.J.I., GARBIN, C.A.S., MOIMAZ, S.A.S. Ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.20, n.4, p.1293-1305, 2010.

RODRIGUES, N.A., GOMES, A.C.G. Aleitamento Materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enfermagem Revista*, v.17, n.1, p.30-48, 2014.

SHAFAKHAH, M., MOATTARI, M., SARVESTANI, R.S. Assessing stages of exercise behavior change, self-efficacy and decisional balance in Iranian nursing and midwifery students. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, v.1,n.2, p.869-874, 2013.

TARRANT, R.C., YOUNGER, K.M., SHERIDAN-PEREIRA, M., WHITE, M.J., KEARNEY, J.M. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutrition*, v.13, n.6, p.760-770, 2010.

VELICER, W. F, PROCHASKA, J. O., FAVA, J. L., NORMAN, G. J.; REDDING, C. A. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, v.38, n.5-6, p.216-233, 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva, 2009.

7. ARTIGO ORIGINAL 3

Influência de variáveis maternas no planejamento da gestante para realização da amamentação exclusiva.

Resumo: O desejo de amamentar está relacionado com a motivação materna, que tem relação com suas experiências anteriores e sua história de vida, além do conhecimento adquirido sobre esta prática. Também o planejamento da gestante para amamentar exclusivamente pode ter interferentes socioeconômicos, demográficos e obstétricos. O objetivo do estudo foi investigar quais variáveis maternas influenciam no planejamento para a amamentação exclusiva. Foi realizado estudo transversal com 304 gestantes, e investigado o planejamento para amamentar por meio dos estágios de mudança de comportamento do Modelo Transteórico. Também, foram investigadas variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas. A relação entre o planejamento da gestante para amamentar exclusivamente e as variáveis foi investigada pelo qui-quadrado e o risco avaliado pela Odds Ratio. Ao se analisar a distribuição das gestantes nos estágios de preparação, ação e manutenção, observa-se que as mulheres com companheiro, maior escolaridade e maior renda tenderam a maior duração da amamentação exclusiva. Embora não significativo ter escolaridade acima de 12 anos e uma renda per capita acima de ½ salário podem influenciar no planejamento da amamentação exclusiva por seis meses. Os dados apontam que a presença de companheiro, possuir maior escolaridade e maior renda podem influenciar no planejamento da gestante para amamentar exclusivamente.

Palavras Chaves: Estágios de Mudança de Comportamento, variáveis maternas, planejamento da amamentação.

Influence of maternal variables in planning for pregnant realization of exclusive breastfeeding.

Abstract: O desire to breastfeed is related to maternal motivation, which is related to their previous experiences and his life story, beyond the knowledge gained on this practice. Also planning to breastfeed pregnant may have confounding socioeconomic, demographic and obstetric. The aim of the study was to investigate maternal variables which influence the planning of exclusive breastfeeding. Cross-sectional study of 304 pregnant women was evaluated planning to breastfeed through the stages of behavior change of the Transtheoretical Model and investigated variables maternal age, presence of partner, maternal education, per capita income, maternal employment, parity, planned pregnancy, if the woman was breastfed, previous experience with breastfeeding and gestational age. The relationship between the pregnant woman planning to breastfeed and variables was investigated by chi-square and the risk assessed by the odds ratio. When analyzing the distribution of pregnant women in the stages of preparation, action and maintenance is observed that women with a partner, more education and higher incomes tended to longer duration of exclusive breastfeeding. Although not significant, having educated over 12 years and per capita income above ½ salary may influence the planning of exclusive breastfeeding for six months. The data indicate that some variables may influence the planning of pregnant breast-feeding, as the presence of companion, more education and higher income.

Keywords: Stages of Behavior Change, maternal variables, planning of breastfeeding.

Introdução

A promoção da alimentação saudável durante o primeiro ano de vida tem sido considerada uma ação de impacto na saúde da criança. O benefício advindo disso repercute no crescimento e desenvolvimento, além da prevenção de doenças crônicas na vida adulta, como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares, extremamente prevalentes em nosso meio (SPINELLI et al., 2003; SARNI, 2007; WHO, 2007).

Embora os benefícios do aleitamento materno sejam reconhecidos, isso não implica na adoção desta prática pela mulher. A decisão da mulher pela amamentação sofre influencia de vários fatores como sociais, econômicos, culturais e psicológicos (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007; ANTUNES et al., 2008; ODOM et al., 2014).

O desejo de amamentar está relacionado com a motivação materna, que tem relação com suas experiências anteriores e sua história de vida, além do conhecimento adquirido sobre esta prática, incluindo a compreensão do significado do aleitamento materno exclusivo. Embora este sentimento esteja presente em muitas mulheres antes da gestação, é neste período que a questão da alimentação do filho passa a ser uma preocupação para ela, que inicia tomada de decisão com o planejamento para amamentar ou não seu filho (DONATH et al., 2003, TAKUSHI et al., 2008).

Ainda que as mulheres decidam pela amamentação, isso não quer dizer que todas seguirão o mesmo padrão de aleitamento materno. Estudos tem mostrado uma tendência das mulheres para o oferecimento precoce de outros alimentos para a criança (TAKUSHI et al., 2006; MACHADO et al., 2014). Ademais, a duração do aleitamento materno exclusivo tem sido associada a variáveis sociais, econômicas, demográficas e obstétricas. A escolaridade materna é uma variável em que há um consenso na literatura da sua influência na duração do aleitamento materno, sendo que uma maior escolaridade materna se associa a um maior tempo de aleitamento materno exclusivo. Um dos motivos para esta relação seria o maior conhecimento da mãe sobre os benefícios do leite materno. Outras condições maternas como a presença do companheiro, não trabalhar fora de casa, maior renda, maior idade, também podem ser fatores positivos para uma maior duração do aleitamento materno (BRASIL, 2002; ANDRADE et al., 2009; SALUSTIANO et al., 2012).

Além dos estudos que verificaram a relação de variáveis maternas com a ocorrência e a duração do aleitamento materno exclusivo, outros tem buscado descrever essa influência no planejamento da gestante para amamentação exclusiva. Dentre as

variáveis maternas, a escolaridade e a presença do companheiro tem sido reconhecidas como fatores positivos para o planejamento (CHEZEM, 2012; MUEFFELMANN et al., 2014).

Para o comportamento relacionado ao planejamento para amamentar exclusivamente torna-se importante conhecer não só a pretensão de amamentar da gestante, mas também o tipo e a intensidade do aleitamento materno pretendido. Neste sentido, os estágios de mudança de comportamento do Modelo Transteórico podem auxiliar nesta avaliação, uma vez que possibilitam identificar se a gestante planeja amamentar exclusivamente e por quanto tempo (HUMPHREYS; THOMPSON; MINER, 1998).

Sabendo-se da importância de se identificar o planejamento da gestante para a realização da amamentação exclusiva e de seus fatores influentes, o objetivo do estudo foi investigar quais variáveis maternas influenciam no planejamento para amamentação exclusiva.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal nos meses de junho de 2013 a janeiro de 2014, no município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. As gestantes que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais (parecer nº 412.814/2013).

A amostra do estudo foi calculada com base nos números de partos realizados no período de um ano pelo sistema público de saúde do município de Viçosa, MG, e considerou-se nível de confiança de 95%, prevalência do desfecho de 50%, erro amostral de 5%, perdas de 20% e fator de confusão de 10%, totalizando 304 gestantes. A amostragem utilizada foi por conveniência.

As entrevistas foram realizadas no pré-natal nas unidades de atenção primária à saúde e na Policlínica do município. As gestantes foram abordadas na sala de espera no dia da consulta médica e informadas sobre o objetivo do estudo. Foram excluídas da amostra gestantes com teste HIV positivo, por ser uma condição impeditiva para amamentação (WHO, 2009) e gestantes classificadas como alto risco.

Para a realização das entrevistas, utilizou-se um questionário contendo informações sobre variáveis socioeconômicas e demográficas (idade materna, idade

materna na primeira gestação, renda *per capita*, situação conjugal, escolaridade materna, trabalho materno), paridade, se a gestação foi planejada, experiência pregressa com amamentação, se a gestante foi amamentada, e sobre o planejamento da gestante para a amamentação exclusiva.

Para verificação do planejamento da gestante foi utilizado o construto estágios de mudança de comportamento do Modelo Transteórico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984) desenvolvido por Humphreys, Thompson e Miner (1998) para amamentação. Tal construto foi traduzido e adaptado culturalmente.

Este construto é composto por cinco itens sobre o planejamento da gestante para amamentar exclusivamente, em que a mesma é orientada a escolher qual afirmação representa seu desejo. A partir da resposta dada, a gestante era estadeada em: pré-contemplação, a gestante desejava oferecer a mamadeira ao filho, pois não desejava amamentar exclusivamente; em contemplação, quando pensava na amamentação exclusiva, mas não tinha certeza com relação a sua prática; em preparação, a gestante planejava amamentar exclusivamente, mas sem período de tempo definido; em ação, relatava o planejamento para amamentação exclusiva, por pelo menos um mês, mas sem atingir o sexto mês; e por fim, em manutenção, no qual gestante planejava amamentar exclusivamente por seis meses.

Nos testes estatísticos foi verificada a normalidade dos dados pelo teste Kolmogorov-Smirnov, seguido da análise descritiva dos dados. O teste qui-quadrado e a Odds Ratio (OR) verificou a associação entre as gestantes que planejavam amamentar exclusivamente por seis meses, estadeadas em manutenção e as gestantes que planejavam amamentar exclusivamente sem indicarem a duração, estadeadas em preparação e ação. As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Program for Social Science* (SPSS) versão 21.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

A distribuição das variáveis socioeconômicas e demográficas segundo os cinco estágios de mudança de comportamento é apresentada na Tabela 1. Na Tabela 2 a distribuição das variáveis obstétricas de acordo com os estágios de mudança de comportamento.

A maioria (95,3%) das gestantes classificou-se nos estágios de preparação e manutenção, que indicam respectivamente, o planejamento para amamentar exclusivamente sem definição da duração, e o planejamento para amamentar exclusivamente por seis meses.

Para todas as variáveis, houve uma maior concentração no estágio de manutenção, exceto para escolaridade de 0 a 4 anos que se concentrou em preparação (Tabela 1).

Ao se analisar a distribuição das gestantes nos estágios de preparação, ação e manutenção (Tabela 1), observa-se que as mulheres com companheiro apresentaram tendência à maior duração da amamentação exclusiva em relação àquelas sem companheiro. O mesmo ocorreu com a escolaridade, a maioria (71,4%) das gestantes com menos de quatro anos de escolaridade, pretendiam amamentar exclusivamente, mas não definiram a duração almejada, enquanto que todas as gestantes com doze anos ou mais pretendiam atingir os seis meses. As gestantes que não planejavam amamentar exclusivamente (pré-contemplação e contemplação), 80% (n=4) pertenciam ao extrato de renda per capita menor que $\frac{1}{2}$ salário mínimo por mês e 60% não trabalhavam.

Para todas as variáveis obstétricas houve maior concentração de gestantes no estágio de manutenção. Dentre as gestantes que não planejavam amamentar exclusivamente, 80% eram primíparas (Tabela 2).

Como a maioria das gestantes planejava amamentar de forma exclusiva, foi realizada análise da relação das variáveis maternas com o planejamento para a duração da amamentação exclusiva, considerando, portanto, as gestantes estadeadas em preparação, ação e manutenção (Tabelas 3 e 4).

Pode-se verificar que, embora não significativo ter escolaridade acima de 12 anos e uma renda per capita acima de $\frac{1}{2}$ salário podem influenciar no planejamento para amamentação exclusiva por seis meses (Tabela 3).

Um dado interessante, embora não significativo, não ter sido amamentada quando criança pode ser um fator de proteção para planejar amamentar exclusivamente o filho (Tabela 4).

Tabela 1: Distribuição de variáveis sócio demográficas e econômicas segundo os estágios de mudança de comportamento de gestantes, Viçosa, MG, 2013-2014.

			Pré-contemplação (n=2)		Contemplação (n=3)		Preparação (n=77)		Ação (n=9)		Manutenção (n=213)	
		N	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade (anos)	<20	87	1	1,2	1	1,2	23	26,4	1	1,2	61	70,0
	≥20	217	1	0,5	2	1,0	54	24,8	8	3,6	152	70,1
Situação Conjugal	Sem companheiro	119	1	0,9	-	-	55	46,2	2	1,7	61	51,2
	Com companheiro	185	1	0,5	3	1,5	22	11,8	7	3,7	152	82,5
Escolaridade (anos)	0-4	42	-	-	1	2,5	30	71,4	-	-	11	26,1
	5-8	94	1	1,1	1	1,1	32	34,1	6	6,3	54	57,4
	9-11	155	1	0,7	1	0,7	15	9,6	3	1,9	135	87,1
	≥12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	13	100
Renda per capita (SM)	0 – ½	115	2	1,7	2	1,7	30	26,3	4	3,4	77	66,9
	½ - 1	134	-	-	1	0,7	32	24,0	4	3,0	97	72,3
	>1	55	-	-	-	-	15	27,2	1	1,9	39	70,9
Trabalho Materno	Sim	207	-	-	2	1,1	54	26,0	5	2,4	146	70,5
	Não	97	2	2,0	1	1,0	23	23,7	4	4,0	67	69,3

SM – salário mínimo; SM= 678,00.

Tabela 2: Distribuição de variáveis obstétricas maternas segundo os estágios de mudança de comportamento de gestantes, Viçosa, MG, 2013-2014.

			Pré-contemplação (n=2)		Contemplação (n=3)		Preparação (n=77)		Ação (n=9)		Manutenção (n=213)	
		n	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Paridade	Primípara	159	2	1,2	2	1,2	38	23,9	1	0,6	116	73,1
	Múltipara	145	-	-	1	0,9	39	26,8	8	5,5	97	66,8
Idade primeira gestação	≥20	151	1	0,7	1	0,7	41	27,1	2	1,4	106	70,1
	<20	153	1	0,7	2	1,4	36	23,5	7	4,5	107	69,9
Gestante foi amamentada	Sim	248	1	0,5	3	1,2	67	27,0	6	2,4	171	68,9
	Não	37	1	2,7	-	-	6	16,3	1	2,7	29	78,3
	Não sabe	19	-	-	-	-	4	21,0	2	10,6	13	68,4
Experiência anterior com amamentação	Sim	144	-	-	1	0,9	38	26,5	8	5,5	97	67,1
	Não	160	2	1,2	2	1,2	39	24,3	1	0,6	116	72,7
Gestação planejada	Sim	150	1	0,7	1	0,7	38	25,3	5	3,3	105	70,0
	Não	154	1	0,7	2	1,4	39	25,3	4	2,5	108	70,1
IG	1º trimestre	91	-	-	-	-	20	21,9	3	3,4	68	74,7
	2º trimestre	136	1	0,9	3	2,2	35	25,7	5	3,6	92	67,6
	3º trimestre	77	1	1,3	-	-	22	28,5	1	1,3	53	68,9

IG- idade gestacional

Tabela 3: Relação entre variáveis socioeconômicas e demográficas e o planejamento de gestantes para amamentar exclusivamente, Viçosa, MG, 2013-2014.

		Planejamento para amamentação exclusiva por menos de seis meses n= 86			Planejamento para amamentação exclusiva por seis meses n=213			OR	IC (95%)	p
		N	n	%	N	%				
Idade (anos)	≥20	214	62	29,0	152	71,0	1			
	<20	85	24	28,3	61	71,7	0,96 (0,55 – 1,68)	0,899		
Situação Conjugal	Com companheiro	215	63	29,4	152	70,6	1			
	Sem companheiro	84	23	27,4	61	72,6	0,90 (0,51 – 1,59)	0,742		
Escolaridade Materna (anos)	0-4	13	2	15,4	11	84,6	1			
	5-8	90	36	40,0	54	60,0	3,66 (0,76 – 17,52)	0,104		
	9-11	181	46	25,5	135	74,5	1,87 (0,40 – 8,77)	0,425		
	≥12	15	2	13,4	13	86,6	0,84 (0,10 – 7,03)	0,877		
Renda per capita (SM)	0 – ½	109	34	31,2	75	68,8	1			
	½ - 1	135	36	26,7	99	73,3	0,80 (0,45 – 1,39)	0,437		
	>1	55	16	29,0	39	71,0	0,90 (0,44 – 1,83)	0,783		
Trabalho Materno	Não	94	27	28,8	67	71,2	1			
	Sim	205	59	28,8	146	71,2	1,00 (0,58 – 1,71)	0,992		

SM – salário mínimo; SM= 678,00.

Tabela 4: Relação entre variáveis obstétricas maternas e o planejamento de gestantes para amamentar exclusivamente, Viçosa, MG, 2013-2014.

		Planejamento para amamentação exclusiva por menos de seis meses n= 86			Planejamento para amamentação exclusiva por seis meses n=213		OR	IC (95%)	p
		n	N	%	n	%			
Paridade	Primípara	155	39	25,2	116	74,8	1		
	Múltipara	144	47	32,7	97	67,3	1,44 (0,87 – 2,38)	0,154	
Idade primeira gestação	≥20	150	44	29,4	106	70,6	1		
	<20	149	42	28,2	107	71,8	0,94 (0,57 – 1,56)	0,827	
Gestante foi amamentada	Sim	244	73	30,0	171	70,0	1		
	Não	36	7	19,5	29	80,5	0,56 (0,23 – 1,34)	0,199	
	Não sabe	19	6	31,6	13	68,4	1,08 (0,39 – 1,95)	0,879	
Experiência anterior com amamentação	Sim	142	46	32,4	96	67,6	1		
	Não	157	40	25,5	117	74,5	0,71 (0,43 – 1,17)	0,188	
Gestação planejada	Sim	148	43	29,1	105	70,9	1		
	Não	151	43	28,5	108	71,5	0,97 (0,58 – 1,60)	0,912	
IG	1º trimestre	91	23	25,3	68	74,7	1		
	2º trimestre	132	40	30,4	92	69,6	1,28 (0,70 – 2,34)	0,413	
	3º trimestre	76	23	30,3	53	69,7	1,28 (0,64 – 2,53)	0,473	

IG -idade gestacional

Discussão

O planejamento de gestantes para a amamentação exclusiva foi verificado por meio dos estágios de mudança de comportamento do Modelo Transteórico (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1984), e pretendeu-se investigar sua associação com variáveis socioeconômicas, obstétricas e demográficas.

A realização de estudos sobre a relação entre as variáveis maternas e o planejamento da gestante para a amamentação contribuem para preencher a lacuna existente na literatura científica. As mulheres durante a gestação pretendem amamentar após o parto e de forma exclusiva, conforme mostra estudo realizado em quatro maternidades de Belo Horizonte, MG, com mães no pós-parto imediato. Estas mulheres, quando questionadas se desejaram amamentar ao longo da gestação, 95,6% delas responderam positivamente (OLIVEIRA; RODRIGUES; LAMOUNIER, 2006).

Alguns estudos mostram que avaliar a intenção da gestante de amamentar pode ser indicador das prevalências de aleitamento materno. Oribe e colaboradores (2014), em sua coorte com gestantes do terceiro trimestre até os 14 meses pós-parto, verificaram que o fato da mãe não ter decidido o tipo de alimentação do filho na gestação foi uma variável associada ao maior risco do abandono precoce do aleitamento materno exclusivo, e associou com menor renda e primiparidade. Neste estudo, a maioria das gestantes que não tinha certeza quanto à amamentação exclusiva possuía menor renda e eram primíparas. Em contrapartida, as gestantes que planejavam amamentar exclusivamente por seis meses apresentaram, em sua maioria, uma renda superior, acompanhado de mais anos de estudo. Estudos nacionais verificaram que existe relação direta entre a duração da amamentação exclusiva e os anos de escolaridade da mãe (BRASIL, 2002). No estudo de Machado e colaboradores (2014), observou-se que nutrízes com mais de 11 anos de escolaridade tinham o planejamento médio de 6,7 meses para amamentação exclusiva comparativamente às mães com 1 a 4 anos de escolaridade que pretendiam 5,3 meses. Já em um estudo sobre o planejamento para amamentar descritos por gestantes, a maior escolaridade materna se associou com maior tempo de aleitamento materno exclusivo (CHEZEM, 2012).

A situação conjugal pode ser um fator favorável para planejamento para amamentação exclusiva por seis meses, uma vez que 71,3% das gestantes deste estudo que tiveram este planejamento relataram ter a presença do companheiro em casa. Na avaliação do planejamento para amamentar de 4690 mulheres norte-americanas,

verificou-se que as chances de planejar amamentar exclusivamente nas primeiras semanas pós-parto foram maiores dentre as mulheres que tinham apoio do pai do bebê ou da avó materna neste ato (MUEFFELMANN et al., 2014). O suporte social é uma ferramenta chave para o sucesso do aleitamento materno, quer seja exclusivo ou complementado. A mulher necessita do apoio das pessoas ao seu redor, este pode ser um determinante desde o planejamento da mulher para amamentar.

No presente estudo, a maioria das gestantes que não planejava amamentar, relatou não trabalhar fora de casa, mostrando que o trabalho materno não foi determinante para o planejamento. No estudo de Idris e colaboradores (2013) com gestantes do sudeste asiático, não houve significância entre trabalhar fora de casa e planos para amamentar o filho, porém a duração da licença maternidade menor de seis meses e carga horária de trabalho superior a 8 horas diárias influenciaram a gestante a planejar a amamentação exclusiva por seis meses.

Embora estudos comprovem que a duração do aleitamento materno é influenciada por fatores como ter experiência anterior com amamentação e ser adolescente (FROTA et al., 2004, CRUZ et al., 2010; KAUFMANN et al., 2012), parece que se tratando de planejamento para amamentação exclusiva não há influencia dessas variáveis, conforme verificado no presente estudo.

Um dado interessante deste estudo, embora não significativo, o fato da gestante não ter sido amamentada quando criança foi um fator de proteção para o planejamento para a amamentação exclusiva do filho. Uma possível explicação seria a gestante querer oferecer ao filho os benefícios da amamentação, uma vez que ela foi privada de tais benefícios.

Conclusão

De acordo com os resultados, não houve influência significativa na relação das variáveis maternas com o planejamento da gestante para amamentar exclusivamente. Entretanto, as gestantes que tinham maior escolaridade, presença do companheiro e maior renda foram mais frequentes nos estágios de mudança de comportamento finais, podendo ser fatores que interferem neste planejamento.

Referências Bibliográficas

- ANDRADE, M.P.; OLIVEIRA, M.I.V.; FILHO, G.O.B.; BEZERRA, M.G.A.; ALMEIDA, L.S.; VERAS, M.A.C. Desmame precoce: vivencia entre mães atendidas em Unidade Básica de Saúde em Fortaleza-Ceará. *Rev. Rene*, v. 10, n. 1, p. 104-113, jan./mar.2009.
- ANTUNES, L.S.; ANTUNES, L.A.A.; CORVINO, M.P.F.; MAIA, L.C. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 1, P.103-109, 2008 .
- ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. *Revista de Nutrição*, v.20, n.4, p.431-438, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS), Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: MS; 2002.
- CHEZEM, J.C. Breastfeeding Attitudes Among Couples Planning Exclusive Breastfeeding or Mixed Feeding. *Breastfeeding Medicine*, v.7, n.3, p.155-162, 2012.
- CRUZ, MCC; ALMEIDA, JAG; ENGSTROM, EM. Práticas alimentares no primeiro ano de vida de filhos de adolescentes. *Rev. Nutr., Campinas*, v.23; n.2; p.201-210, mar./abr., 2010
- DONAT, S.M.; AMIR, L.H.; ALSPAC Study Team. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.* v.92, p. 352-6, 2003.
- FROTA, DAL; MARCOPITO, LF. Amamentação entre mães adolescentes e não-adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saúde Pública*, v.38; n.1; p.85-92, 2004.
- HUMPHREYS, A.S.; THOMPSON, N.J.; MINER, K.R. Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of Reasoned Action. *Health Education Research*, v. 13, n.3, p.331-41, 1998.
- IDRIS, N. S.; SASTROASMORO, S.; HIDAYATI, F.; SAPRIANI, I.; SURADI, R.; GROBBEE, D.E.; UITERWAAL, D.E. Exclusive Breastfeeding Plan of Pregnant Southeast Asian Women: What Encourages Them? *Breastfeeding Medicine*, v. 8, n. 3,p. 317-320, 2013
- MACHADO, A.K.F.; ELERT, V.W.; PRETTO, A.D.B.; PASTORE, C.A. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. V.19, n.7,p. 1983-89, 2014.
- MUEFFELMANN, R.E.; RACINE, E.F.; WARREN-FINDLOW, J.; COFFMAN, M.J. Perceived Infant Feeding Preferences of Significant Family Members and Mother's Intention to Exclusively Breastfeed. *J Hum Lact*, v.13, 2014.
- ODOM, E.C.; LI, R.; SCANLON, K.S.; PERRINE, C.G.; GRUMMER-STRAWN, L. Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's

breastfeeding decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. v.114, n.8, p. 1203-7, 2014.

OLIVEIRA, B.C.; RODRIGUES, D.A.; LAMOUNIER, J.A. Intenção de amamentar e a prática de amamentação em maternidades de Belo Horizonte. *Revista Med Minas Gerais*, v.15, n.4, p. 225-8, 2006.

ORIBEA, M.; LERTXUNDIA, A.; BASTERRECHEA, M.; BEGIRISTAINA, H.; MARINA, L.S.; VILLARA, M.; DORRONSOROA, M.; AMIANO, P.; IBARLUZEA, J. Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria*, In press, 2014.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. *Melbourne, Florida: Krieger Publishing Company*, 1984.

SALUSTIANO, L.P.Q.; DINIZ, A.L.D.; ABDALLAH, V.O.S.; PINTO, R.M.C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 34, n. 1, 2012.

SARNI, R.O.S. Alimentação no primeiro ano de vida. *Pediatr. Moder.* v. 43, n. 3, p.121-29, 2007.

SPINELLI, M. G. N.; GOULART, R. M. M.; SANTOS, A. L. P.; GUMIERO, L. C.; FARHUD, C. C.; FREITAS, E.B.; DANTAS, L. F. Consumo alimentar de crianças de 6 a 18 meses em creches. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 16, n. 4, p. 409-414, out./dez., 2003.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; BRESOLIN, A.M.B. Perspectiva de alimentação infantil obtida com gestantes atendidas em centros de saúde na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, v.6, n.1, p. 115-125, 2006.

TAKUSHI, S.A.M.; TANAKA, A.C.A.; GALLO, P.R.; MACHADO, M.A.M.P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.21, n.5, p.491-502, 2008.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva, 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Child and adolescents health and development. Evidence on the long-term effects breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Geneva, 2007.

KAUFMANN, CC; SILVEIRA, RB; SILVA, MB; MASCARENHAS, MLW. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Rev Paul Pediatr.* v.30, n.2; p;157-165, 2012

8. CONCLUSÕES GERAIS

Na aplicação do Modelo Transteórico com o grupo estudado, foi possível construir um instrumento que, após a tradução e adaptação transcultural dos construtos estágios de mudança de comportamento, processos de mudança de comportamento e equilíbrio de decisão para o português brasileiro mostrou-se com validade de conteúdo, consistência interna e reprodutibilidade aceitáveis. Recomenda-se, entretanto, mais estudos que validem e apliquem o Modelo Transteórico para a amamentação com a finalidade de concretizar um instrumento brasileiro.

De maneira geral, as gestantes planejam amamentar seus filhos de forma exclusiva, por seis meses. A relação entre os estágios de mudança e os processos de mudança demonstrou que as gestantes nos estágios finais (preparação, ação e manutenção) utilizaram mais processos de mudança. Avaliando o equilíbrio de decisão, constatou-se que estes estágios finais apresentaram um maior número de prós e houve um decréscimo dos contras com o avançar dos estágios.

Não houve influência significativa das variáveis socioeconômicas, demográficas e obstétricas no planejamento de gestantes para amamentação exclusiva, porém a escolaridade, renda e presença do companheiro pareceram influenciar no planejamento da gestante para amamentar.

9. APÊNDICES

9.1. *Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*



Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde



Aline Elizabeth Silva – nutricionista e mestranda da Universidade Federal de Viçosa (31) 8885 8035
Cássia Olívia M. Campos – nutricionista e mestranda da Universidade Federal de Viçosa (31)8521 0294
Raquel Maria Amaral Araújo – orientadora e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa
Maria do Carmo Fontes de Oliveira – co-orientadora e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RESUMIDO

Estou ciente de que:

A pesquisa intitulada: “Modelo Transteórico na Mudança de Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua promoção nos serviços de saúde” utilizará como instrumento o Modelo Transteórico, que preconiza que a mudança de comportamento é um processo e que as pessoas tem diversos níveis de motivação para a mudança de comportamento.

Os procedimentos que serão adotados na pesquisa constam de: aplicação de questionário socioeconômico, questionário sobre a intenção de amamentar, avaliação antropométrica (peso e altura) e acompanhamento durante a gestação e nos primeiros seis meses pós-parto.

Tenho pleno conhecimento de que todas as medidas não provocarão quaisquer riscos ou desconforto à minha pessoa. Tendo assegurado a garantia de sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Minha participação é voluntária, sendo assim, não receberei nenhuma forma de indenização ou remuneração. Tenho, ainda, a liberdade de me recusar a participar ou retirar-me em qualquer fase da pesquisa, sem penalização ou constrangimento.

A minha participação na pesquisa favorecerá o aprimoramento da promoção e apoio à amamentação nos serviços de saúde. E através das atividades educativas obterei informações e conhecimento sobre os cuidados com minha saúde nutricional e de meu filho, incluindo a alimentação adequada nos primeiros seis meses de vida.

Concordo que todos os dados obtidos e os resultados e quaisquer outras informações referentes ao planejamento e execução da pesquisa constituam propriedades exclusivas da UFV, à qual dou pleno direito de retenção, uso na elaboração da pesquisa e de divulgação em eventos científicos e acadêmicos, respeitando os respectivos códigos de ética, resguardados na Resolução CNS nº 466/12.

Se houver descumprimento de qualquer norma ética poderei recorrer ao Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da UFV, pelo endereço Campus UFV, Prédio Arthur Bernardes, Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação (PPG), sala 4 ou pelo telefone: (31) 3899-2492.

De posse de todas as informações necessárias, concordo em participar da pesquisa.

Viçosa, _____ de 2013.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora responsável: _____

Diante dos esclarecimentos prestados, autorizo minha
filha _____,
nascida em/...../....., a participar do estudo “Modelo Transteórico na
Mudança de Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua
promoção nos serviços de saúde” na qualidade de voluntária.

Assinatura dos responsáveis:

Pesquisadora responsável: _____

9.2. Apêndice 2: Questionário estruturado para coleta de dados

Universidade Federal de Viçosa
Departamento de Nutrição e Saúde

Dados de identificação:

Nome: _____

Endereço: _____

Pretende mudar de endereço: () sim () não

Telefone: _____ Operadora: _____

Data de nascimento: _____

Naturalidade: _____

Dados socioeconômicos:

Escolaridade materna: _____

Situação conjugal: () solteira () casada () amigada () separada () viúva

Profissão: _____

Renda familiar: _____

Total de moradores no domicílio: _____

Chefe da Família: _____ Grau de instrução: _____

Posse de itens

Item	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
TV					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de Lavar					
Videocassete e ou/ DVD					
Geladeira					
Freezer					

Classificação ABEP: _____

Tipo de água: () pública () poço artesiano () nascente () outros

Tipo de esgoto: () público () fossa () céu aberto () outros

Água para beber: () filtrada () mineral () fervida () sem tratamento

Dados de Saúde:

Patologias pregressas: () HA () DM () Doença Cardiovascular () _____

Patologias atuais: _____

DUM: _____ Idade da Menarca: _____

Número de gestações: _____ Número de filhos: _____

Idade da primeira gestação: _____

Você amamentou ao seio: () sim () não () não sabe Por quanto tempo: _____

Dados das gestações anteriores (Use 1 sexo masculino e 2 para sexo feminino)

Filhos	Intercorrências na gestação	Peso ao nascer	Tempo AME	Tempo AMT	Idade da Introdução da AC

Gestação Atual:

Medicamentos utilizados: _____

Gestação desejada: () Sim () Não

Idade Gestacional: _____ DPP: _____

Sinais e sintomas na gestação:

Vômitos () Náuseas () Azia () Outras: _____

Fumo: () Sim Número de cigarros/dia: _____ () Não

Álcool: () Sim Tipo: _____ Frequência: _____ () Não

Dados Antropométricos:

PPG: _____ Altura: _____

Ganho de peso até o primeiro encontro: _____

Data da consulta	IG	Peso (kg)	IMC (kg/m²)

9.3. Apêndice 3: Questionário do Modelo Transteórico

Modelo Transteórico

Marque a alternativa que melhor reflete seus desejos com relação à amamentação do seu filho:
<input type="checkbox"/> Eu vou oferecer a mamadeira ao meu filho, pois não quero dar de mamar no peito exclusivamente. <input type="checkbox"/> Eu penso em dar de mamar no peito exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto. <input type="checkbox"/> Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente, mas não sei por quanto tempo. <input type="checkbox"/> Eu desejo tentar dar de mamar no peito exclusivamente por pelo menos um mês, mas não acredito que vai durar 6 meses. <input type="checkbox"/> Eu desejo dar de mamar no peito exclusivamente ao meu filho até os seis meses.

Marque a descrição que melhor represente seu sentimento com relação as afirmações:

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Aumento da consciência	Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito					
	Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito					
Autolibertação	Eu penso comigo mesma que sou capaz de dar de mamar no peito se eu quiser.					
	Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar de mamar no peito ou não					
Libertação social	Dar de mamar no peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde).					

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
	Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia					
Auto -reavaliação	Eu fico chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira					
	Eu sentiria melhor comigo mesma se eu der de mamar no peito					
Reavaliação ambiental	Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente					
	Pessoas que dão de mamar no peito ajudam a melhorar o meio ambiente					
Contra condicionamento	Quando eu tenho vontade de dar a mamadeira, penso que o bebê vai ser mais saudável se eu der de mamar no peito					
	Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito					
Controle de estímulos	Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicação sobre dar de mamar no peito.					
	Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira					

		Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Administração de contingência	As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu der de mamar no peito					
	Eu ficarei feliz comigo mesma se eu der de mamar no peito					
Alívio dramático	Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.					
	Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam					
Suporte Social	Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando de mamar no peito					
	Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu der de mamar no peito ou se eu der a mamadeira					

Marque a descrição que melhor represente seu sentimento com relação as afirmações:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Dar de mamar no peito é “fora de moda” “cafona”					
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê					
Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à disposição da criança.					

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação					
Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê					
Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito					
Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído					
Dar de mamar no peito é bom para mim					
Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal					
Eu acho que leite materno é nojento					
Dar de mamar no peito pode me ajudar a sentir mais perto do meu filho					
Eu acho que dar de mamar no peito será doloroso					
Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias					
Dar de mamar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar					
Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente					
Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso					
Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar o peito					
Dar de mamar no peito é fácil					
Leite materno é mais barato que outros leites					
Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê					

9.4. Apêndice 4: Questionário para apreciação do comitê de especialistas

Prezado profissional _____,

Estamos desenvolvendo nossa pesquisa com o Modelo Transteórico aplicado ao aleitamento materno. O Modelo Transteórico foi desenvolvido por Prochaska e Diclemente (1984) com objetivo de avaliar o comportamento das pessoas em situação de risco.

O objetivo do nosso trabalho é aplicar este modelo ao comportamento de amamentar e de acordo com nossa metodologia precisamos validar o conteúdo dos nossos construtos.

Para esta validação precisamos do parecer de especialistas da área de obstetrícia, pediatria, psicologia e educação.

As afirmações do questionário foram adaptadas do trabalho das autoras Amy S. Humphreys, Nancy J. Thompson e Kathleen R. Miner (1998), estas foram traduzidas para a língua portuguesa e realizada a adaptação transcultural por meio de um grupo de discussão de gestantes atendidas nas Unidades Públicas de Saúde de Viçosa, MG.

Pedimos a gentileza de analisar as afirmações quanto à clareza dos itens, ou seja, se estão compreensíveis.

Agradecemos a atenção e estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Cássia Olívia Machado Campos - Mestranda PPGCN
Aline Elizabeth da Silva – Mestranda PPGCN
Raquel Maria Amaral Araújo - Orientadora

Modelo Transteórico

	Não claro	Pouco claro	Bastante claro	Muito claro
Eu vou oferecer mamadeira para meu filho, pois não amamentar exclusivamente.				
Eu penso em amamentar exclusivamente, mas não tenho certeza se quero fazer isto.				
Eu planejo amamentar exclusivamente, mas não sei por quanto tempo.				
Eu planejo amamentar exclusivamente, por pelo menos 1 mês, mas não acredito que vá durar 6 meses.				
Eu planejo amamentar meu filho exclusivamente, por pelo menos, 6 meses.				

	Não claro	Pouco claro	Bastante claro	Muito claro
Eu presto atenção nas informações que recebo sobre amamentação.				
Eu me lembro que as pessoas me dizem sobre os benefícios da amamentação.				
Eu penso comigo mesma que eu posso escolher amamentar ou não.				
Eu penso comigo mesma que sou capaz de amamentar se eu quiser.				
Amamentação é promovida em todos os lugares onde tem profissionais de saúde (nutricionistas, enfermeiros, médicos, etc).				

	Não claro	Pouco claro	Bastante claro	Muito claro
Eu noto que amamentação é mais falado e mostrado na TV hoje em dia.				
Eu estou chateada comigo mesma por querer usar a mamadeira.				
Eu me sentiria melhor comigo mesma se eu amamentar.				
Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente.				
Pessoas que amamentam ajudam a melhorar o meio ambiente.				
Quando eu sou tentado com mamadeira, eu penso em como saudável meu bebê vai ser se eu amamentar.				
Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar o peito.				
Eu tenho apostilas em casa que me fazem pensar sobre amamentação.				
Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram a mamadeira.				
As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu amamentar .				
Eu ficarei feliz comigo mesma se eu amamentar.				
Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.				
Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam.				
Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver amamentando.				
Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu amamentar ou se eu der a mamadeira.				
Aleitamento materno é antiquado.				
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê				

	Não claro	Pouco claro	Bastante claro	Muito claro
Amamentar significa que ninguém mais pode alimentar o bebê para mim.				
Amamentação significa que tenho que mudar minha alimentação				
Eu acho que aleitamento materno é bom para o bebê.				
Eu ficaria envergonhada se alguém me visse amamentando.				
Amamentar faz os seios caírem.				
Amamentar é bom para mim.				
Fraldas dos bebês amamentados não cheiram tão mal.				
Eu acho que o leite materno é nojento				
Amamentação vai me ajudar a sentir mais perto do meu bebê.				
Eu acho que amamentar será doloroso.				
Amamentação ajuda a proteger o bebê contra doenças e alergias.				
Amamentar significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar.				
Amamentação ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente.				
Amamentação pode me ajudar a perder peso.				
Não me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre amamentação.				
Amamentar é fácil.				
Leite materno é mais barato que outros leites.				
Eu penso que meus seios são pequenos para ter leite suficiente para o meu bebê.				

Observações: _____

9.2. Apêndice 5: Valores do Índice Kappa ponderado e Coeficiente de correlação intraclasse

Construtos do Modelo Transteórico	Kappa ponderado*	p	Coefficiente de Correlação Intraclasse**	p
<i>Estágio de Mudança de Comportamento</i>	0,6661	0,0000	0,804	0,000
<i>Processos de Mudança de Comportamento Cognitivos</i>				
Eu presto atenção nas informações que recebo sobre dar de mamar no peito	0,1167	0,1225	0,213	0,209
Eu lembro o que as pessoas me falam sobre os benefícios de dar de mamar no peito	0,1087	0,2180	0,056	0,573
Dar de mamar no peito é ensinado em muitos lugares por profissionais de saúde (nutricionista, enfermeiro, médico, agente de saúde).	0,3763	0,0019	0,553	0,006
Eu vejo que dar de mamar no peito é mais falado e mostrado na TV hoje em dia	0,1126	0,2333	0,206	0,237
Eu fico chateada comigo mesma se eu decidir dar a mamadeira	0,3121	0,0216	0,482	0,022
Eu sentiria melhor comigo mesma se eu der de mamar no peito	0,4209	0,0025	0,605	0,002
Eu acho que a mamadeira polui o meio ambiente	0,4245	0,0008	0,602	0,001
Pessoas que dão de mamar no peito ajudam a melhorar o meio ambiente	0,3881	0,0061	0,565	0,006
Os perigos que a mamadeira oferece me deixa chateada.	0,4666	0,0013	0,423	0,001
Avisos sobre os problemas com uso de outros tipos de leites me assustam	0,4670	0,0013	0,642	0,001
<i>Comportamentais</i>				

Eu penso comigo mesma que sou capaz de dar de mamar no peito se eu quiser.	0,4994	0,0004	0,672	0,000
Eu penso comigo mesma que eu posso escolher dar de mamar no peito ou não.	0,4462	0,0018	0,623	0,001
Quando eu tenho vontade de dar a mamadeira, penso que o bebê vai ser mais saudável se eu der de mamar no peito.	0,4479	0,0016	0,624	0,001
Eu tento não prestar atenção às propagandas de outros leites e prestar atenção em propagandas sobre dar de mamar no peito.	0,3303	0,0170	0,503	0,016
Eu tenho comigo, em minha casa, os papéis que ganho com explicação sobre dar de mamar no peito.	0,5243	0,0002	0,693	0,000
Eu retiro da minha casa coisas (latas de fórmulas, propagandas de leite) que me lembram da mamadeira.	0,3006	0,0261	0,503	0,016
As pessoas ficarão orgulhosas de mim se eu der de mamar no peito	0,5011	0,0007	0,673	0,000
Eu ficarei feliz comigo mesma se eu der de mamar no peito	0,5009	0,0006	0,736	0,000
Eu posso contar com alguém se eu precisar de ajuda quando estiver dando de mamar no peito	0,7317	0,0000	0,848	0,000
Pessoas especiais na minha vida me aceitam se eu der de mamar no peito ou se eu der a mamadeira	0,4951	0,0006	0,742	0,000
<i>Equilíbrio de Decisão</i>				
<i>Contras</i>				
Dar de mamar é “fora de moda” “cafona”	0,3360	0,0065	0,509	0,009
Dar de mamar no peito quer dizer que ninguém mais pode fazer isso por mim, que tenho que ficar à	0,6768	0,0000	0,811	0,000

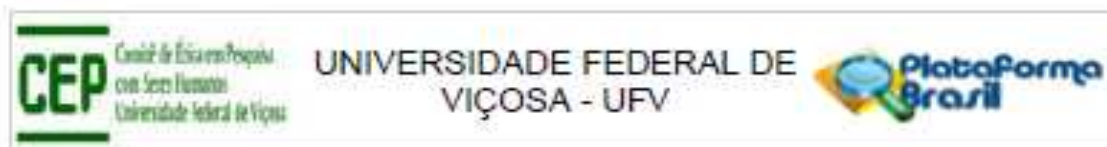
disposição da criança.				
Dar de mamar no peito quer dizer que tenho que mudar minha alimentação.	0,6768	0,0000	0,800	0,000
Eu ficaria envergonhada se alguém me visse dando de mamar no peito	0,1330	0,2510	0,180	0,271
Dar de mamar no peito faz o peito ficar caído	0,5798	0,0001	0,739	0,000
Eu acho o leite materno nojento	0,6772	0,0000	0,811	0,000
Eu acho que dar de mamar no peito será doloroso	0,5746	0,0001	0,735	0,000
Dar de mamar no peito significa que não posso voltar a trabalhar ou estudar	0,6372	0,0000	0,889	0,000
Nem me passa pela cabeça que eu sei tudo sobre dar de mamar no peito	0,2205	0,0781	0,367	0,079
Eu penso que meus seios são pequenos para ter suficiente para o meu bebê	0,5970	0,0001	0,752	0,000
<i>Pros</i>				
Leite materno é o alimento mais saudável para o bebê	0,4011	0,0038	0,471	0,022
Eu penso que dar de mamar no peito é bom para o bebê	0,3109	0,0232	0,481	0,023
Dar de mamar no peito é bom para mim	0,2595	0,0176	0,418	0,030
Fraldas dos bebês amamentados no peito não cheiram tão mal	0,6678	0,0000	0,805	0,000
Dar de mamar no peito pode me	0,4384	0,0017	0,615	0,001

ajudar a sentir mais perto do meu filho				
Dar de mamar no peito ajuda a proteger meu bebê contra doenças e alergias	0,3293	0,0153	0,502	0,016
Dar de mamar no peito ajuda meu útero a voltar ao tamanho normal mais rapidamente	0,6372	0,0000	0,889	0,000
Dar de mamar no peito pode me ajudar a perder peso	0,1239	0,1865	0,225	0,192
Dar de mamar no peito é fácil	0,2205	0,0781	0,702	0,000
Leite materno é mais barato que outros leites	0,2579	0,0464	0,416	0,050

*Stata 9.1 **SPSS 22.0

10. ANEXOS

10.1. Anexo 1: Aprovação Comitê de Ética e pesquisa com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Modelo Transteórico na Mudança de Comportamento Frente à Amamentação: uma proposta para a sua promoção nos serviços de saúde.

Pesquisador: Raquel Maria Amaral Araújo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16549413.2.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Nutrição e Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 412.814

Data da Relatoria: 08/10/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa se situa dentro da perspectiva de demanda na assistência à amamentação. Esta implica na capacidade do profissional de identificar na mulher os aspectos envolvidos na tomada de decisão sobre a amamentação e de atuar de forma apropriada para ajudá-la na superação das barreiras identificadas. Assim, O estudo pretendido propõe a aplicação do Modelo Transteórico (o qual expõe os estágios a serem vencidos por uma pessoa durante um processo de mudança comportamental, quais sejam: Estágios de Mudança de Comportamento; Processos de Mudança de Comportamento; e Equilíbrio de Decisão) para a promoção da mudança de comportamento frente à amamentação.

Objetivo da Pesquisa:

Promover a mudança de comportamento frente à amamentação em gestantes, aplicando o Modelo Transteórico. Caracterizar os Estágios de Mudança frente à intenção de amamentar; identificar os Processos de Mudança de comportamento para a amamentação; identificar o Equilíbrio de Decisão, ou seja, os prós e contras no processo de decisão para a amamentação; Implementar estratégias educativas conforme o estágio de mudança apresentado; Verificar, após a intervenção, a mudança do comportamento frente à amamentação; Realizar acompanhamento e orientação nutricional para a gestante e para a nutriz nos primeiros seis meses pós-parto; Categorizar as práticas de

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, prédio Arthur Bernardes, PPG, sala 04
Bairro: camp. Viçosa CEP: 36.570-000
UF: MG Município: VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 Fax: (31)3899-2492 E-mail: cep@ufv.br

Contribuição do Parecer: 412.814

amamentação do grupo estudado num período de 6 meses pós-parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores indicam a respeito do perigo da quebra de privacidade e que esta será preservada. Em termos de benefícios, os pesquisadores entendem que a presente pesquisa favorecerá o aprimoramento da promoção e apoio à amamentação nos serviços de saúde. As atividades educativas com as gestantes e nutrizes poderão resultar em empoderamento das mulheres no cuidado da sua saúde e de seus filhos, incluindo a alimentação adequada no primeiro ano de vida. Para a criança, as atividades realizadas poderão resultar em menores ocorrências de ganho insuficiente de peso, anemia, desnutrição, diarreia, alergias, bem como repercutirá na sua saúde futura diminuindo o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa, de caráter longitudinal, terá um processo de coleta de dados que se estenderá por cerca de 22 meses, atingindo 235 mulheres em situação de amamentação no município de Viçosa/MG.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos se encontram devidamente assinados, sendo que os pesquisadores apresentam a autorização da Policlínica, assim como a declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa. O TCLE é apresentado em linguagem clara.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessária a apresentação do Relatório Final e após a aprovação desse, deve ser encaminhado o Comunicado de Término dos Estudos.

Projeto analisado durante a 6ª reunião de 2013.

VICOSA, 02 de Outubro de 2013

Assinador por:
Patricia Aurélla Del Nero
(Coordenador)

10.2. Anexo 2: Autorização para tradução construtos do Modelo Transteórico

Thompson, Nancy J

Para cassia.campos@ufv.brasktarver@aol.com

Hoje em 1:10 PM

Dear Dr. Machado Campos,

Thank you for your interest in our breastfeeding work. While it is fine with me if you translate the instruments into Portuguese, I am also copying the lead author, Amy Tarver, so she may give you her opinion, as well.

All the best to you in your work.

Nancy J. Thompson, Ph.D., M.P.H.

Associate Professor

Department of Behavioral Sciences and Health Education

Rollins School of Public Health

Emory University

From: cassia.campos@ufv.br [cassia.campos@ufv.br]

Sent: Thursday, November 07, 2013 9:05 AM

To: Thompson, Nancy J

Subject: Permission to translate the Transtheoretical Model

Dear Professor Nancy Thompson

I'm nutritionist and graduate student of the Federal University of Viçosa, Minas Gerais, Brazil.

We're developing a project whose study problem is the Transtheoretical Model to promote breastfeeding in Health Services, in which work with interventions to promote breastfeeding according to the stages of behavior change.

For its realization, we need your permission to translate to Portuguese and validation for the target population of the project, the constructs used in the article "Assessment of breastfeeding intention using the Transtheoretical Model and the Theory of ReasonedAction" of his own.

I appreciate your attention and look forward to returning.

Cássia Olívia Machado Campos

Nutritionist CRN 9 12732

This e-mail message (including any attachments) is for the sole use of the intended recipient(s) and may contain confidential and privileged information. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this message (including any attachments) is strictly prohibited.

If you have received this message in error, please contact the sender by reply e-mail message and destroy all copies of the original message (including attachments).