



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *CHILDBIRTH*
***SELF-EFFICACY INVENTORY* PARA USO NO BRASIL**

FORTALEZA

2020

ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *CHILDBIRTH
SELF-EFFICACY INVENTORY* PARA USO NO BRASIL

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito para o título de Doutorado.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B444 Bernardo, Elizian Braga Rodrigues.
Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do Childbirth Self-Efficacy Inventory para Uso no Brasil /
Elizian Braga Rodrigues Bernardo. – 2020.
132 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2020.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

1. Autoeficácia. 2. Trabalho de Parto e Parto. 3. Estudos de validação. I. Título.

CDD 610.73

ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *CHILDBIRTH*
SELF-EFFICACY INVENTORY PARA USO NO BRASIL

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

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

Profa. Dra. Samila Gomes Ribeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Eglídia Carla Figueiredo Vidal
Universidade Regional do Cariri (URCA)

Profa. Dra. Ana Paula Prata Amaro de Sousa
Universidade do Porto (ESEP)

A Deus, por ser minha fortaleza.
Aos meus pais, por serem meus maiores exemplos.
Aos meus irmãos, por me inspirarem.
Aos meus filhos, por me motivarem.
Ao Max (in momorian) pelo amor incondicional.
A minha sogra Zena, pelo exemplo de humildade e amor fraterno.
Ao meu parceiro, Renato Solon, por ter me dado uma família.

AGRADECIMENTO

Meu eterno agradecimento a Deus por toda a misericórdia derramada sobre mim e minha família. A ti meu Pai, entrego a minha vida em devoção e em agradecimento por me conceder inteligência, saúde física e mental para bem viver. Gratidão por orientar meus passos e me guiar para o caminho do bem. Minha eterna gratidão pela família que me colocastes. No seio do meu lar aprendi o valor da vida, a escolher o ser, ao invés do ter apenas. A valorizar minhas origens e todos que fazem parte do meu convívio. Gratidão meu Pai!

Meus pais sempre foram exemplos para mim exemplo de generosidade, humanidade e amor. Por volta dos sete anos de idade quando ainda morávamos na localidade do Bouquerão, no município de Apuiarés, nosso sustento advinha da terra, daquilo que meu pai plantava e pescava. Aproximava-se a Páscoa e meu pai foi pescar com um amigo e, ao retornar veio com um balde cheio de peixe, então foram dividir o pescado e meu pai tirou daquele balde repleto apenas dois peixes e entregou o restante para seu amigo. Eu fiquei triste, questionando o porquê ele fizera isso? Depois descobri que aquele amigo de meu pai tinha mais de seis filhos e, portanto precisava de mais peixe para alimentar sua família. Mais adiante, já com 18 anos, resolvi morar em Fortaleza, para estudar e, foi na madrugada, ao me despedir que ele me disse uma frase que carrego em meu coração: “Vai minha filha, vai atrás dos seus sonhos, você vai conseguir, disso não tenho dúvida. Mas ao conseguir, não te esqueças de onde veio, não te esqueças das tuas origens, não te esqueças de mim e da sua família”. Papai eu jamais esqueci e jamais esquecerei e, hoje ao escrever esses agradecimentos minha vontade é de estar dentro do teu abraço, pois é nele que me fortaleço e é nele que existo.

E meus pais me deram irmãos maravilhosos, que sempre estiveram unidos pelos laços de sangue e pelos laços fraternos. Somos irreverentes, rimos juntos, choramos juntos, fazemos trote uns com os outros, na verdade nos divertimos juntos. Obrigada a cada um de vocês que me ensina que ser e pensar diferente está tudo certo. Que compartilhar é melhor que dividir e que o respeito deve prevalecer sempre. Obrigada pelos lindos sobrinhos: Maria Eduarda, minha afilhada linda, que amo tanto, Lara Vitória, Maria Alice e Pedro Lucas, vocês são lindos e a titia ama muito cada um de vocês.

Hoje sou mãe de três crianças lindas e abençoadas. Meus dois filhos de barriga, Maria Luiza e José Bernardo e minha filha do coração, Ravylla Solon. Vocês são a energia que eu preciso para alimentar meus sonhos e conquistá-los. Meu amor por vocês é incondicional e por vocês e para vocês que quero ser melhor sempre. Desafio-me diariamente a ser a mãe que

vocês merecem ter e não me contento em ser menos que isso, ou seja, a melhor mãe do mundo para os melhores filhos do mundo.

Ao meu eterno amor, que hoje mora ao lado de Deus, Max Bernardo (*in memoriam*). Não tenho como deixar de mencioná-lo e tão expressar o que você é na minha vida. Carrego você sempre comigo, pois você é parte de mim. Aos 14 anos te conheci e dez anos depois me despedi de você, pois essa era a vontade do nosso Pai. Somente Ele sabe de todas as coisas e só nos resta aceitar seus desígnios. Você que sempre acreditou em mim, me apoiou e me mostrou um mundo que não sabia que existia. Esse título também tem a sua contribuição, pois me ensinastes a ter gosto pelo conhecimento, me ensinou a estudar, mesmo quase sem querer. Aprendi a falar inglês com você nos nossos domingos cheios de repertórios dos Beatles, Led Zeppelin, Joy Division, New Order e Bob Dylan. Adquiri gosto musical com você, paixão pela sétima arte e amor pela vida, pelo simples e pelo agora. Obrigada por tanto!

A minha sogra, Zenacleide (mãe do Max) que na verdade é minha segunda mãe. São mais de 20 anos de convívio e sempre me preenche com seu amor e sua bondade. Zena sou eternamente grata a ti e sei que tua missão é grandiosa. Ela que considera meus filhos como seus netos e que expressa todo o amor que uma avó poderia dar a eles. Você não existe! Te amo muito!

Sempre acreditei que a família é onde começa tudo. E a isso devo ao meu parceiro da vida, meu amado companheiro Renato Solon. Você tem me proporcionado muitas alegrias e as principais delas são frutos da nossa união: nossos filhos. Você me ensina muito e, mesmo não parecendo tanto eu aprendo muito com você. Obrigada pelo apoio incondicional, pela força que me dá diariamente, por acreditar em mim e apostar todas as suas fichas em mim. Estou aprendendo a viver novamente um amor com você e, tudo isso que temos hoje sou grata a você. Continue tendo paciência e perseverança no nosso amor, Deus não nos uniu em vão, Ele tem um propósito para cada um de nós e para nós! Você me dá sorte meu amor!

Ao meu primo Heddy, que me acompanha de perto e tem sido meu braço direito dentro do meu lar. Obrigada por todo o apoio e suporte, especialmente pelo cuidado atencioso e amoroso para com meus filhos. Não tenho palavras para expressar toda a minha gratidão.

Aos meus grandes amigos que me acolhem diante das minhas inseguranças e que vibram comigo diante das minhas vitórias: Igor Mendes, Lara Leite, Karine Bezerra, Andreia Lourenço e Camila Brasil. Caminhar ao lado de vocês me fortalece e torna o caminhar mais leve e cheio de aprendizado. Vocês são muito importantes para mim!

À Professora Doutora Ana Kelve de Castro Damasceno, minha tutora e orientadora, por todas as oportunidades que me proporcionou ao longo da minha formação acadêmica e

profissional. Hoje sou Enfermeira Obstetra em inspiração a senhora, pelo exemplo de profissional que és. Sempre disposta a aprender e a ensinar. Sou eternamente grata a tudo, as orientações acadêmicas, profissionais e pessoais. Profa Ana Kelve você é uma Orientadora completa, entende como ninguém da prática obstétrica, sempre valorizando as práticas baseadas nas evidências científicas, entende de pesquisa e entende de pessoas. Obrigada por ter me aceitado como orientanda. Nunca esquecerei a sua generosidade e sua bondade para comigo. Devo muito a senhora e espero que um dia possa se orgulhar de mim, pois sei quanto a senhora deseja o nosso sucesso.

À Prof^a. Dr^a. Mônica Batista Oriá, por ser uma pessoa iluminada, que contagia a todos com sua presença, por estar sempre perto para esclarecer minhas dúvidas durante a Qualificação do Doutorado, por ser sempre disponível para colaborar com meu crescimento pessoal e profissional durante toda minha vida acadêmica. A senhora foi uma das Professoras a escrever uma carta de recomendação, na época da graduação, o que me permitiu ser aprovada para o intercâmbio em Roma. Enfim, quero você sempre por perto, pois é uma pessoa que só me traz alegria e impulsiona a minha formação profissional. Obrigada por tudo!

À Prof^a. Dr^a. Ana Paula Prata, por ter aceito o convite para colaborar com a realização dessa pesquisa, pela disponibilidade e acessibilidade demonstrada para contribuir com a concretização desse trabalho. Obrigada por se mostrar sempre disponível a colaborar, mesmo não me conhecendo pessoalmente, mas sempre foi tão solícita e gentil aos meus contatos. Estou muito feliz com a sua presença na minha defesa de Doutorado, espero que possamos estreitar cada vez mais nossos laços e conectar nossas pesquisas de Enfermagem na Promoção da Autoeficácia Materna no Parto entre Brasil e Portugal.

À Prof^a. Dr^a. Eglídia Cláudia Figueiredo Vidal, por ser sempre acessível e disponível, tendo aceitado prontamente o convite para colaborar com a concretização desse trabalho. Agradeço pelas contribuições ao longo do Doutorado. É uma grata honra tê-la nesse momento tão importante para mim. Tenho sincera admiração por você, minha querida!

À Prof^a. Dr^a. Samila Gomes Ribeiro, por ser um exemplo de competência e agilidade em tudo o que faz. Conviver com você é ter oportunidades de aprendizado constante. Agradeço por todo o suporte ofertado ao longo da minha formação profissional, pelas oportunidades que me foram concebidas por você e também por ser alguém tão proativa e dedicada, sempre disposta a ajudar. Ter a oportunidade de trabalhar conviver com você no PET e tê-la como verdadeira amiga me fez evoluir enquanto pessoa e profissional. Meu muito obrigada!

À Prof^a. Dr^a. Liana Mara Rocha Teles, por ter aceito o convite de participar desse momento de realização profissional. És referência para mim como pessoa e profissional. Sua participação nesse momento era imprescindível, e suas contribuições sempre são muito valiosas. Agradeço imensamente!

Ao Prof^a. Dr. Igor Cordeiro Mendes, por todo o incentivo desde a graduação. Fomos colegas de graduação, de mestrado e doutorado. Sempre caminhamos lado a lado, contribuindo para a formação humana e profissional um do outro. Te admiro muito e com certeza suas contribuições serão valiosas para a conclusão desse estudo. Gratidão por tudo!

Ao PET Enfermagem UFC, por ter sido uma verdadeira família, por todas as oportunidades de aprendizado proporcionadas nesse grupo, por todos os verdadeiros amigos que conquistei. Obrigada pelo incentivo constante para realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão, instigando-me a investigar e buscar novos conhecimentos e saberes.

A todos que fizeram parte da minha turma de Doutorado, por todas as discussões e compartilhamento de saberes e pelas novas amizades formadas.

A todos os profissionais da instituição em que foi concretizada essa pesquisa, pelo apoio e colaboração permanente. E a todos os participantes da pesquisa, pelo tempo concedido para contribuir com a obtenção dos resultados desse estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, por serem pacientes e dedicados e por dividirem seus ensinamentos comigo. Serei grata sempre!

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Muito Obrigada a Todos!

Não Se Vá

Não se vá

Minha menina de olhos castanhos

Venha caminhar comigo

Eu enchei seu coração com alegria

E dançaremos entre nosso isolamento

Procurando conforto na sabedoria que guardamos

Transformando pensamentos para o aqui e sempre

Consumindo os medos em halos ardentes

Diga o que você quer

Queira o que você diz

Ouvi dizer que a inocência

Levou-nos todos a nos perdermos

Mas não os deixe criá-lo e destruí-lo

O mundo está cheio de quebrados

Sonhos vazios

O silêncio é sua única virtude

Trancado dentro de seus gritos silenciosos

Mas agora

Deixe-nos dançar

Esta noite estrelada

Cheia com o brilho de estrelas ardentes

E com o amanhecer

Nosso sol nascerá

Trazendo uma sinfonia de pássaros chorosos

Não me deixe para baixo agora

Deixe-me ficar aqui por um tempo

Você sabe que a vida é muito curta

Deixe-me banhar aqui, em seu sorriso

Estou transcendendo

A queda do jardim

Boa noite.

(Dead Can Dance)

RESUMO

O objetivo do estudo consiste em traduzir, adaptar transculturalmente e validar o Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) para uso no Brasil. Trata-se de um estudo metodológico realizado no período de fevereiro de 2019 a dezembro de 2019, em seis Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de Fortaleza. Desenvolvido em três fases: I - solicitação de autorização a autora do CBSEI para uso no Brasil; II - tradução e adaptação transcultural, seguindo cinco etapas, tradução inicial, síntese das traduções, *backtranslation*, comitê de juízes e pré-teste com o público alvo com 30 gestantes em atendimento pré-natal na UAPS Anastácio Magalhães e; a III - referente a verificação das propriedades com 310 gestantes que estavam em acompanhamento pré-natal nas seis UPAS supracitadas. Os dados foram analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0, sendo utilizados os testes Índice de Concordância (IVC) para a análise estatística das respostas dos juízes e IVC no pré-teste com as 30 gestantes. Foi calculado as frequências absolutas, relativas e as medidas de tendência central. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de identificar a normalidade dos dados. A estrutura interna foi medida por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE), Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e esfericidade de *Bartlett*. A consistência interna do CBSEI foi obtida pelo α de Cronbach e correlação item total e a validade de critério foi obtida com o teste *Wilcoxon Signed Rank* e o teste de correlação de *Spearman*. A pesquisa obteve aprovação ética sob protocolo 11791019.6.0000.80.85. A validação de conteúdo pelo comitê de juízes, apresentou índices de validade satisfatória, assim como na validação de face. A maioria das gestantes era jovem, com 86,1% (n=267) com até 35 anos de idade, mediana de idade de 27 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 41 anos, 54,8% (n=179) tinha boa escolaridade, 82,6% (n=256) tinha companheiro, 78,7% (n=244) se declarava não branca, 60% (n=186) estava desempregada e 72,6% (n=225) possuía renda de até um salário mínimo. Quanto às características obstétricas e clínicas, observou-se que a maioria das gestantes tinha história prévia de gravidez. Das 310 gestantes participantes, notou-se uma amostra bem dividida entre as que estavam na sua primeira gravidez, 147 (47,4%), e as que estavam na sua segunda gravidez ou mais, 163 (52,6%). Entre aquelas com experiência de parto (n=150), verificou-se que a maioria, 105 (70%), era primípara. A versão final do instrumento apresentou coeficiente do α de Cronbach foi $>0,90$ e a correlação Item-Total foi $>0,40$ nas quatro sub-escalas. Os testes de sensibilidade possibilitaram inferir que as gestantes brasileiras diferenciam entre expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia, bem como a fase ativa e período expulsivo. Ter maior escolaridade, experiência anterior com o parto vaginal e se sentir confiante para o parto normal apresentou associação estatística com os escores maiores de autoeficácia. Concluiu-se que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a autoeficácia materna no parto normal no contexto brasileiro.

Palavras-Chaves: Autoeficácia; Trabalho de Parto e Parto; Estudos de validação.

ABSTRACT

The aim of the study is to translate, cross-culturally adapt and validate the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) for use in Brazil. This is a methodological study carried out from February 2019 to December 2019, in six Primary Health Care Units (UAPS) in Fortaleza. Developed in three phases: I - request for authorization from the author of the CBSEI for use in Brazil; II - translation and cross-cultural adaptation, following five steps, initial translation, synthesis of translations, backtranslation, committee of judges and pre-test with the target audience with 30 pregnant women in prenatal care at UAPS Anastácio Magalhães and; a III - regarding the verification of properties with 310 pregnant women who were undergoing prenatal care in the six aforementioned UPAS. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 21.0, using the Concordance Index (IVC) tests for the statistical analysis of the judges' responses and the CVI in the pre-test with the 30 pregnant women. Absolute, relative frequencies and measures of central tendency were calculated. The Kolmogorov-Smirnov test was performed in order to identify the normality of the data. The internal structure was measured using Exploratory Factor Analysis (AFE), Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's sphericity. The internal consistency of the CBSEI was obtained by Cronbach's α and total item correlation and criterion validity was obtained with the Wilcoxon Signed Rank test and the Spearman correlation test. The research obtained ethical approval under protocol 11791019.6.0000.80.85. Content validation by the committee of judges showed satisfactory validity indexes, as well as face validation. Most pregnant women were young, with 86.1% (n = 267) up to 35 years of age, median age of 27 years, with a minimum age of 18 and a maximum of 41 years, 54.8% (n = 179) had a good education, 82.6% (n = 256) had a partner, 78.7% (n = 244) declared themselves to be non-white, 60% (n = 186) were unemployed and 72.6% (n = 225) had income of up to one minimum wage. As for obstetric and clinical characteristics, it was observed that most pregnant women had a previous history of pregnancy. Of the 310 participating pregnant women, a sample was well divided between those who were in their first pregnancy, 147 (47.4%), and those who were in their second pregnancy or more, 163 (52.6%). Among those with experience of childbirth (n = 150), it was found that the majority, 105 (70%), were primiparous. The final version of the instrument showed Cronbach's α coefficient was > 0.90 and the Item-Total correlation was > 0.40 in the four sub-scales. Sensitivity tests made it possible to infer that Brazilian pregnant women differentiate between expected results and expected self-efficacy, as well as the active phase and the expulsive period. Having a higher level of education, previous experience with vaginal delivery and feeling confident for normal delivery was statistically associated with higher self-efficacy scores. It was concluded that a reliable, valid and capable instrument to assess maternal self-efficacy in normal birth in the Brazilian context was obtained.

Keywords: Self-efficacy. Labor and Childbirth. Validation studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas do Processo Metodológico do Estudo. Fortaleza, 2020.

50

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Índice de Concordância e média geral entre os itens da CBSEI, Fev/2019 a Abr/2019. Fortaleza, 2020. | 63 |
| Tabela 2 - Distribuição dos dados segundo características sociodemográficas das gestantes no período de maio/2019 a Dez/2019. UAPS SER III e VI Fortaleza-CE, 2020. | 68 |
| Tabela 3 - Distribuição dos dados segundo características obstétricas e clínicas das gestantes no período de maio/2019 a Dez/2019. UAPS SER III e VI Fortaleza-CE, 2020. | 69 |
| Tabela 4 - Análise Fatorial Exploratória por Rotação VARIMAX. UAPS SER III e VI Fortaleza-CE, 2020. Fortaleza-CE, 2020. | 71 |
| Tabela 5 - Variância total das subescalas do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020. | 73 |
| Tabela 6 - Análise da média dos escores, desvio padrão e α -Cronbach dos estudos que traduziram, adaptaram e validaram o CBSEI. Fortaleza-CE, 2020. | 74 |
| Tabela 7 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Subescalas AL-OU do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020. | 75 |
| Tabela 8 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Subescalas AL-SE do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020. | 76 |
| Tabela 9 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Subescalas SS-AL do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020. | 77 |
| Tabela 10 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Subescalas SS-SE do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020. | 78 |
| Tabela 11 - Análise das correlações entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas das gestantes com os escores do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020 | 80 |

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Processo de tradução e adaptação transcultural do CBSEI: tradução inicial – T1 e T2) e síntese das traduções. Fortaleza, 2020. 59
- Quadro 2** - Apresentação das versões produzidas na *Backtranslation*, BT1 e BT2, do processo de tradução e adaptação transcultural da CSEI. Fortaleza, 2019. 61
- Quadro 3** - Versão Final da Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-Brasil) adaptada para o contexto brasileiro. Fortaleza-CE. 2020. 65

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| AFE | Análise Fatorial Exploratória |
| AL-OU | Expectativa de Resultado na Fase Ativa do Trabalho de Parto |
| AL-SE | Expectativa de Autoeficácia na Fase Ativa do Trabalho de Parto |
| CBSEI | <i>Childbirth Self-Efficacy Inventory</i> |
| DP | Desvio Padrão |
| EUA | Estados Unidos da América |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| IVC | Índice de Concordância |
| KMO | Kaiser-Meyer-Olkin |
| KS | Kolmogorov-Smirnov |
| Md | Mediana |
| MEAC | Maternidade Escola Assis Chateaubriand |
| Max | Máximo |
| Md | Mediana |
| Min | Mínimo |
| MS | Ministério da Saúde |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| ODS | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |
| PN | Pré-natal |
| PNAISM | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| RC | Rede Cegonha |
| REHUNA | Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento |
| SER | Secretaria Regional de Saúde |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SS-OU | Expectativa de Resultado no Período Expulsivo do Trabalho de Parto |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SS-SE | Expectativa de Autoeficácia no Período Expulsivo do Trabalho de Parto |
| T1 | Tradução 1 |
| T2 | Tradução 2 |
| T12 | Síntese das traduções 1 e 2 |
| TA | Tradução Adequada |
| TI | Tradução Inadequada |
| BT1 | <i>Backtranslation 1</i> |
| BT2 | <i>Backtranslation 2</i> |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TPA | Tradução Parcialmente Adequada |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária a Saúde |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |

SUMÁRIO

| | | |
|----------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 24 |
| 2.1 | Geral..... | 24 |
| 2.2 | Específicos..... | 24 |
| 3 | ESTADO DA ARTE | 25 |
| 3.1 | Políticas de Saúde e humanização do parto | 25 |
| 3.2 | Autoeficácia no trabalho de parto e parto | 30 |
| 4 | METODOLOGIA..... | 49 |
| 4.1 | Delineamento do estudo..... | 49 |
| 4.1.2 | Fase I - Autorização do uso do CBSEI..... | 50 |
| 4.1.2 | Fase II - Tradução e Adaptação Transcultural do CBSEI | 50 |
| 4.1.2.1 | <i>Etapa I: Tradução inicial o idioma português</i> | 50 |
| 4.1.2.2 | <i>Etapa II: Síntese das Traduções</i> | 51 |
| 4.1.2.3 | <i>Etapa III: Back-translation ou Retrotradução</i> | 51 |
| 4.1.2.4 | <i>Etapa IV: Revisão por um Comitê de Juízes (Validação de Conteúdo)</i> | 51 |
| 4.1.2.5 | <i>Etapa V: Pré-teste (Validação de Face)</i> | 51 |
| 4.2 | Fase III - Verificação das Propriedades Psicométricas | 52 |
| 4.3 | Período e Local do Estudo | 52 |
| 4.4 | População e amostra | 53 |
| 4.5 | Instrumento de Coleta de dados | 54 |
| 4.6 | Análise dos dados | 55 |
| 4.7 | Aspectos éticos e legais | 58 |
| 5 | RESULTADOS | 59 |
| 5.1 | Resultado da tradução e adaptação transcultural do CBSEI-Brasil | 59 |
| 5.2 | Verificação das Propriedades Psicométricas | 67 |
| 5.2.1 | Caracterização da Amostra | 67 |
| 5.2.2 | Análise Fatorial Exploratória (AFE) | 70 |
| 5.3 | Consistência Interna do CBSEI | |
| 5.3.1 | Coeficiente de α-Cronbach | |
| 5.3.2 | Correlação Item-Total | 74 |
| 5.4 | Correlação entre as variáveis maternas com Expectativa de Resultado e Autoeficácia | 78 |
| 6 | DISCUSSÃO | 80 |

| | |
|-------------------------|------------|
| 7 CONCLUSÃO | 93 |
| REFERÊNCIAS..... | 95 |
| APENDICES..... | 102 |
| ANEXOS..... | 128 |

1 INTRODUÇÃO

O parto é um evento natural e fisiológico que representa o nascimento não somente do bebê, mas também de uma mãe/família. A maioria das gestantes anseia o nascimento de seu filho e, mesmo sendo um momento muito esperado, também é muito temido, especialmente pela insegurança e medo de parir (TILL; EVERETTS; HAAS, 2015).

O medo do parto tem sido associado a desfechos maternos adversos incluindo um puerpério ruim, comprometimento da saúde mental e nas altas taxas de parto cesáreo. Não obstante, outros fatores corroboram para o aumento das taxas de cesareanas, como a atuação de profissionais que ainda realizam uma prática intervencionista centrada no profissional médico e que ainda acreditam que o parto cesáreo é a via “mais segura” (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017).

A cesariana idealizada como um dos principais acontecimentos para a melhoria da assistência ao parto, porém ao ser utilizada de forma abusiva, tem proporcionado aumento de complicações clínicas, comportamentais e psicológicas, além da elevação do custo da assistência. Ademais, favorece a institucionalização do parto e o uso rotineiro de práticas obstétricas, que acabam proporcionando taxas elevadas de partos cirúrgicos (BRASIL, 2017).

Em oposição a esse modelo de assistência ao parto, nota-se um movimento de resgate do modelo mais humanizado e moldado com base nas boas práticas em saúde e norteado pelas evidências científicas. A Organização Mundial em Saúde (OMS) emite recomendações claras das boas práticas obstétricas com foco na padronização do cuidado, assistência humanizada, respeito a autonomia da mulher e com o mínimo de intervenções (WHO, 2018).

As políticas de saúde são fundamentais para o alcance da qualidade da assistência prestada. Quanto a assistência das mulheres, especificamente durante a gestação, parto e nascimento, se faz urgente a reformulação das políticas públicas de saúde, uma vez que a atenção ao processo de parturição sofreram mudanças importantes e com repercussões negativas até os dias atuais, como alto índice de cesareanas, intervenções desnecessárias, morbimortalidade materna, dentre outros desfechos desfavoráveis.

Para, além disso, esse novo modelo de assistência obstétrica reforça a necessidade da promoção do parto normal, haja vista suas inúmeras vantagens para o binômio mãe e filho em comparação com o parto cesáreo sem indicação obstétrica.

A OMS preconiza como ideal uma taxa mínimo aceitável de cesárea entre 10% e 15% de todos os partos (WHO, 2006). No Brasil, estudo multicêntrico de base nacional revela que aproximadamente 52% dos partos são cesáreas e, se considerar apenas a rede privada este

valor sobe para 88%, sendo que a maioria desses partos cesareanos não têm indicação obstétrica (BRASIL, 2017; FIOCRUZ, 2015). No Ceará, na maternidade de referência do estado, Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), que atende gestantes de risco habitual, mas especialmente de alto risco, constatou-se que o percentual de partos cesáreos de 2011 a 2015 foi de 49,36%, valor pouco abaixo da média nacional (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2018).

Essas elevadas taxas de cesarianas e a qualidade do cuidado obstétrico possuem relações diretas com a morbimortalidade materna e infantil. Foi identificado que anualmente cerca de um milhão de mulheres são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, sendo expostas a elevados riscos de morbimortalidade. Quando avaliado o parto normal, também foram identificadas fragilidades no cuidado obstétrico que comprometem a melhoria da taxa de morbimortalidade materna. A Pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”, recomendou reformulação do modelo de atenção ao parto e nascimento no país, posto que diversos desfechos adversos identificados apresentaram associação com problemas na qualidade da assistência (CHAVES, 2014; LEAL *et al.*, 2014; VALE *et al.*, 2015).

Nesse contexto, com o objetivo de reduzir essas elevadas taxas de mortalidade materna e de partos cesáreos em todo o território nacional, o Brasil também se comprometeu a desenvolver políticas e ações governamentais no âmbito federal, estadual e municipal com o intuito de estimular as gestantes para a realização do parto normal, orientar e qualificar os profissionais de saúde para o incentivo dessa prática, bem como a melhoria da qualidade do cuidado. Dentre essas políticas, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN/2000), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna (2004), e a Estratégia Rede Cegonha (RC/2011), tendo o escopo de melhorar a qualidade da assistência no pré-natal, parto e pós-parto; incentivar a realização do parto normal e investir em recursos humanos, físicos e materiais.

No âmbito da saúde suplementar, em 2015, foi criado um programa denominado Parto Adequado, destinado a reduzir o excesso de cesarianas. Ainda que inicialmente com uma participação limitada, envolveu unidades hospitalares de grande prestígio no país, fato que colaborou para sua consolidação e expansão, contando atualmente com a adesão voluntária de quase 150 hospitais (LEAL, 2018).

Mais recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde lançou um projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, denominado *Apice-On*, cujo objetivo é melhorar a formação clínica e a gestão do cuidado em

relação ao parto, nascimento e abortamento, utilizando um modelo baseado em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (LEAL, 2018).

Dessa forma, a implementação desse novo modelo vem reforçar a adoção de medidas voltadas para a redução de desfechos adversos para o binômio mãe/filho, bem como fortalecimento de assistência digna, que promova o empoderamento e protagonismo feminino e que vislumbre o parto como um evento fisiológico e familiar (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Estudos relataram que percepções maternas sobre sua autoeficácia podem ajudar a abordar a maternidade de maneira mais positiva, melhorar seu bem-estar geral, impactar na redução de intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, bem como impactar positivamente na saúde mental durante todo o puerpério. Apontam ainda que gestantes com baixa autoeficácia para o parto se beneficiariam de um maior apoio na construção da sua confiança e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com a dor no parto, por meio de intervenções como atenção plena (BYRNE *et al.*, 2014), prática de yoga durante o pré-natal (SUN *et al.*, 2010) uso de tecnologias educativas (software, cartilhas, álbum seriado, manual, dentre outras) (RAHIMPARVAR *et al.*, 2012).

A participação efetiva e afetiva dos profissionais que assistem ao parto faz-se necessária. Estes devem ter atitudes baseadas nas competências e nas boas práticas com vistas a garantir um parto adequado e seguro para a mulher e o bebê. Essa assistência à gestante e/ou parturiente deve ser prestada por uma equipe multiprofissional, que garantirá um olhar não apenas do seu estado clínico, mas também acerca dos condicionantes e determinantes sociais de saúde que impactam nos resultados obstétricos e neonatais (WHO, 2017).

Dentre esses profissionais, o enfermeiro é considerado pela OMS e outras entidades relacionadas à assistência obstétrica com competência e habilidade para acompanhar a mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal. Sua atuação está diretamente relacionada a desfechos favoráveis, maior número de partos normais, menos intervenções obstétricas, redução da morbimortalidade materna, dentre outros benefícios (WHO, 2017). O Ministério da Saúde também reconhece esse profissional como apto a prestar a assistência às gestantes em todo o ciclo gravídico puerperal, podendo este assumir seguramente todo o acompanhamento do pré-natal de risco habitual (BRASIL, 2012).

Para, além disso, é necessário identificar, por meio de instrumentos válidos e confiáveis, como essa gestante se percebe frente ao parto normal, pois uma vez diagnosticado que esta tem baixa aceitação e/ou não se sente capaz de parir normal, estratégias deverão ser

implementadas no decorrer das consultas pré-natais para promoção da saúde, com vistas ao maior conhecimento e autoeficácia das mulheres com o parto (BRASIL, 2016).

Promoção da saúde é definida como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. A Declaração de Santafé de Bogotá reforça esse conceito, pois traz dentre suas diretrizes a importância do fortalecimento da capacidade da população nas tomadas de decisões que afetam sua vida; da participação da mulher como um elo indispensável na promoção da saúde, por ser esta genitora de vida e bem-estar; e do investimento na investigação em promoção da saúde, gerando ciência e tecnologia apropriada e disseminando o conhecimento resultante, de forma que se transforme em instrumento de liberdade, mudança e participação (BRASIL, 2001; MALTA *et al.*, 2016).

A promoção da saúde na enfermagem obstétrica perpassa pelo empoderamento e preparação realista da mulher e de seu acompanhante para o processo de parto, com o desenvolvimento de uma consciência crítica para a reivindicação de seus direitos e realização de escolhas informadas (BRUGGEMANN *et al.*, 2014). É necessário, portanto, recursos tecnológicos, como instrumentos de coleta de dados, com a finalidade de identificar e avaliar a percepção das mulheres quanto às suas fragilidades e potencialidades em lidar com o trabalho de parto e parto.

Os recursos tecnológicos são ferramentas para um gerenciamento da assistência de enfermagem de forma humanizada, contribuindo para a qualidade, eficácia e efetividade de suas ações. As tecnologias em saúde podem ser classificadas em: tecnologias leves, que implicam a criação de relação entre sujeitos (profissional de saúde e cliente); leves-duras, que são os saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde; e duras, que são os equipamentos tecnológicos (FONSECA *et al.*, 2011).

Dentre as tecnologias utilizadas pela enfermagem estão aquelas de caráter avaliativo, como as escalas, questionários e testes, podendo de acordo com os critérios de Merhy (2002) serem classificados como tecnologias leves-duras.

O uso dos instrumentos de mensuração em forma de escalas e testes validados nacional e internacionalmente é defendido por possibilitar essa coleta sistemática dos dados e avaliação quantitativa dos fenômenos, viabilizando, ainda, a correlação de suas variáveis por meio de testes estatístico (ORÍÁ, 2008).

Sabe-se que uma das estratégias utilizadas mundialmente na busca de melhorias na saúde é a utilização de escalas direcionadas para mensuração dos diversos aspectos relacionados aos determinantes das condições de saúde. Todavia, a maioria desses

instrumentos é de origem estrangeira, sendo imprescindível a tradução e adaptação transcultural, bem como sua validação com custo mínimo, uma vez que se trata de instrumento já testado e validado em outros países.

Quanto a avaliação da autoeficácia na saúde sexual e reprodutiva, observa-se ampla produção nacional relacionada à confiança materna em amamentar (ORÍÁ; XIMENES, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2013; DODT *et al.*, 2015; GUIMARÃES *et al.*, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2018; CHAVES *et al.*, 2019), da prevenção de diarreia na infância (NASCIMENTO *et al.*, 2015; JOVENTINO *et al.*, 2017; SABINO *et al.*, 2018), da disfunção do assoalho pélvico (SACOMORI *et al.*, 2013), mas ainda é incipiente estudos no Brasil que tratam da autoeficácia no parto.

Dentre as tecnologias para mensurar a autoeficácia no parto, tem-se a *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI), instrumento elaborado por Nancy Lowe, em 1993, nos Estados Unidos, um instrumento válido e confiável para mensurar a autoeficácia da gestante no parto nos Estados Unidos da América (EUA), concebido por meio da análise de conteúdo de entrevistas de puérperas, tanto primíparas como múltiparas, da sua experiência com parto.

A CBSEI foi baseada na teoria da autoeficácia de Bandura (1987). Quando Lowe desenvolveu o CBSEI original, ela encontrou suporte à validade de construto com autoeficácia generalizada, autoestima e *locus* de controle interno de saúde. Salienta-se que a autoeficácia no trabalho de parto é um importante marcador das habilidades de enfrentamento das mulheres durante o trabalho de parto e sua satisfação para com este. Por não ser uma característica e sim um estado, a autoeficácia pode mudar conforme fatores circunstanciais e contextuais (LOWE, 1993).

Além dos EUA, 11 países já utilizam esse instrumento, a saber: Austrália (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997), Irlanda do Norte (SINCLAIR; O'BOYLE, 1999), China (IP; CHAN; CHEIN, 2005; 2007), no Iran (KHORSANDI *et al.*, 2008; 2013), na Espanha (CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009), Tailândia (TANGLAKMANKHONG; PERRIN, LOWE, 2011), Jordânia (ABUJILBAN; SINCLAIR; KERNOHAN, 2012), Grécia (GOUROUNTI; KOUKLAKI; LYKERIDOU, 2015); Suécia (CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN, 2015), Alemanha (SCHMIDT *et al.*, 2016) e Portugal (PRATA *et al.*, 2016).

Frente ao exposto, o presente estudo pretende defender a seguinte tese: a adaptação e validação clínica da CBSEI no contexto brasileiro torna esse instrumento confiável e válido para avaliar a autoeficácia da gestante no trabalho de parto e parto?

Assim, uma versão da CSEI, poderá ser um instrumento válido e confiável para a coleta de dados a fim de contribuir para a prática obstétrica no que concerne a identificação das necessidades das gestantes que precisam de apoio adicional, facilitando, dessa forma, o planejamento e implementação em tempo hábil de estratégias que promovam maior confiança em lidar com o parto.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Traduzir, adaptar transcultural e validar o Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) para uso no Brasil.

2.2 Específicos

- Realizar a tradução e adaptação transcultural do CBSEI;
- Realizar a validação de face, conteúdo, construto e critério do CBSEI;
- Verificar a evidência de validade baseada na estrutura interna da CBSEI;
- Analisar as correlações sociodemográficas, obstétricas e clínicas com a expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia das gestantes durante o trabalho de parto e parto das gestantes.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 Políticas de Saúde e humanização do parto

A princípio, o parto acontecia no ambiente familiar/domiciliar e era exclusivamente assistido por mulheres, fossem elas parteiras tradicionais e/ou membro da família. Esse cenário familiar aumentava os vínculos afetivos, diminuindo a pressão que o parto representava na vida da mulher, além de potencializar sua capacidade frente ao processo de parturição (MELO *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2014).

Entretanto, com o avanço da medicina, o parto passou a ser um evento hospitalar, centrado no profissional médico, com recursos tecnológicos, protocolos de cuidado e intervenções, muitas vezes desnecessárias. Esse modelo, conhecido como biomédico descaracteriza a mulher como protagonista de seu parto, com perda da sua autonomia e privacidade. Nesse contexto, o domínio da mulher sobre o trabalho de parto ficou cada vez menor (RATTNER; MOURA, 2016, MATOS *et al.*, 2013).

É um modelo incapacitante, pois coloca a mulher em uma posição passiva, limita seu conhecimento e promove a percepção de que a mulher não precisa mais se preparar para o parto normal, já que o parto abdominal é vendido como uma alternativa para livrar a mulher de sentir a dor durante o trabalho de parto e parto (GOMES *et al.*, 2014).

Um dos fatores responsáveis por estas mudanças foi o lançamento do documento “Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento” pela OMS em 1985, instaurando as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no campo teórico-prático da obstetrícia com vista ao alcance das metas do milênio, destacando-se a da melhoria da saúde por meio da redução da mortalidade materno-infantil (WHO, 1985; 2005).

O documento em questão possibilitou um novo modo de intervir na atenção ao parto e ao nascimento com base em novos referenciais teóricos e práticos, repensando o modelo de intervenção hegemônico centrado na fragmentação e na verticalização das ações profissionais. As práticas de atenção ao parto normal então estabelecidas foram classificadas em categorias relacionadas à utilidade, à eficácia e ao risco: ao estimular a utilização das comprovadamente úteis em favor das prejudiciais e/ou ineficazes, que devem ser evitadas; ao recomendar cautela em relação às baseadas em poucas evidências; e ao desencorajar as inapropriadamente utilizadas (WHO, 2005).

No Brasil, os primeiros indícios de práticas humanizadas para o parto tiveram início nos anos 70, com os dissidentes Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Pará,

ambos inspirados em práticas tradicionais de parteiras e na cultura indígena. Na década de 80, o Brasil apresentou o índice aproximado de 110 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (DATASUS). Baseados nesses dados, vários grupos ofereceram assistência humanizada à gravidez e parto e propuseram mudanças nas práticas, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005).

Ainda nos anos 80, foi instituído pelo MS o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida. O Programa abordou a saúde da mulher de uma forma abrangente, garantindo assistência, em todas as fases da vida, clínico ginecológico, no campo da reprodução (planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério) (BRASIL, 2001).

Dessa forma, a estratégia propiciou à mulher da época maior autonomia sobre o seu corpo, incluindo, assim a decisão sobre qual o tipo de parto deveria escolher, sem a intervenção direta do profissional da saúde (MELO *et al.*, 2017; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Após uma década, precisamente em 1993, fundou-se a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). Este foi um movimento de caráter civil, com atuação até hoje, e traz contribuições significativas para a melhoria da saúde reprodutiva da mulher brasileira. Seu objetivo principal é a divulgação de assistência e cuidados perinatais com base em evidências científicas. Essa rede tem um papel fundamental na estruturação de um movimento que hoje é denominado “humanização do parto/nascimento”. Esse movimento pretende diminuir as intervenções desnecessárias e promover um cuidado em todo o ciclo gravídico-puerperal, baseado na compreensão do processo natural e fisiológico (MOUTA; PROGIANTI, 2009).

A OMS, em 1996, propôs em suas diretrizes que o objetivo da assistência ao parto é obter uma mãe e uma criança mais saudáveis com o mínimo possível de intervenções e compatíveis com a segurança para ambos, reduzindo, assim, a taxa de mortalidade materna e neonatal.

Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas e incentivos voltados às questões da humanização do parto, objetivando alcançar os seguintes resultados: melhoraria da qualidade da assistência obstétrica; revalorização do parto vaginal; redução das taxas de cesáreas desnecessárias, modelo que vem crescendo ao longo das

últimas décadas; fortalecimento da relação entre o binômio mãe e filho (BRASIL, 1999; BRASIL, 1998a; BRASIL, 1998b).

Em 2000, conduzido pelo Ministério da Saúde, foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização de Hospitais. O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (ALMEIDA; TANAKA, 2009; NUNES *et al.*, 2016).

O PHPN está estruturado nos seguintes princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. Porém, ao ser realizado uma avaliação das diretrizes do PHPN, evidencia-se uma abordagem limitada quanto à necessidade de acompanhamento permanente por um indivíduo da rede social e/ou familiar durante o processo de parturição, restringindo-se a garantia da visita do pai sem restrição de horário.

Em setembro de 2000, foi firmado o compromisso para o novo milênio, quando 189 representantes das nações se reuniram para estipular os planos. Foram designados oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), para serem alcançados até o ano de 2015. O 5º objetivo era melhorar a saúde materna, o 4º reduzir a mortalidade infantil. Em 2012, o 4º objetivo foi alcançado, dados recentes mostram que o 5º objetivo não foi alcançado no tempo proposto. O acesso e assistência ao parto e pré-natal de qualidade, são determinantes potencializadores para a redução da morbimortalidade materna (RATTNER; MOURA, 2016).

Na mesma perspectiva foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) e, em 2004, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS, momento em que a humanização da assistência passou a ser vista não mais como um programa, mas como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras no SUS, caracterizando-se pela valorização dos usuários e profissionais nos aspectos socioculturais e emocionais para a promoção da qualidade do atendimento e condições adequadas de trabalho (SOUZA; MENDES, 2009).

No ano de 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), indicando que o Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a

atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Nessa política, evidencia-se que a recomendação quanto a presença de um acompanhante de forma contínua durante o processo de parturição não é uma ação prioritária destacadas em suas diretrizes (BRASIL, 2004).

Ainda em 2004, implementou-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que teve por objetivo articular os atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. Como ação estratégica para a implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, destaca-se o direito ao acompanhante e ao alojamento conjunto, visando assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto, inclusive nos serviços privados e que seja de livre escolha da usuária.

Em 2005 morreram 1.620 mulheres e 34.382 recém-nascidos por complicações na gravidez, aborto, parto ou pós-parto. Dessa forma, a meta do Pacto passou a ser a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal para atingir os índices aceitáveis pela OMS, a médio e longo prazo. Os princípios do Pacto, entre outros, são o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (LEITE; PAES, 2009).

Ainda em 2005, o ministério promoveu seminários e oficinas com a participação de mais de 400 maternidades que atualmente são consideradas referência na realização de partos no SUS. Desde então, mais de sete mil profissionais da rede pública de saúde foram capacitados para atuarem nessa concepção de parto. Neste mesmo ano, por meio da Lei 11.108 de 07 de abril de 2005, regulamentou-se a presença de acompanhantes durante o processo de parturição, indicando-se que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

No ano de 2011, foi lançada a mais recente estratégia de humanização, a Rede Cegonha (RC), que visa à ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança até 24 meses de vida. Para delimitar seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha parte do diagnóstico de que as

mortalidades maternas e infantis permanecem elevadas, prevalecendo uma intensa medicalização do nascimento e uso de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto) (CÔRTEZ *et al.*, 2015; DIAS, 2011).

A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, possibilitando assim uma assistência que integra, de forma holística, todos os quesitos necessários a uma assistência individualizada e focada na humanização, com vistas à redução dos danos decorrentes de uma parturição inadequada (CÔRTEZ *et al.*, 2015; DIAS, 2011).

O MS em 2015, desenvolveu as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, com a participação de um grupo multidisciplinar, a coordenação geral da saúde da mulher, grupo elaborador das diretrizes, formado por clínicos gerais, médico neonatologista, anesthesiologista, obstetra, médicos da família e enfermeiros obstetras, convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Técnicas no SUS (CONITEC). Em fevereiro de 2017, as diretrizes foram publicadas com o intuito de avaliar as informações científicas direcionadas às práticas realizadas no parto e nascimento, proporcionando recurso e orientação envolvidos na assistência, com o objetivo de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2016).

A criação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era até então um dos maiores tratados internacionais que objetivava a diminuição dos índices de pobreza e progresso econômico-social, porém diante de todo o seu desempenho foram estabelecidas novas metas em 2015, classificadas como Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com metas e indicadores, para mensurar os resultados a serem alcançados. Sendo que cada governo irá dispor de suas particularidades tendo em vista as características nacionais. Ficou estabelecido um período de quinze anos, tendo iniciado em 2016. Os ODS têm como base áreas que necessitam de maior atenção como a humanidade e o planeta, segundo o considerado no documento final das negociações “Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development”. Considerando a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 se destacam 5 pilares: as pessoas; o planeta; a prosperidade; a paz; e a parceria. Diante da 70ª Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), vislumbrou-se em seu desfecho a utilidade de abordar características do bem-estar humano tendo como razão as metas contidas na ODM e outra hipótese levantada seria o bem-estar planetário dentro da tangente ambiental (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

Essa Agenda 2030 da ONU traz entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) o ODS 3 – “Assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar para todos em todas as idades” que contém nove metas, das quais três referem-se à ‘agenda inconclusa’ do ODM Saúde: 1. Redução da mortalidade materna; 2. Acabar com a mortalidade prevenível de recém-nascidos e crianças abaixo de cinco anos; e 3. Acabar com as epidemias de HIV/aids, tuberculose, malária e outras doenças tropicais negligenciadas, assim como combater as hepatites, as doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis (RATTNER; MOURA, 2016).

Diante desse contexto, é preciso qualificar a atenção obstétrica visando a redução da mortalidade materna e infantil, conforme preconizado pela OMS, por meio da renovação do modelo obstétrico hegemônico, sobretudo pelo fomento de tecnologias de cuidado não invasivas. Para tanto, torna-se premente que os profissionais de saúde obstétrica, mais especificamente os enfermeiros, estejam engajados e comprometidos com as mudanças necessárias, utilizando tecnologias e ferramentas e estratégias educativas para apoiar e fortalecer a capacidade da mulher em lidar com a ansiedade e medo, especialmente em lidar com a dor do parto, aumentando sua autoeficácia e dessa forma o número de partos normais, contribuindo para o alcance das metas do milênio.

3.2 Autoeficácia no trabalho de parto e parto

A autoeficácia é definida como sendo a capacidade do indivíduo em realizar com sucesso determinado comportamento em um momento específico da vida. A autoeficácia reflete crenças pessoais sobre comportamentos que influenciam os resultados. Essa teoria foi elaborada por Albert Bandura (1987) e tem sido usada em vários contextos da vida humana, inclusive da saúde.

Nesse contexto, abrange domínios como controle da dor, tabagismo, comportamento sexual e adoção de medidas preventivas das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), comportamento e distúrbios alimentares, reabilitação cardíaca ou adesão a regimes terapêuticos complexos (ZINKEN *et al.*, 2008).

A teoria consiste em componentes cognitivos, emocionais e comportamentais que se inter-relacionam. Isso significa que as crenças de autoeficácia são relevantes para o modo como as pessoas se sentem, pensam e se motivam o que, por sua vez, afeta suas escolhas e comportamentos (BANDURA, 1989).

Existem dois aspectos principais na autoeficácia. A expectativa de resultado refere-se à confiança de que um comportamento levará a um determinado resultado e a expectativa de autoeficácia refere-se à crença do indivíduo de que ele é capaz de executar esse comportamento com sucesso em uma situação específica (BANDURA, 1987; 2004).

Nesse sentido, a autoeficácia é basicamente influenciada por quatro fontes de informação que um indivíduo pode obter, a saber: Experiências Anteriores, Experiências Vicárias ou Vicarinales, Persuasão Verbal e Resposta Emocional e Fisiológica.

A primeira delas que se refere as suas próprias experiências anteriores, talvez seja a que mais influencia a aquisição de autoeficácia. São o maior contributo individual para aumentar a confiança, pois fornecem a informação mais forte para realçar crenças de eficácia, fornecem informação direta sobre a realização e levam à formação de juízos de autoeficácia mais exatos. As realizações pessoais, por se basearem em experiências inerentes ao indivíduo, são fontes de informação importantes para a expectativa de autoeficácia.

As experiências positivas ou exitosas são as mais influentes, pois o indivíduo que experimenta sucessos consecutivos na realização de determinada tarefa, torna-se confiante no desempenho dessa tarefa específica (BANDURA, 1977; 1997).

Os indivíduos iniciam tarefas e atividades, interpretam os resultados das suas ações, e usam as interpretações para desenvolver crenças acerca das suas capacidades de executar tarefas e atividades subsequentes e agir em conformidade com as crenças criadas. Resultados interpretados como bem-sucedidos aumentam a autoeficácia, ao contrário, os avaliados como negativos, promovem ansiedade, medo e insegurança diminui a autoeficácia. Experiências positivas, em atividades semelhantes, facultam ao indivíduo informação de que poderá iniciar uma nova tarefa, pois tem capacidade para a executar com êxito e, vice-versa, já os fracassos repetidos dão origem a uma crença mais pobre de autoeficácia. Entretanto, fracassos ocasionais após uma série de sucessos têm pouco impacto sobre as crenças positivas de autoeficácia, enquanto um único êxito numa série de insucessos, presumivelmente, pouco influenciará o aumento dessas crenças (BANDURA, 1997).

As experiências vicárias ou vicariantes são obtidas pela observação do desempenho de outras pessoas de sua confiança. É a experiência indireta resultante da observação de um modelo. Esta fonte de informação é mais fraca que as experiências individuais de sucesso para ajudar a criar as crenças de autoeficácia, mas, quando as pessoas têm pouca certeza das suas capacidades ou pouca experiência anterior, pode produzir mudanças importantes e duradouras no seu comportamento, sendo o efeito de modelagem particularmente relevante neste contexto.

Enquanto as experiências anteriores se relacionam com o ganho de crenças de autoeficácia por meio da experiência individual, o papel da modelação dá a oportunidade ao indivíduo de adquirir crenças de autoeficácia por meio da observação de outros indivíduos bem sucedidos. E, mesmo em indivíduos experientes e autoeficazes, a modelação aumenta ainda mais a sua autoeficácia se os modelos lhes ensinarem melhores formas de fazer as coisas.

A aprendizagem vicariante é particularmente poderosa quando os indivíduos observam semelhanças em alguns atributos e, então, assumem que o modelo é diagnóstico da sua própria capacidade. Ver as pessoas desempenhando atividades sem consequências adversas pode gerar, naquele que observa, a expectativa de que ele também é capaz de fazê-la, dando-lhe oportunidade de crer nas suas próprias capacidades (se ele consegue fazer eu também consigo), o que o ajuda a formar as crenças de autoeficácia. Reciprocamente observar modelos, com atributos idênticos, que falham pode minar as crenças do observador acerca das suas capacidades para obter sucesso nos resultados desejados (BANDURA, 1977; 1997).

O que torna um modelo influente são certas características pessoais, entre as quais a de similaridade percebida. Quando o observador percebe que os atributos dos modelos são muito divergentes dos seus, a influência da aprendizagem vicariante é altamente minimizada. Os indivíduos procuram modelos que possuam qualidades que admiram e capacidades que aspiram ter. Um modelo significativo na sua vida pode ajudar a induzir autocrenças que influenciam o curso e a direção que a vida irá tomar (PRATA et al, 2016).

Contudo, todas as formas de observação de modelos que apresentem êxito apenas têm efeito temporário, deixando de incrementar as crenças de autoeficácia caso, a seguir, não ocorram comprovações reais de êxito. Logo, as aprendizagens vicariantes representam uma força, apenas, relativa de influência sobre a autoeficácia, porque podem ser anuladas por experiências reais de fracasso.

A persuasão verbal é outra fonte de autoeficácia. Consiste num encorajamento verbal dado por sujeitos de sua confiança ou especialistas. É uma estratégia muito utilizada, pois é simples e está sempre disponível. Está fundamentada, não na ação, mas na avaliação efetuada pelos outros, tendo os persuasores um papel importante no desenvolvimento das autocrenças do indivíduo. Embora a persuasão verbal seja uma fonte mais fraca para o incremento da autoeficácia, pode contribuir para desempenhos com sucesso, especialmente se o reforço é dado dentro dos limites reais e se organiza a experiência de modo a que a pessoa possa ter sucesso (BANDURA, 1977; 1997).

Através da persuasão positiva as pessoas podem sentir-se encorajadas e estimuladas a enfrentar situações que avaliavam serem incapazes de realiza-las. Pelo contrário, a negativa pode agir para derrotar e enfraquecer as crenças de autoeficácia. Em suma, é mais fácil enfraquecer as crenças de autoeficácia por meio de avaliações negativas do que fortificá-las através do encorajamento positivo (BANDURA, 1977; 1997).

Os indivíduos também criam e desenvolvem crenças de autoeficácia como resultado da persuasão social que é empregada na tentativa de convencer as pessoas de que possuem as capacidades necessárias para alcançar o que procuram. Envolve exposição aos julgamentos verbais que os outros efetuam. Pessoas com poder de persuasão desenvolvem as crenças dos outros nas suas capacidades e concomitantemente asseguram que o sucesso pretendido pode ser alcançado (BANDURA, 1977).

A quarta fonte de informação para obtenção da autoeficácia são as respostas emocionais e fisiológicas. Estas podem afetar a autoeficácia pois, a ansiedade, o estresse, o medo, a motivação e o estado de espírito frente a certas tarefas, podem levar o indivíduo a inferir que se sente assim porque não é capaz de as realizar, gerando uma influência negativa nas suas crenças de autoeficácia. Estas reações afetivas podem baixar a percepção de autoeficácia e desencadear estresse e agitação adicional, que ajudam a assegurar a execução inadequada da tarefa a ser desempenhada (BANDURA, 1977).

Os julgamentos de autoeficácia, a partir de estados emocionais e fisiológicos, não estão necessariamente ligados a um conjunto de atividades (PAJARES, 2002). Indivíduos deprimidos baixam a sua eficácia independentemente do conjunto de tarefas que têm que realizar. Mas, porque os indivíduos têm a capacidade de alterar os seus próprios pensamentos e sentimentos, aumentar as crenças de autoeficácia pode, por sua vez, influenciar o seu estado emocional e fisiológico.

Assim, para melhorar a percepção de autoeficácia e o desempenho é preciso minimizar o desgaste emocional, aliviar a ansiedade e o medo, e melhorar o bem-estar físico e mental entre outros (SALVETTI; PIMENTA, 2007).

Diante do exposto, a teoria da autoeficácia é aplicável ao enfrentamento materno durante o trabalho de parto e parto. Permite desenvolver investigação sobre a interpretação das mulheres nas causas de estresse do nascimento e sobre a sua percepção de como lidaram com o parto. O estudioso Simkin (1991) e Stern (1997) reportam que o impacto da experiência de parto é transformador, seja esta experiência positiva ou negativa, permanecerão na memória da mulher ao longo da vida.

A confiança materna foi identificada como um componente importante para lidar com a dor no trabalho de parto (LOWE, 1989). A capacidade da mulher para gerenciar a dor durante o trabalho de parto é uma das primeiras áreas da experiência de parto que podem, positiva ou negativamente, influenciar a sua intuição sobre este. As expectativas da mulher no parto normal podem levar a uma sensação de falha se esta aceitar analgesia para o alívio da dor.

A experiência do parto também é influenciada pelo meio social e cultural que está inserida. A dor e a morte são dimensões socialmente reconhecidas como integrantes da experiência do parto. A dor é um dos fatores que mais negativamente interfere, na percepção da experiência de parto. Quando sentida durante o trabalho de parto e se de grande intensidade, pode comprometer seu vínculo com o bebê, e pode ser um fator impeditivo para uma nova gravidez. Assim, compreender a percepção da mulher referente a dor durante o trabalho de parto pode ajudar os profissionais de saúde a prepará-la adequadamente para esse momento (LOWE, 1989).

Essa mesma pesquisadora, em 1993, desenvolveu o *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI) para medir a confiança que a mulher tinha nas suas capacidades para lidar com o trabalho de parto, e usou o modelo de autoeficácia para distinguir entre dois tipos de expectativas para o parto:

1. Expectativas de autoeficácia – percepção da mulher sobre a sua capacidade para **realizar** um determinado comportamento (Exemplo: vou conseguir relaxar durante o trabalho de parto).
2. Expectativas de resultado – Percepção de **utilidade** de um determinado comportamento para ajudar a lidar com o seu trabalho de parto (Exemplo: relaxar durante o trabalho de parto diminui as dores das durante as contrações).

Propôs, ainda, quatro fatores principais como influenciadores da autoeficácia no trabalho de parto (LOWE, 1993):

- experiência anterior de trabalho de parto;
- aprendizagem vicariante a partir de outras pessoas;
- persuasão verbal de outras pessoas de confiança e profissionais;
- ansiedade e estresse.

O *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI) é um questionário que inclui 62 itens, dividido em quatro subescalas:

- AL-OU: Expectativa de Resultado na Fase ativa do Trabalho de parto (15 itens);
- AL-SE: Expectativa de Autoeficácia na Fase Ativa do Trabalho de Parto (15 itens);

- SS-OU: Expectativa de Resultado no Período Expulsivo (16 itens) e;
- SS-SE: Expectativa de Autoeficácia no Período Expulsivo (16 itens).

Os valores de resposta para todas as quatro escalas variam de 1 a 10, sendo nada útil / nada certa e 10 muito útil / muito certa. Pontuações mais altas indicam um maior grau de autoeficácia para lidar com o parto (LOWE, 1993).

A CBSEI é uma ferramenta de diagnóstico psicometricamente sólida que avalia a capacidade da gestante em lidar com o trabalho de parto. Desde sua criação tem sido largamente utilizada em vários países, os quais traduziram, adaptaram e validaram para uso em seu contexto. Em seguida, encontram-se dispostas informações importantes dos estudos dos 11 países que usaram o CBSEI.

Na Austrália, a validação da CBSEI foi realizada com 100 gestantes australianas, das quais 41 delas eram nulíparas e 59 eram múltíparas. A maioria das gestantes era australiana 86%, e casada/união estável (87%). A idade variou entre 21 a 49 anos, com média de 29 anos, com Idade Gestacional (IG) entre sete e 41 semanas, média de 29 semanas gestacionais. Observou-se que 56% das gestantes múltíparas já haviam participado de cursos de preparação para o parto na gestação anterior e 26%, incluindo nulíparas e múltíparas tinham ou estavam se preparando para a gestação atual (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997).

O questionário foi disponibilizado pelos funcionários da clínica, geralmente na sala de espera, onde elas poderiam responder enquanto aguardavam a consulta pré-natal. O profissional que as atendiam também as oferecia, caso não tivessem recebido na recepção. Elas ainda tinham a opção de levar os instrumentos e respondê-los em casa e no retorno da próxima consulta faziam a devolução do material respondido (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997).

O estudo aplicou além da CBSEI que avalia a autoeficácia do trabalho de parto e parto outras escalas que identificam o desempenho, com base na paridade e experiência prévia com o parto, suporte social, conhecimento e ansiedade. Nesse sentido, verificaram que só a experiência anterior positiva e o conhecimento acerca do trabalho de parto podem prever as expectativas de autoeficácia. Não encontrando relação entre a autoeficácia e os níveis de apoio social e de ansiedade percebidos pelas participantes (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997).

O instrumento apresentou alta consistência interna e se mostrou ser um instrumento válido e confiável, apresentando variações de 10 a 18 pontos abaixo nas quatro sub-escalas em comparação com a escala original, que apresentou α de Cronbach acima de 0,90. A validade do instrumento foi determinada pela aplicação da teoria da autoeficácia (Bandura

1982), e identificou que experiência positiva do parto anterior e conhecimento sobre o parto teve efeitos significativos na autoeficácia do parto (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997).

Na Irlanda do Norte, duas enfermeiras irlandesas Sinclair e O'Boyle (1999) realizaram um estudo de coorte que tinha como objetivo replicar o CBSEI e mostrar sua aplicabilidade em um cenário social e cultural diferente da americana e ainda descrever a confiabilidade interna nesse novo cenário.

As pesquisadoras realizaram previamente um estudo piloto, com 12 mulheres, seis ainda no pré-natal e seis no pós-parto e o resultado indicou a necessidade de adequação de alguns termos da CBSEI (SINCLAIR; O'BOYLE, 1999).

A amostra foi composta por 126 gestantes de língua inglesa atendidas em uma maternidade. Todas estavam com mais de 36 semanas gestacionais, com idade entre 18 e 40 anos, sendo quase metade (47%) multípara. Do total, 67% tiveram partos normais, 15% tiveram cesarianas de emergência e 18% tiveram partos instrumentais. Quase 50% da amostra teve seu trabalho de parto induzido.

Observou-se que as mulheres irlandesas que participaram do estudo apresentaram menos confiança em lidar com o trabalho de parto quando comparadas as norte americanas do estudo de Lowe (1993). Esse resultado pode ser devido às diferenças culturais e educacionais entre a Irlanda do Norte e a América do Norte. A replicação da CBSEI na Irlanda do Norte demonstra a robustez da ferramenta e dá algum apoio à sua validade de face, podendo ser utilizada para identificar a capacidade das mulheres em lidarem com o trabalho de parto e parto, especialmente porque permite identificar durante a gestação aquelas que necessitarão de apoio extra para lidar com o processo de parturição.

Na China, três enfermeiras obstetras, Ip, Chan e Tong (2005), docentes do curso de Enfermagem da Universidade de Hong Kong, realizaram a adaptação transcultural e validação da CBSEI para o mandarim. Realizaram o processo em duas fases, a primeira correspondente à tradução e validação de face e conteúdo e a segunda referente à validação com o público-alvo.

Na primeira fase adotaram o percurso metodológico proposto por Brislin's (1970) que sugere as seguintes etapas: tradução inicial, retrotradução, validação de conteúdo por comitê de experts e validação de face por público-alvo (estudo piloto). Assim, a tradução inicial foi realizada por duas enfermeiras obstetras e a retrotradução por outras duas enfermeiras obstetras, todas com experiência em assistência ao parto. Vale destacar que as traduções foram realizadas de forma independentes e que as autoras realizavam a síntese das mesmas formando um único documento.

Em seguida, formou-se um comitê com cinco *experts*, dois médicos obstetras, duas enfermeiras obstétricas e uma enfermeira obstétrica com experiência docente para realizar a validação de conteúdo, utilizando para isso o IVC. O instrumento de avaliação utilizado era do tipo *Likert* com julgamento dos itens da CBSEI quanto a sua relevância. Assim, a cada item poderia ser atribuído um valor de 1 a 4, em que 1 (nada relevante), 2 (pouco relevante), 3 (relevante) e 4 (muito relevante). Foram considerados relevantes os itens que pontuassem 3 ou 4. Assim, o IVC da avaliação da CBSEI pelo comitê de experts foi de 0,85, o que indica que houve alto nível de concordância entre os juízes quanto a relevância e nenhum item foi modificado ou retirado da CSEI.

Na validação de face foram selecionadas por conveniência 10 gestantes que realizavam pré-natal no ambulatório de uma maternidade para avaliarem os itens da CBSEI quanto à clareza e compreensão. Todas as participantes apontaram clareza e compreensão nos itens avaliados, sendo após esse resultado considerado pronto para aplicação com o público-alvo e validação da CBSEI para o idioma chinês.

Para isso, foram recrutadas 160 gestantes chinesas em atendimento pré-natal de uma maternidade regional em Hong Kong. Entretanto, apenas 148 responderam completamente o questionário, sendo essa considerada a amostra final do estudo. A idade variou entre 17 e 43 anos, com média de 28 anos, com IG igual ou maior que 36 semanas, média de 38,9 semanas. Todas tinham companheiro e dois terços delas participaram de atividades educativas de preparação para o parto durante o pré-natal. Quanto à escolaridade, observa-se 60% (n=90) tinham concluído apenas o ensino primário e as demais tinham concluído o ensino médio ou nível superior. No que diz respeito à paridade, 58% (n=86) eram nulíparas.

A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório e as gestantes eram convidadas conforme compareciam ao serviço para atendimento pré-natal. Mediante aceite lhes eram fornecido o questionário o qual respondiam enquanto aguardavam a consulta. As autoras mencionam que o preenchimento do instrumento durou aproximadamente 10 minutos.

Quanto aos escores da CBSEI, as chinesas apresentaram escores mais baixos comparadas as dos estudos anteriores, tanto da expectativa de resultado como de autoeficácia tanto para o período ativo do trabalho de parto como para o período expulsivo. Embora os escores das gestantes tenham apresentados baixos, observa-se alta consistência interna, com α de Cronbach acima de 0,90.

As autoras trazem como recomendação para futuras pesquisas a elaboração da versão reduzida da escala, uma vez que não houve diferenciação nos resultados entre os dois estágios do trabalho de parto. Vale salientar que em 2007, dois anos após a realização desse estudo

uma das autoras com mais dois pesquisadores desenvolveram e validaram a versão reduzida da escala contemplando 32 itens da escala para todo o trabalho de parto (IP; CHUNG; TANG, 2007).

No Irã, a tradução e adaptação transcultural e validação da CBSEI foi realizada por Khorsandi *et al.* (2008), utilizando o mesmo pressuposto metodológico da China (IP; CHAN; TONG, 2005). Assim, na primeira etapa foi realizada a tradução da versão original por dois tradutores com proficiência em inglês. Em seguida, dois bilíngues, um psicólogo e um profissional da saúde realizaram a retrotradução. Os dois pesquisadores e dois bilíngues avaliaram as versões traduzidas e realizaram a síntese, produzindo apenas uma versão, que foi submetida para análise na etapa seguinte. Formou-se um comitê de experts, com um educador em saúde, uma enfermeira obstetra e um psicólogo para realizar a validação de conteúdo, especialmente na escolha da melhor tradução e dos termos mais apropriados para o entendimento das mulheres iranianas. O estudo não remete aos critérios ou instrumentos utilizados, tão pouco dos testes de concordância entre os *experts*.

Realizaram após essa análise teste piloto com 10 gestantes recrutadas nas clínicas maternas onde realizavam seu acompanhamento pré-natal. Esta etapa configura-se a validação de face e se faz essencial para verificar se os itens do CBSEI se apresentam claros e compreensíveis. Assim, todos os itens apresentavam clareza e forma compreendida pelas 10 gestantes.

A validação do CBSEI com o público-alvo foi realizada com uma amostra de 176 gestantes, recrutadas randomicamente em cinco hospitais com clínicas maternas vinculadas a Universidade de Tehran. Mulheres com cesárea prévia foram excluídas do estudo, já que na época, os protocolos obstétricos preconizam que uma “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

A idade das gestantes variou de 17 a 42 anos, com média de 25,8 anos e média de IG de 29,4 semanas. Das 176, 69,3% (n=122) eram nulíparas e 30,7% (n=54) eram multíparas, 61,4% (n=108) eram donas de casa e nunca realizaram atividade laboral fora de seu domicílio, todas casadas e a maioria 93,8% (n=165) havia concluído o ensino médio completo.

O presente estudo não apresentou associação estatística com a paridade e autoeficácia com o trabalho de parto. Com base na teoria da Autoeficácia de Bandura, a experiência prévia com o parto poderia ser um dos fatores mais importantes na influência da autoeficácia da mulher, diferindo do achado no presente estudo e dos demais (DRUMMOND; WOOD, 1997; SINCLAIR; O’BOYLE, 1999; IP; CHAN; CHIEN, 2005).

Além da paridade, a idade não apresentou associação com a autoeficácia no parto, portanto, tanto as mulheres jovens como as mais velhas apresentam a mesma expectativa de resultado e autoeficácia tanto na fase ativa como no período expulsivo do trabalho de parto.

Um dado relevante que as autoras trazem diz respeito à crença religiosa, entre as iranianas foi evidenciada como um fator importante para lidar com o parto. Assim, esta variável mostrou associação e, por esta razão foi acrescentada na escala como um componente importante e, com ele houve acréscimo da consistência interna, uma vez que o α de Cronbach aumentou de 0,84 a 0,91 com os 62 itens para 0,93 a 0,96, com o item “I Praise God and ask for help from him” tradução livre “Louvo a Deus e peço a ajuda dele”.

Assim como, no encontrado por Drummont e Wood (1997) e Ip, Chan e Chien (2005), verificou-se que havia diferença entre expectativa de resultados e expectativa de autoeficácia. Entretanto, não houve nenhuma diferença entre os dois estágios do trabalho de parto, sugerindo que o questionário de Lowe (1993) apresenta uma dimensão única, ou seja, todo o trabalho de parto. Dessa forma, as autoras sugerem a elaboração da versão reduzida, assim como fizeram na China com 32 itens (IP; CHUNG; TANG, 2007), acrescentando mais um item de autoria própria, reportado acima.

A versão traduzida, adaptada transculturalmente e validada com as gestantes do Irã é um instrumento válido e confiável para avaliar a autoeficácia com o trabalho de parto e se mostra potencialmente favorável a identificar mulheres com baixos níveis de autoeficácia em parir normal. Essas informações ajudarão os profissionais que acompanham essas gestantes no pré-natal, médicos, enfermeiros pré-natalista, enfermeiros obstetras e parteiras a desenvolverem intervenções educativas para apoiar e fortalecer sua capacidade de lidar com a dor do parto.

Na Espanha, os pesquisadores Cunqueiro, Comeche e Docampo (2009), vinculadas à duas universidades, Universidad de Vigo e Universidad Nacional de Educación a Distancia em Madrid, e ao Centro de Salud, Fernandez Areal em Porrinõ realizaram um estudo que tinha como objetivo investigar as propriedades psicométricas da versão em espanhol do CBSEI. O estudo realizou a tradução da escala original para o idioma espanhol. A tradução foi realizada por uma enfermeira obstetra e a retrotradução foi realizada por um profissional bilíngue. Depois que a tradução foi refinada iniciou-se o processo de validação, que se apresentaram em duas fases.

Na primeira fase foi realizado um estudo piloto com 12 gestantes no último trimestre da gestação, a fim de avaliar a compreensão e clareza dos itens da escala. Nenhum apresentou dúvida por parte das gestantes, o que demonstrou que o instrumento estava adaptado para o

idioma espanhol. A segunda fase foi entre julho e dezembro de 2003 com 146 gestantes, também no último trimestre gestacional, sem comorbidades, 66% (n=96) eram nulíparas 34% (n=50) múltiparas. Todas tinham companheiros e 50% (n=73) tinham concluído o ensino médio.

Os pesquisadores contaram com o apoio de enfermeiras obstetras do serviço público de saúde de várias regiões da Espanha para o recrutamento das gestantes. Estes entregavam os questionários com uma ficha de informações, questionário e o consentimento livre e esclarecido para serem preenchidos em casa e devolvidos pelo correio ou diretamente por meio das enfermeiras obstetras. Mais de 50% das mulheres retornaram questionários preenchidos.

Os resultados deste estudo são comparados aos resultados obtidos nos Estados Unidos (LOWE, 1993), na Austrália (DRUMMOND; WOOD, 1997) e na Irlanda do Norte (SINCLAIR; O'BOYLE, 1999) e apresenta semelhança com o verificado na escala original de Lowe (1993), especialmente quanto ao coeficiente de consistência interna nas sub-escalas (AL - OU = 0,85; AL - SE = 0,990; SS - OU = 0,87; SS - SE = 0,93) (CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009).

É válido salientar que os dados desse estudo só foram publicados seis anos após a coleta de dados. Naquela época, na Espanha, bem como nos demais países da Europa, não havia obrigatoriedade de submeter pesquisas psicométricas para apreciação do comitê de ética e pesquisa. Entretanto, com o tratado de Bruxelas que entrou em vigor em 2004 a submissão passou a ser obrigatória a toda pesquisa envolvendo seres humanos. Por essa razão, tanta morosidade na publicação dos resultados e, limitou a comparação dos resultados com estudos realizados até então (IP; CHAN; CHIEN, 2005) e Iran (KHORSANDI *et. al.*, 2008).

Assim, como nos estudos anteriores (LOWE, 1993; DRUMMOND; WOOD, 1997; SINCLAIR; O'BOYLE, 1999; IP; CHAN; CHIEN, 2005; KHORSANDI *et. al.*, 2008), os autores também verificaram diferença fatorial entre a expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia, mas não houve diferença entre as duas fases do trabalho de parto (fase ativa e período expulsivo).

Os autores alegam que os resultados não apresentam poder de generalização, uma vez que a amostra foi pequena e não representa a população gestante da Espanha, especialmente quanto ao número de itens da escala (62 itens). Justifica-se pela dificuldade de recrutamento das gestantes, o que impacta diretamente no tamanho amostral.

Mesmo diante das limitações apontadas os resultados encontrados corroboram os demais estudos que atestam a validade e confiabilidade do CBSEI em mensurar a confiança

materna em lidar com o trabalho de parto e recomenda seu uso a nível mundial (CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009).

Na Tailândia, três pesquisadoras, incluindo a autora da escala original, Tanglakmankhong, Perrin e Lowe (2011), realizaram um estudo com 148 gestantes de uma maternidade da Tailândia com o objetivo de testar as propriedades psicométricas das versões em língua tailandesa do CBSEI e do Childbirth Attitude Questionnaire (CAQ) e examinar a equivalência cultural, incluindo conteúdo, técnica, critério e equivalência conceitual das versões em tailandês e inglês dos instrumentos.

O processo de tradução, adaptação transcultural e validação da CBSEI e do CAQ tailandeses foram desenvolvidos em duas fases. Na primeira fase, foram testadas a tradução do instrumento e a validade do conteúdo. Na segunda fase, as propriedades psicométricas foram testadas estimando-se confiabilidade por meio da consistência interna, validade de construto, validade de grupos contrastados e validade relacionada a critérios.

Para a primeira fase, convidaram duas enfermeiras obstetras bilíngues com experiência em tradução para traduzirem as versões originais em inglês para o tailandês.

Em seguida, formou-se um comitê com sete especialistas, quatro enfermeiras obstetras com experiência em docência e três pesquisadores tailandeses especializados em autoeficácia. Os especialistas avaliaram as duas versões, a original e a traduzida, e julgavam com base nas variáveis dicotômicas sim/não cada item da escala quanto: conceitos definidos, clareza e adequado para as mulheres tailandesas. A concordância mínima do IVC era dada quando havia no mínimo seis respostas sim. Os itens traduzidos que não alcançaram a concordância mínima foram considerados revisados, juntamente com os comentários sobre os itens feitos pelos especialistas (TANGLAKMANKHONG *et al.*, 2011).

Treze dos 16 itens da CBSEI foram considerados claros por 80% dos especialistas e os demais foram ajustados e até mesmo parafraseados para facilitar melhor compreensão do conceito pelas tailandesas. Os instrumentos tailandeses modificados foram retrotraduzidos para o inglês por dois professores universitários do departamento de inglês tailandês. Esses tradutores não tinham conhecimento prévio das versões originais em inglês e não eram especialistas em clínica ou teoria.

Na segunda fase, a validação psicométrica foi realizada com uma amostra de 148 gestantes tailandesas que aceitaram participar do estudo voluntariamente e que atendiam aos critérios de inclusão, a saber: idade entre 18 e 45 anos, grávida de feto único, no terceiro trimestre da gravidez (28 a 40 semanas), alfabetizada e fluente em tailandês, sem alto risco de complicações da gravidez e sem cesariana anterior. A média de idade das gestantes foi de 25

anos (min=18 /max=39), a maioria 71% (n=95) tinha no mínimo ensino médio completo e metade era primigesta 50,7% (n=75).

Quanto à consistência interna medida pelo alfa de Cronbach, a CBSEI tailandesa variou de 0,8 a 0,93, evidenciando forte consistência interna nas quatro subescalas e, assim como os estudos anteriores mostrou-se necessidade em elaborar uma versão reduzida da CBSEI por não haver diferenciação entre os dois estágios do trabalho de parto. Parece que as tailandesas entendem o processo de parturição como um período contínuo e fazem a referência como o momento do nascimento, ou seja, no segundo período do trabalho de parto.

Por esta razão, os pesquisadores sugerem a versão reduzida apenas com o período expulsivo. Avaliam ainda o instrumento como útil para testar intervenções que promovam uma experiência positiva com o parto.

Na Suécia, três pesquisadoras suecas realizaram um estudo que tinha como objetivo traduzir e validar a CBSEI para o idioma sueco (CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN, 2014). O estudo foi desenvolvido em duas fases: tradução e validação, seguindo as recomendações do percurso metodológico de tradução e adaptação transcultural que inclui quatro etapas: tradução inicial, retrotradução, comitê de especialista e pré-teste (OMS, 2007).

Na primeira etapa da tradução, três enfermeiras experientes e com domínio na língua inglesa realizaram a tradução para o idioma escandinavo. Em seguida, as versões traduzidas foram comparadas e analisadas considerando a equivalência semântica e clareza das palavras e frases, resultando em uma única versão.

Por conseguinte, realizou-se a retrotradução por um tradutor profissional bilíngue também de forma independente e sem prévio conhecimento do objetivo da pesquisa, tão pouco da versão original da CBSEI.

Os autores revisaram todas as versões com o objetivo de realizar um refinamento linguístico e ajustaram alguns termos e palavras, a saber: nas instruções da parte II, uma parte da frase " *quando você está empurrando seu bebê para dar à luz*" foi removida e " *quando você dá à luz* " foi retida para que menos palavras fossem usadas. Uma palavra comum usada no instrumento que era um problema de linguagem importante diz respeito à tradução da palavra " *contrações*". Na Suécia, tanto " *contrações*" quanto a palavra " *dor*" são usadas durante o parto. Às vezes, elas diferem dependendo de quanto o processo de trabalho de parto excedeu (ou seja, a palavra " *dor*" é mais frequentemente usada durante a fase ativa do trabalho de parto). Dessa forma, optaram por levar esse assunto ao painel de especialistas e gestantes, e estes confirmaram que a palavra " *dor*" era a mais apropriada.

Para além destes, dois itens sofreram refinamento maior, são: o item 3 “*uso da respiração durante minhas contrações*”. As autoras colocam que não se trata da respiração habitual, mas de uma respiração treinada e com uma técnica especial de respiração usada durante o parto. Portanto, o item foi alterado para “*uso técnicas de respiração durante minhas contrações*”. O segundo item discutido foi o item 9, “*Fique por dentro de cada contração*”. Este item foi considerado particularmente problemático na tradução. Isso resultou em uma expressão equivalente “*seguir o ritmo das contrações*”, mais comum na cultura sueca. Finalmente, não houve discrepâncias na tradução reversa de nenhuma palavra ou frase.

Finalizado a análise e síntese das versões, as autoras submeteram para as fases seguintes uma única versão para validação de conteúdo, por dois comitês de especialistas e, para validação de face, com o público alvo. Um dos comitês, nomeado comitê clínico foi composto por cinco profissionais: quatro parteiras e uma enfermeira obstetra e o outro comitê, chamado de comitê teórico, foi composto por três psicólogos. O comitê teórico avaliou o CBSEI a luz da teoria de autoeficácia de Bandura, composto por três experts, todos da área da psicologia.

O comitê clínico identificou como irrelevante para ser aplicado a gestantes nulíparas o item 13 (“*Pense nos outros da minha família*”). As autoras não tecem comentários às motivações que levaram a tê-lo como irrelevante. Já o segundo comitê, que avaliou a escala à luz da teoria da Autoeficácia de Bandura (1977), considerou que todos os itens estão coerentes e mensuram tanto expectativa de resultado como expectativa de autoeficácia.

Na quarta e última etapa da primeira fase do estudo, foi realizado um pré-teste com 21 gestantes de quatro diferentes grupos de educação pré-natal de uma clínica materna. A maioria das mulheres era primigesta e apenas duas estavam grávidas do segundo filho. Nesta fase obteve-se a validação de face, e no geral, a maioria não teve problema para compreender e preencher a versão sueca da CBSEI. Entretanto, algumas comentaram que o instrumento apresentava muitos itens repetitivos e com frases longas. Foi sugerido por duas gestantes que fosse usada uma escala de Likert de 5 pontos, aos invés de 10 pontos. Quanto à relevância apenas um não foi considerado relevante, o item 13 (“*Pense nos outros da minha família*”). Declararam ter dificuldade em saber se o item se referia à própria família com mãe, pai e talvez irmãos, ou a nova família que seria formada com o nascimento do bebê. Se o item se referisse à antiga família (ou seja, mãe, pai e irmãos), era considerado irrelevante e não aplicável à situação. Entretanto, mesmo com essa afirmação, as autoras optaram por manter o item na escala e avaliar sua permanência após testes psicométricos.

As gestantes também afirmaram que se sentiam inseguras em responder o CBSEI, pois achavam que sua inexperiência com o parto as limitavam quanto à compreensão e, conseqüentemente na resposta de cada item da escala.

Dada à tradução, validação de conteúdo e de face, a versão sueca da CBSEI foi submetida à validação psicométrica. Participaram dessa fase 406 gestantes em acompanhamento pré-natal de cinco clínicas maternas da cidade de Halland, na Suécia. Foram incluídas na amostra primigestas, com gestação de risco habitual, feto único e em apresentação cefálica, que sabiam ler e escrever e com idade gestacional igual ou acima de 35 semanas.

As participantes poderiam responder os instrumentos em sua residência, podendo devolver na consulta subsequente ou pelos correios. A equipe de saúde contribuiu no desenvolvimento do estudo, não somente na captação das gestantes, mas em outras etapas da fase de coleta, como entrega dos instrumentos, recepção daqueles respondidos e repasse as autoras.

Utilizando o teste de Wilcoxon pode-se verificar que as mulheres conseguiam diferenciar quando o comportamento era útil (expectativa de resultado) de quando se sentiam capazes em praticá-lo (expectativa de autoeficácia). Destarte, não observou diferença entre os estágios do trabalho de parto, indicando que a escala poderia ser reduzida, retirando aquela referente ao segundo estágio do trabalho de parto, uma vez que esta não contribuiu de forma decisiva para o entendimento da autoeficácia no processo de parto.

Os testes psicométricos utilizados confirmaram que a versão sueca da CBSEI é um instrumento psicometricamente confiável, com alta consistência interna com alfa de Cronbach acima de 0,90 nas quatro sub-escalas, podendo ser utilizada como uma ferramenta para identificar gestantes que precisem de apoio adicional e avaliar os esforços para melhorar sua autoeficácia durante a gravidez.

Outro fato interessante deste estudo, diz respeito a finalidade em se utilizar a CBSEI para avaliar o comportamento das gestantes em ficar em casa durante o início do trabalho de parto e buscar maternidade apenas na fase ativa, já que estudos apontam que a grande maioria das intervenções desnecessárias e cesareanas estão relacionadas a intervenções precoces das gestantes na maternidade na Suécia (CARLSSON *et al.*, 2012).

Na Alemanha, os pesquisadores Shmidt *et al.* (2016) realizaram estudo também com o objetivo de traduzir, adaptar transculturalmente e validar o CBSEI, versão original com 62 itens (LOWE, 1993) e a reduzida com 32 itens, para o idioma germânico. O estudo foi desenvolvido seguindo o percurso metodológico proposto pela Sociedade Internacional de Farmacologia e Pesquisa (ISOPOR) composto por 10 etapas, a saber: 1 – Preparação; 2 -

Tradução direta; 3 - Reconciliação; 4- Retrotradução; 5- Revisão da tradução reversa; 6 - Harmonização; 7- Debriefing Cognitivo; 8 - Revisão dos Resultados da Pesquisa Cognitiva e Finalização; 9 - Revisão e; 10 - Relatório final (WILD *et. al.*, 2005).

Foi realizado na cidade de Bremen, em outubro de 2012, em clínicas de assistência pré-natal, com a participação de 155 gestantes, com 18 anos ou mais, entre 29 e 42 semanas gestacionais, que sabiam ler e escrever. Não houve restrições quanto a paridade, apenas as com cesariana agendada foram excluídas do estudo.

Das 155 gestantes, 80 responderam a escala original completa e 75 à versão reduzida de 32 itens, já validada na China, Irã e Tailândia. Entretanto, abordaremos somente os resultados pertinentes à escala original.

A tradução da CBSEI foi realizada por dois tradutores de forma independente. A retrotradução também contou com dois tradutores. Logo em seguida foi realizada a validação de face com o público alvo a fim de conferir se os itens da escala traduzida eram claros e de fácil compreensão.

A média de idade das gestantes foi de 30,7 anos, idade gestacional 33,6 semanas. A maioria, 80% (N=64) era primigesta, 16% (N=13) era secundigesta e 4% (N= 3) era múltipara. A maioria 97% (N= 78) era casada e mais da metade participaram de curso de preparação para o parto em algum momento da gestação.

Observa-se que os autores compararam a escala traduzida em alemão com a versão traduzida na Suécia (CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN, 2014), observando uma inexpressiva diferença entre elas. Entretanto, como almejavam uma versão no contexto alemão, seguiram todo o protocolo desse tipo de estudo metodológico.

A versão traduzida apresentou consistência interna menor que os da escala original (LOWE, 1993) e dos estudos anteriores, variando de 0,75, a 0,89 nas quatro subescalas. Contudo, esse resultado atesta que a versão da CBSEI é válida para medir a autoeficácia das gestantes alemãs frente ao parto. Entretanto a versão reduzida se apresentou como uma melhor opção, pois apresentou escores maiores em comparação com a CBSEI original.

Estudo realizado na Grécia, também com o objetivo de traduzir o Inventário de Autoeficácia do Parto para o grego e testar psicometricamente a versão traduzida em gestantes primíparas (GOUROUNTI; KOUKLAKI; LYKERIDOU, 2015).

Os dados foram coletados em uma maternidade em Atenas, Grécia, com 145 gestantes em acompanhamento pré-natal e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: saber ler e escrever, gestação de baixo risco (risco habitual), gestação de feto único e primigesta.

Antes da consulta pré-natal, uma das pesquisadoras contatava as mulheres elegíveis para participar do estudo, sendo informadas do objetivo e protocolo do estudo e, uma vez que voluntariamente concordavam em participar, recebiam um envelope contendo os questionários e um termo de consentimento livre e esclarecido. Os questionários preenchidos e o termo de consentimento assinado foram devolvidos diretamente ou por correio ao pesquisador (dentro de uma a duas semanas), durante o período de recrutamento de 3 meses.

A CBSEI foi traduzida do inglês para o grego, por dois profissionais de saúde independentes que eram falantes nativos da língua grega com alto nível de fluência em inglês e por um tradutor profissional que recebeu informações prévias sobre o conteúdo das escalas. O coordenador da tradução (primeiro autor) comparou as duas traduções e as verificou quanto a discrepâncias. Dois outros profissionais de saúde que eram falantes nativos da língua inglesa e eram fluentes em grego, traduziram de volta a versão grega acordada. O coordenador da tradução comparou a retrotradução com o questionário original. Além disso, dois falantes nativos de inglês confirmaram o conteúdo entre a versão original em inglês e a versão retrotraduzida. Quaisquer discrepâncias que emergiram da comparação foram discutidas e dois itens foram reformulados. Após a retrotradução, a versão traduzida foi verificada para minimizar mal-entendidos, principalmente a terminologia e adaptada culturalmente. Portanto, foi desenvolvida uma versão do questionário grego, equivalente em termos linguísticos e conceituais à versão em inglês.

Na validação de face, realizou-se estudo piloto com 15 gestantes, que atendiam aos mesmos critérios mencionados acima. Esse estudo tinha como objetivo verificar possíveis problemas quanto à compreensão e clareza dos itens da CBSEI traduzida, sendo possível corrigi-los sem que houvesse prejuízo quanto a equivalência semântica e conceitual.

Os termos e palavras que não estavam claros ou que eram dúbios passaram por reformulação. O procedimento de reformulação foi baseado em uma série de entrevistas cognitivas que envolveram um pequeno grupo de participantes (cinco gestantes) que fizeram parte do grupo piloto. Para cada pergunta, foi solicitado às participantes que declarassem o que achavam que a pergunta estava realmente fazendo, e alguns itens foram reformulados.

A média de idade das gestantes foi de 30,4 e a idade gestacional média de 38,4 semanas. A maioria das participantes possuía ensino superior, baixa renda anual, era casada e trabalhava. Das 145 gestantes, 80% (N=116) relataram que pretendiam ter um parto normal, enquanto 20% (N=29) pretendiam pedir uma cesariana.

A versão traduzida da CBSEI para o idioma grego é um instrumento válido e confiável, evidenciado pelo alto valor de consistência interna, medido pelo α de Cronbach, variando nas quatro sub-escalas valores entre 0,85 e 0,97.

O estudo ainda mostrou que as gestantes poderiam distinguir entre os dois estágios do trabalho de parto porque relataram um nível significativamente maior de resultados e expectativas de eficácia no segundo estágio do que no trabalho de parto ativo.

Dessa forma, os autores reafirmam que o uso clínico do CBSEI na Grécia pode ajudar os enfermeiros obstetras, obstetrizes e outros profissionais de saúde a identificar mulheres que têm baixa autoeficácia em relação ao parto normal e, conseqüentemente, fornecer mais informações e apoio para melhorar as experiências de parto na Grécia.

Reitera ser uma necessidade urgente, haja vista a alta incidência de parto cesariano, com percentuais acima de 50% no ano anterior a este estudo.

Em 2016, estudiosos vinculados a Universidade do Porto publicaram os resultados do estudo de tradução, adaptação transcultural e validação da CBSEI para o idioma português a ser utilizado em Portugal. O estudo foi desenvolvido em duas etapas, a primeira referente a tradução, retrotradução e validação de conteúdo e segunda referente a validação psicométrica.

O percurso metodológico utilizado para a primeira etapa foi proposto pelo protocolo de Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000), composto por cinco fases: tradução inicial, síntese da tradução, retro tradução, comitê de juizes e pré-teste da versão final.

A tradução e retrotradução foram realizadas por duas tradutoras portuguesas proficientes em inglês, respectivamente. Todas as traduções passavam por uma análise e síntese pelas pesquisadoras.

Na validação de conteúdo da versão traduzida, considerando os aspectos relacionados a equivalência semântica, cultural e conceitual, foi constituído um painel de especialista, composto por cinco peritos na área materna e obstétrica com domínio da língua inglesa. Estes julgaram todos os itens da versão portuguesa da CBSEI como adequados para medir a expectativa de resultado e autoeficácia nos dois períodos clínicos do trabalho de parto: período ativo e período expulsivo.

Após a validação de conteúdo foi realizado estudo piloto (pré-teste) para avaliar se o instrumento de fato apresentava uma leitura de fácil compreensão para as gestantes portuguesas. Participaram do estudo piloto 10 gestantes, no terceiro trimestre da gestação, que estavam realizando consulta pré-natal em um ambulatório obstétrico de um hospital materno na cidade do Porto. Ao aceitarem participar do estudo, lhes disponibilizaram os instrumentos e estas respondiam enquanto aguardavam atendimento. O tempo de resposta foi de

aproximadamente 10 minutos e o resultado confirmou que o instrumento era de fácil compreensão.

Referente a segunda etapa do estudo, validação psicométrica, participaram 525 gestantes, com idade gestacional de 28 semanas ou mais, com 20 ou mais anos de idade e que soubessem ler e escrever português. A seleção da amostra foi por conveniência das gestantes que compareciam as consultas prenatais de duas instituições de saúde da região norte de Portugal, entre setembro de 2009 e setembro de 2012.

A média de idade foi de 30.5 anos e idade gestacional de 33.3 semanas. A maioria das gestantes era casada com 78,9% (N=414), escolaridade básica com 59% (N=310), primigesta com 64.2% (N=337), sem experiência prévia com parto 72.2% (N=379) e participava das aulas de preparação para o parto 60.8% (N=319).

A versão portuguesa da CBSEI se mostrou válida e confiável a autoeficácia das gestantes para lidar com o trabalho de parto e parto normal, por meio do alto índice de consistência interna medido pelo coeficiente de α de Cronbach para todas as subescalas do foram iguais ou superiores a 0.89. O alfa de Cronbach para a escala total das expectativas de resultado foi de 0.94 e para a escala total das expectativas de autoeficácia foi de 0.97.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

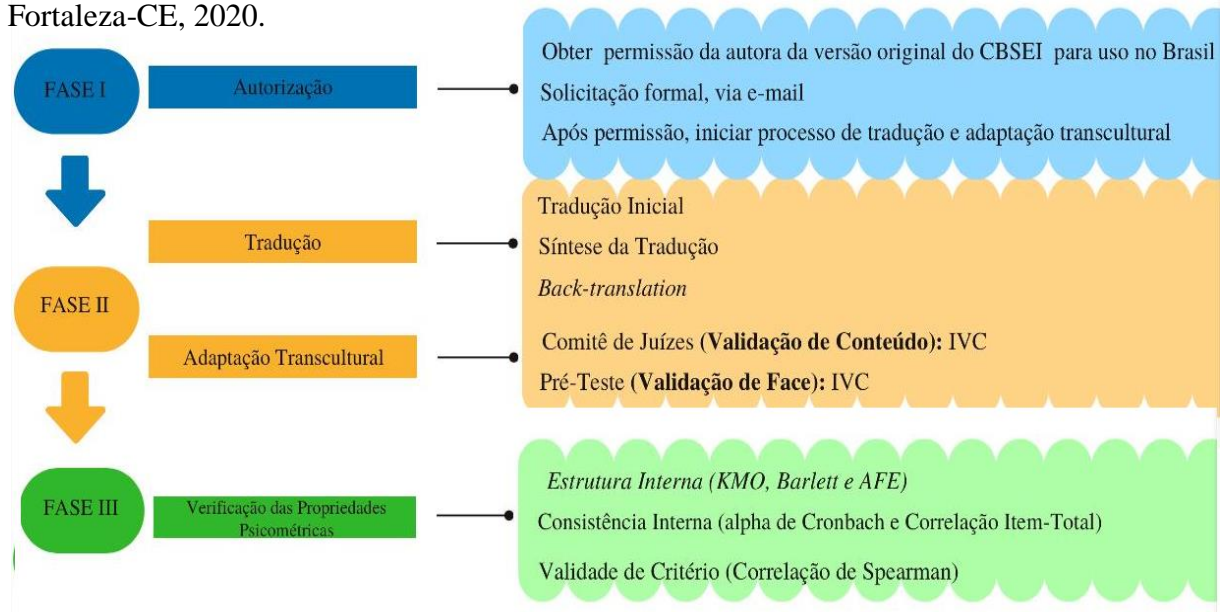
Trata-se de um estudo metodológico que tem como objetivo traduzir, adaptar e validar um instrumento que seja confiável para ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; HULLEY *et al.*, 2015), e versa do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

O crescente interesse em desenvolver estudos metodológicos, especialmente por enfermeiros, deve-se a necessidade da utilização de instrumentos de coleta de dados válidos e confiáveis, muitas vezes escassos, frente às diversas temáticas da área da Enfermagem, sendo estes necessários para avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados, conferindo aos estudos metodológicos crescente interesse entre os enfermeiros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com Pasquali *et al.* (2010), a psicometria possui relação intrínseca com o estudo metodológico e também é o método ideal para estudar fenômenos psicológicos que se constitui em uma das formas de medida por teoria que emprega números no estudo dos fenômenos comportamentais.

O estudo foi realizado em três fases distintas, sendo considerada a Fase I aquela referente à obtenção da permissão da autora, Nancy Lowe, para traduzir, adaptar e validar o CBSEI no contexto brasileiro. Após sua permissão, deu-se início a Fase II do estudo, referente ao processo de tradução e adaptação transcultural. O percurso metodológico adotado nessa fase foi Beaton *et al.* (2007) que contempla cinco etapas, as quais serão detalhadas mais adiante. Em seguida, na Fase III foram verificadas as propriedades psicométricas aplicadas ao CBSEI a 310 gestantes. Todas as fases do estudo encontram-se dispostas na Figura 1, a seguir.

Figura 1 – Representação gráfica da fase I: tradução e adaptação transcultural do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020.



Fonte: elaborado pela própria autora (2020).

4.1.2 Fase I - Autorização do uso do CBSEI

A autorização prévia dos autores principais da escala é altamente recomendável e necessário, atendendo aos quesitos éticos que regem toda e qualquer pesquisa científica (PASQUALI *et al.*, 2010). A autora da CBSEI concedeu previamente autorização formal, por meio de correio eletrônico, para anuência do processo de tradução e adaptação transcultural e validação do instrumento para uso no Brasil (ANEXO D). Por esta razão, o presente estudo considerou esta como sendo a Fase I do estudo.

4.1.2 Fase II - Tradução e Adaptação Transcultural do CBSEI

Conforme mencionado anteriormente, a Fase II adotou o percurso metodológico proposto por Beaton *et al.* (2007), o qual adota cinco etapas distintas, a saber: I - Tradução inicial; II – Síntese das Traduções; III - *Back-translation*; IV - Validação por comitê de juízes e; V - Pré-teste com elaboração da versão final.

4.1.2.1 Etapa I: Tradução inicial para o idioma português

Esta consiste na tradução inicial do idioma original, inglês, para o português. Foram realizadas duas traduções por dois tradutores brasileiros com proficiência em inglês, um deles da área da saúde com ciência do objetivo do estudo (T1) e o outro da área de Letras e sem conhecimento do objetivo do estudo (T2).

4.1.2.2 Etapa II: Síntese das Traduções

Todos os itens/componentes das duas versões (T1 e T2) foram minuciosamente analisados e sintetizados em uma única versão, dando origem a versão (T12). A síntese das traduções foi realizada pela própria pesquisadora, por meio de uma avaliação criteriosa com observância a possíveis erros típicos de tradução, como omissão e/ou acréscimo de uma letra e/ou palavra ou expressão que venha a comprometer o sentido dos itens.

4.1.2.3 Etapa III: Back-translation ou Retrotradução

A *back-translation* ou retrotradução é a tradução de volta ao idioma original, o procedimento adotado consiste no envio do instrumento, para o seu idioma original que deve ser executada por dois tradutores nativos do idioma original do instrumento sem o conhecimento dos objetivos da *back-translation*. Esses critérios tem o propósito de evitar viés na pesquisa. Participaram dois norte-americanos, residentes nos EUA. O contato com os mesmos foram estabelecidos via correio eletrônico. Após a realização das traduções de volta à língua de origem, os instrumentos foram encaminhados ao próximo estágio.

4.1.2.4 Etapa IV: Revisão por um Comitê de Juízes

Na quarta etapa preconizada por Beaton et al. (2007) todos os instrumentos produzidos até esta fase (as duas traduções, a tradução síntese e as duas versões do back-translation, além da versão original) foram examinados por um comitê de juízes formado por profissionais da área da saúde com conhecimento na temática abordada.

4.1.2.5 Etapa V: Pré-teste (Validação de Face)

O cumprimento desta etapa é relevante por oportunizar ajustes advindos de sugestões do público-alvo da escala, verificar a compreensão das questões propostas e servir para o

planejamento da aplicação do instrumento final, tais como: tempo gasto no preenchimento, local adequado, forma de abordagem e aceitação da abordagem (POLIT; BECK, 2011).

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora e colaboradores, previamente treinados e familiarizados com os instrumentos de coleta. A abordagem ocorreu na sala de espera do atendimento pré-natal e a seleção da amostra foi por conveniência, mediante comparecimento às consultas as gestantes eram convidadas a participar do estudo. Aquelas que aceitavam e atendiam aos critérios de inclusão participaram do estudo.

4.2 Fase III: Verificação das Propriedades Psicométricas

Na Fase III foi realizada a validação de construto do CBSEI-Brasil para demonstrar sua capacidade em medir aquilo que realmente se propõe a medir. As evidências imprescindíveis para esse tipo de validação são adquiridas por meio de uma série de análises estatísticas das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas (RAYMONDO, 2009).

4.3 Período e Local do Estudo

A Fase II do estudo foi realizada de fevereiro a maio de 2019. A tradução, síntese da tradução e a *Back-translation* ocorreram na primeira semana de fevereiro e, na semana seguinte já se iniciou o convite aos juízes via e-mail. A validação com os juízes ocorreu de fevereiro a abril e a média de devolução dos instrumentos avaliados foi de 30 dias. Já o pré-teste ocorreu em maio de 2019, na Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) Anastácio Magalhães, especificamente na sala de espera do atendimento pré-natal. Esta UAPS está vinculada a Secretaria Execultiva Regional III, a qual atende a população dos bairros Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Olavo Oliveira, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha. Dentre as 18 UAPS pertencentes a esta Regional de Saúde do município de Fortaleza, a escolha desta foi devido a tratar-se de uma unidade escola, com convênio com os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Esta UAPS recebe acadêmicos de Enfermagem tanto da graduação como pós-graduação da UFC, com foco na atenção a saúde da gestante em todo o ciclo gravídico puerperal dentre outras especialidades.

Referente ao período da Fase III, o estudo foi realizado de maio a dezembro de 2019 nas Unidades de Atenção Primária a Saúde - UAPS das Secretarias Regionais de Saúde – (SER) III e VI, do município de Fortaleza-CE. A UAPS da SER III foi a do Anastácio Magalhães e as da SER VI foram a UAPS Evandro Ayres, UAPS Osmar Viana, UAPS Pedro Sampaio, UAPS Alarico Leite, UAPS Sítio São João, UAPS Luís Franklin e UAPS Casa Verde.

A escolha dessas UAPS foi por conveniência, por contar com uma equipe de enfermeiros que aceitou participar do recrutamento e coleta dos dados junto com a pesquisadora do estudo. Para além dos enfermeiros, participaram estudantes do último ano do curso de Enfermagem que realizavam estágio supervisionado, de uma Instituição de Ensino Superior privada e os membros do Projeto de Pesquisa Promoção da Saúde Materna, vinculados a Universidade Federal do Ceará.

Todos os colaboradores na coleta de dados foram previamente capacitados pela pesquisadora deste estudo. A capacitação ocorreu em uma sala, com apresentação do instrumento e orientações acerca do processo de coleta de dados, com duração de aproximadamente 40 min.

4.4 População e amostra

A amostra do estudo foi composta por profissionais da área da saúde, da educação e por gestantes em atendimento pré-natal de risco habitual.

Na fase II foram recrutados inicialmente quatro tradutores, dois para traduzir o CBSEI para o idioma português e dois para realizar a retro-tradução ou back-translation da versão portuguesa para o idioma inglês. O critério de inclusão dos tradutores foi ser proficiente no idioma inglês e um deles profissional da Enfermagem.

A quantidade de membros para compor um comitê de juízes se apresenta de forma divergente na literatura. De acordo Beaton *et al.* (2007), a recomendação é de quatro membros. Já Pasquali (1998) recomenda seis juízes para a composição ideal de um comitê e Lopes e Araújo (2013) recomendam 22 juízes (expert).

Diante do supracitado, foi adotado um número de quatro membros para a formação do primeiro comitê e 11 membros para a formação do segundo comitê de juízes.

O primeiro comitê foi composto por três enfermeiras obstétricas que possuíam habilidade/conhecimento adquirido pela experiência na assistência obstétrica (gestação, parto e nascimento), habilidade/ conhecimento especializado que as tornam autoridade na

obstetrícia, experiência acadêmica e prática na área temática do instrumento a ser validado e experiência com validação psicométrica. Este comitê realizou a validação de conteúdo do CBSEI e uma profissional da área de letras com experiência em tradução e adaptação transcultural de instrumento. Destarte, todos os membros tinham proficiência no idioma do CBSEI original, ou seja, em inglês. Este comitê foi responsável pela avaliação da adequação da tradução do CBSEI para o idioma português.

O segundo comitê de juízes foi composto por 11 enfermeiros. As três enfermeiras obstetras que fizeram parte do primeiro comitê de juízes também integraram o segundo, juntamente com mais três enfermeiras obstétricas, dois enfermeiros pre-natalista, duas enfermeiras docentes e com experiência em validação de instrumentos e uma enfermeira com doutorado com experiência na teoria de autoeficácia.

Ao término da avaliação do comitê de juízes foram recrutadas 30 gestantes com 18 anos ou mais, gestação de risco habitual e feto único. O tamanho amostral adotado no pré-teste foi conforme estudo de Beaton *et al.* (2007) que recomendam uma amostra com 30 a 40 sujeitos.

Na fase III, a amostra foi calculada com base nas recomendações de Sapnas e Zeller (2002) que determinam no mínimo cinco sujeitos por item. Dado o número de itens do CBSEI que apresenta 62 no total, foram incluídas 310 gestantes que atendiam os critérios de inclusão, a saber: idade gestacional igual ou maior que 28 semanas, com 18 anos ou mais, em acompanhamento pré-natal, risco habitual, gravidez única. Foram excluídas da amostra gestantes com cesárea eletiva.

4.5 Instrumento de Coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizado pelo primeiro comitê de juízes foram: formulário de caracterização dos juízes (APÊNDICE B), formulário de avaliação da adequação da tradução (APÊNDICE C), e todos os instrumentos produzidos (as duas traduções, a tradução síntese e as duas versões do *back-translation*, além da versão original). Estes avaliaram quanto ao aspecto gramatical e vocabulário (equivalência semântica), elaboração de expressões equivalentes em português para expressões idiomáticas de difícil tradução (equivalência idiomática), uso de termos coerentes com a realidade cultural da população do estudo (equivalência cultural). Para mensuração do parecer referente a adequação da tradução, foi utilizada uma escala tipo Likert, de três pontos, a saber: Tradução Adequada (TA), Tradução Parcialmente Adequada (TPA) ou Tradução Inadequada (TI).

Aquelas avaliadas como TPA e TI tinham espaços suficientes para os avaliadores sugerirem as devidas correções/alterações (APÊNDICE B).

Um segundo comitê utilizou o mesmo formulário de caracterização dos juízes e o formulário de validação de conteúdo (APÊNDICE D) da versão adaptada transculturalmente para o Brasil do CBSEI. Este avaliou quanto à equivalência conceitual, com observância se o item/componente se apresentava de forma clara, compreensiva, simples e inequívoca (clareza), se o item/componente tinha associação com expectativa de resultado e autoeficácia na fase ativa e período expulsivo do TP e não insinua atributo divergente (pertinência) e se a presença do item é relevante (relevância). Para mensuração do parecer deste comitê de juízes, foi utilizada uma escala tipo Likert, com cinco pontos, a saber: 1 – discordo completamente; 2 – discordo em parte; 3 - indiferente; 4 - concordo parcialmente; e 5 - concordo completamente

No pré-teste com as 30 gestantes foi utilizado o formulário de caracterização da amostra (APÊNDICE F), contendo aspectos referentes aos dados sociodemográficos, obstétricos e clínicos das gestantes e o formulário de avaliação do CBSEI após validação do conteúdo (APÊNDICE G).

As variáveis sociodemográficas foram: idade, estado civil, raça, escolaridade, profissão, religião e renda familiar. Quanto as características obstétricas têm-se intercorrências na gestação atual, número de consultas pré-natais, participação em curso de gestante, orientação recebida quanto a preparação para o trabalho de parto e parto, aleitamento materno, puerpério, para, além disso, se teve a presença do acompanhante nas consultas pré-natais, qual o profissional que realizou as consultas pré-natais, se conhece a maternidade que pretende ter o bebê, se já conheceu a referida maternidade, idade gestacional atual, se gestação planejada, paridade, história de aborto, via de parto anterior, via de parto desejada na gestação atual, confiança em parir normal, conhecimento sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, sinais do trabalho de parto e técnicas de respiração.

Referente ao formulário de avaliação da versão do CBSEI validada pelo comitê de juízes, as gestantes avaliaram quanto a clareza e compreensão dos itens/componentes, sendo utilizado uma escala tipo Likert, de cinco pontos, a saber: 1 – discordo completamente; 2 – discordo em parte; 3 - indiferente; 4 - concordo parcialmente; e 5 - concordo completamente.

Na Fase III do estudo foi utilizado o mesmo formulário de caracterização aplicado no pré-teste (APÊNDICE F) e a versão adaptada transculturalmente e validada quanto ao conteúdo e aparência/face, o CBSEI (APÊNDICE G).

4.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados, digitados, tabulados, processados e analisados por meio do programa Excel 2016, do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0. Para verificar a normalidade da distribuição dos dados contínuos foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (KS), sendo evidenciado, em todas as variáveis contínuas testadas, que a amostra seguia um padrão de anormalidade. Sendo assim, as variáveis contínuas foram expressas por meio da mediana, as categóricas em frequências absoluta e relativa.

Para análise estatística das respostas dos juízes foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Em seguida foi calculadas as médias dos IVC entre os juízes, individual e total, para todas as assertivas do instrumento traduzido e proporção de assertivas que atingiram escore 1 (concordo totalmente ou concordo parcialmente) (POLIT; BECK, 2011).

Foi considerado como critério de pertinência dos itens, uma concordância entre os juízes $\geq 80\%$ (0,80), conforme orienta Pasquali (2010). Os itens com valores $< 80\%$, foram analisados de acordo com as sugestões dos juízes para implementar as devidas alterações. Os mesmos critérios se aplicaram a avaliação das respostas do pré-teste pelo público alvo quanto a clareza e compreensão.

Referente a análise estatística da Fase III, foram calculadas as frequências absolutas, relativas e as medidas de tendência central. Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, a fim de identificar a normalidade dos dados. Os testes psicométricos utilizados para verificar a validade da estrutura interna foram: Análise Fatorial Exploratória (AFE), sendo esta análise precedida da análise de adequação da amostra por meio do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e esfericidade de *Bartlett*. O valor mínimo da saturação dos componentes deverá ser de 0,30 para cada item, considerando o valor da Rotação *Varimax* para cada subescala > 1 .

A análise fatorial tem como objetivo analisar a estrutura das inter-relações (correlação) de um conjunto de variáveis entre si. Esta é útil para estudos que envolvem muitas variáveis que podem ser reduzidas a um conjunto menor, como itens de questionário ou uma bateria de testes. O objetivo deste processo é identificar os conceitos subjacentes a um fenômeno e, assim, facilitar as interpretações, bem como garantir que o instrumento poderá ser replicado, pois confirma sua estabilidade e fortalece a teoria a qual se aplica.

Existem dois tipos básicos de análise fatorial: Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC). O objetivo da AFE é explorar a estrutura fatorial provável de um instrumento quando usado em uma população específica, metrificando a quantidade de fatores adjacentes. Já a AFC é utilizada para testar a relação entre as variáveis

observadas e seus fatores latentes subjacentes. Entretanto, optou-se apenas pela AFE, pois este teste já respondia o objetivo que se pretendia alcançar com a análise fatorial.

A confiabilidade da versão do CBSEI-Brasil foi obtida pelo coeficiente de alfa de Cronbach e correlação item total para avaliar a consistência interna. A confiabilidade refere-se à quão estável, consistente ou preciso é um instrumento, sendo este um dos critérios principais de qualidade de um instrumento (TERWEE *et al.*, 2007; PASQUALI *et al.*, 2010). Esta foi analisada de acordo com a consistência interna, determinada pelo coeficiente alfa de Cronbach.

A consistência interna indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica (STREINER, 2003). Trata-se de uma importante propriedade de medida para instrumentos que avaliam um único construto, utilizando, para isso, uma diversidade de itens. Uma estimativa de consistência interna baixa pode significar que as respostas às questões do instrumento são inconsistentes (POLIT; BECK, 2011).

Tratando-se do CBSEI que é um instrumento do tipo escala de *Likert*, ou seja, que apresenta uma escala ordinal, a precisão de consistência interna alfa de Cronbach é a medida mais comum quando se trata de confiabilidade.

O valor do alfa de Cronbach pode variar entre zero e um e, de modo geral, um instrumento ou teste é considerado como tendo confiabilidade adequada quando o alfa é pelo menos 0,7 (PESTANA; GAGUEIRO, 2005). Dessa forma, o presente estudo assume como adequado valores do α -Cronbach $> 0,80$.

Ratifica-se que o alfa de Cronbach mede a unidimensionalidade de um instrumento. Logo, quando o instrumento apresenta vários subcomponentes (domínios), o alfa de Cronbach deve ser calculado separadamente para cada domínio, uma vez que existem teoricamente vários construtos em questão (CRONBACH, 1951).

Quanto à correlação do item-total diz respeito à identificação de quais itens mais contribuem para produção de variância no score total, elemento a partir do qual são feitos os julgamentos das diferenças individuais no construto medido (PASQUALI, 2010).

Valores para uma correlação item-total entre 0 e 0,19 podem indicar que a questão não está discriminando bem, valores entre 0,2 e 0,39 indicam boa discriminação e valores $\geq 0,4$ indicam discriminação muito boa.

A sensibilidade do CBSEI-Brasil foi obtida por meio da Correlação de *Spearman*, entre as variáveis preditoras (idade, escolaridade, paridade, confiança em parir e acompanhante no PN) com a variável desfecho (autoeficácia no trabalho de parto e parto). Para verificar diferença nos valores de expectativa e resultado e autoeficácia nos dois períodos

clínicos do trabalho de parto foi utilizado o teste *Wilcoxon Signed Rank*, Essas associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p foi $\leq 0,05$ (POLIT; BECK, 2011).

4.7 Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Ateneu, obtendo aprovação sob protocolo 11791019.6.0000.80.85. Assim, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/12, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo (experts e gestantes), sendo-lhes garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (BRASIL, 2012). O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção dos participantes recrutados.

4 RESULTADOS

4.1 Resultado da tradução e adaptação transcultural do CBSEI-Brasil

No quadro abaixo, encontram-se dispostos os resultados da Fase II do estudo relacionado à tradução inicial, por dois brasileiros com proficiência em inglês. A tradutora da área da saúde era uma enfermeira, com doutorado em Enfermagem e com experiência em tradução e adaptação transcultural de escalas, esta foi responsável pela Tradução 1 (T1), já o outro tradutor foi um professor da língua inglesa, com proficiência no idioma e experiência na docência há mais de 10 anos sendo responsável pela Tradução 2 (T2). As traduções encontram-se no Quadro 01, bem como a síntese das duas traduções (T12) realizada pela própria autora.

Quadro 01 – Processo de tradução e adaptação transcultural do CBSEI: tradução inicial – T1 e T2) e síntese das traduções. Fortaleza, 2020.

| Versão traduzida (T1) | Versão traduzida (T2) | Síntese das traduções (T12) |
|---|---|---|
| Inventário de autoeficácia com o parto | Questionário de autoeficácia do parto | Questionário de Autoeficácia no Parto (QAEP) |
| Parte I | Parte I | Parte I |
| Pense em como você imagina que será seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver tendo contrações a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada um dos comportamentos a seguir, indique como você percebe que esse comportamento é útil para ajudar a lidar com essa parte do trabalho de parto, circulando uma das opções entre o número 1, inútil, e 10, completamente útil. | Imagine que você está em trabalho de parto sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos de intervalo ou menos. Para cada um dos comportamentos a seguir, indique como você acha que seria a utilidade desse comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto circulando uma das opções entre número 1, inútil, e 10, muito útil. | Imagine que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil pensa que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil. |
| Continue pensando sobre como você imagina o seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver tendo contrações com 5 minutos de intervalo ou menos. Para cada comportamento, indique o quão certo você está em sua capacidade de usar o comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto, circulando uma das opções entre número 1, nada certo e 10, completamente certo. | Continue pensando como você se imagina em seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver tendo contrações de 5 em 5 minutos mais ou menos. Para cada comportamento, indique o quão certo você está na sua capacidade de usar o comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto, circulando uma das opções entre número 1, nada certo e 10, muito certo. | Continue pensando que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão certo estar que realizará esse comportamento para ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo. |

| Parte II | Parte II | Parte II |
|--|---|--|
| Pense em como você imagina o seu trabalho de parto e como se sentirá quando você estiver fazendo força para empurrar o seu bebê e dá à luz. Para cada um dos comportamentos a seguir, indique como você acha que seria a utilidade desse comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto circulando uma das opções entre o número 1, inútil, e 10, muito útil. | Imagine-se em seu trabalho de parto e como se sentirá quando você estiver fazendo força para expulsar o seu bebê e dá à luz. Para cada um dos comportamentos a seguir, indique como você acha que seria a utilidade desse comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto circulando uma das opções entre o número 1, inútil, e 10, completamente útil. | Imagine que você está em trabalho de parto, fazendo força para empurrar o seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil pensa que esse comportamento irá ajudá-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil. |
| Continue pensando como se imagina em seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está na sua capacidade em usar esse comportamento para lidar com essa etapa do trabalho de parto, circulando uma das opções entre o número 1, nada certo e 10, completamente certo. | Continue pensando sobre como você imagina o seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver fazendo força para expulsar o seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certo você está de sua capacidade de usar esse comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto, circulando uma das opções entre o número 1, nada certo e 10, completamente certo. | Continue pensando que você está em trabalho de parto fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está que irá realizar esse comportamento que irá te ajudar a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo. |
| Relaxar meu corpo | Relaxar meu corpo | Relaxar meu corpo |
| Estar preparada para cada contração | Preparar-me para cada contração | Preparar-me para cada contração |
| Usar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto |
| Manter-me controlada | Manter-me no controle | Manter-me controlada |
| Pensar em relaxamento. | Pensar em relaxar | Pensar em relaxar |
| Concentrar-se em algum objeto no quarto para me distrair | Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair |
| Manter-me calma. | Manter-me calma | Manter-me calma |
| Concentrar-me em pensar no bebê | Concentrar meu pensamento no bebê | Concentrar meu pensamento no bebê |
| Ficar no controle de cada contração. | Estar atenta a cada contração | Ficar atenta a cada contração |
| Pensar positivo | Pensar positivo | Pensar positivo |
| Não pensar na dor | Não pensar na dor | Não pensar na dor |
| Dizer a mim mesma que eu posso fazer isso | Dizer a mim mesma que sou capaz | Dizer a mim mesma que sou capaz |
| Pensar nos membros da minha família | Pensar nos outros membros da minha família | Pensar nos outros membros da minha família |
| Concentrar-me em superar uma contração de cada vez | Concentrar-me em passar uma contração por vez | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez |
| Manter o foco na pessoa que me | Focar na pessoa que me | Focar na pessoa que está me |

| | | |
|--|--|--|
| assiste no parto | ajuda no parto | ajudando no parto |
| Ouvir o encorajamento da pessoa que esteja me ajudando | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando |

Fonte: elaborado pela própria autora (2020).

No quadro 02 encontra-se disposto a 3ª etapa do processo de tradução e adaptação transcultural, ou seja, a *Backtranslation*, também denominada retrotradução. Esta por sua vez foi realizada por dois tradutores nativos do idioma de origem do CBSEI. Nota-se que não houve divergências semânticas entre as traduções, portanto, considerou-se concluída a tradução do CBSEI para o idioma brasileiro.

Quadro 02 – Apresentação das versões produzidas na *Backtranslation*, BT1 e BT2, do processo de tradução e adaptação transcultural da CSEI. Fortaleza, 2019.

| Versão original - Inglês | Traduções (BT1 e BT2) |
|---|--|
| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | BT1 - Childbirth Self-Efficacy Inventory BT2 - Self-Efficacy of Childbirth Inventory |
| Part I | BT1 – Part I BT2 – Part I |
| Think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. | BT1 - Think about how you imagine your labor and how you'll feel when you're having contractions every 5 minutes. For each of the following behaviors, indicate how think the behavior would be useful during contractions, circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. BT2 – Imagine yourself in labor and how you feel when you are having contractions every 5 minutes more or less. For each of the following behaviors, indicate how you can use this kind of the behavior to deal with this step of the labor, circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. |
| Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. | BT1 – Keep thinking about how you imagine yourself in your labor and how you feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. BT2 - Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes more or less. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. |
| Part II | BT1 – Part II BT2 – Part II |
| Think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of | BT1 – Imagine yourself in your labor and how you will feel when you are trying to force your baby out and give birth. For each of the following behaviors, indicate how useful you think this behavior would be to help you cope with this stage of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. BT2 – Imagine your self how your labor will be and how |

| | |
|---|--|
| labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. | you'll feel when you are pushing your baby out to give birth. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. |
| Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. | BT1 – Keep thinking about how to imagine your labor and how to feel when you are pushing to put pressure on your baby and give birth. For each behavior, clue or how right it is in your ability to use that behavior to handle this stage of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. BT2 – Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. |
| Relax my body | BT1 – Relax my body BT2 – Relax my body |
| Get ready for each contraction. | BT1 – Prepare for each contraction BT2 – Get ready for each contraction. |
| Use breathing during labor contractions | BT1 – Use breathing during labor contractions BT2 – Use breathing in the labor contractions |
| Keep myself in control | BT1 – Hold my self in control BT2 – Keep my self in control |
| Think about relaxing | BT1 – Think about relaxing BT2 – Think about relaxing |
| Concentrate on an object in the room to distract myself | BT1 – Concentrate on an object in the room to distract myself BT2 – Focus on an object in the room to distract myself |
| Keep myself calm | BT1 – Keep myself calm BT2 – Keep myself calm |
| Concentrate on thinking about the baby | BT1 – Concentrate on thinking about the baby BT2 – Focus on thinking in my baby |
| Stay on top of each contraction | BT1 – Stay in the control each contraction BT2 – Stay on top of each contraction |
| Think positively | BT1 – Think positively BT2 – Think positively |
| Not think about the pain | BT1 – Not think about the pain BT2 – Not think about the pain |
| Tell myself that I can do it | BT1 – Tell myself that I can do it BT2 – Tell myself that I am capble |
| Think about others in my family | BT1 – Think about others in my family BT2 – Think about the membrs of my family |
| Concentrate on getting through one contraction at a time | BT1 – Focus on getting through one contraction at a time BT2 – Concentrate on getting through one contraction at a time |
| Focus on the person helping me in labor | BT1 – Focus on the person helping me in labor BT2 – Concentrate on the person helping me in labor |
| Listen to encouragement from the person helping me | BT1 – Listen to encourage the person who is helping me BT2 – Listen to encouragement from the person helping me |

Fonte: elaborado pela própria autora (2020).

Finalizadas as etapas relacionadas à tradução, todos os instrumentos até então produzidos (T1, T2, T12, BT1 e BT2), bem como a versão original (inglês), foram reunidos e submetidos a avaliação de um comitê constituído por sete juízes, sendo seis enfermeiros, destes quatro eram enfermeiras obstetras e dois enfermeiros pré-natalista. Além destes, uma linguista graduada em letras com experiência no processo de tradução de instrumentos também participou do comitê. Esse comitê de juízes avaliou aspectos semânticos, conceituais, idiomáticos e experienciais dos itens/componentes do CBSEI a fim de averiguar a adequação da tradução deste instrumento e, assim, produzir a versão pré-final da versão traduzida.

Para avaliar o índice de concordância entre os juízes foi utilizado o IVC, conforme ilustrado na Tabela 2. Aqueles itens com discordância maior que 20% foram alterados. Observa-se que a maioria dos itens avaliados apresentou IVC superior a 80% e, por esta razão foram mantidos conforme a síntese das traduções. Entretanto, os juízes consideraram que o título do instrumento deveria ser mantido no idioma de origem, para não perder a referência do nome original.

Aqueles com discordância entre os juízes foram: o item 2 – “Estar preparada para cada contração”, o item 3 “Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto, o item 4 “Manter-me no controle” e o 13 “Pensar nos outros membros da minha família”.

Quanto ao item 2 foi apontado semelhança com oito dos itens do instrumento, a saber: 4, 7, 19, 22, 34, 37, 50 e 53. Ademais, foi questionado sobre qual tipo de preparo se referia, se preparo físico, psicológico e/ou emocional.

Referente ao item 3 sugeriu-se adicionar antes da palavra respiração o termo “técnica de”, uma vez que existem técnicas próprias que favorecem o bem-estar materno e fetal durante as contrações.

Referente ao item “Manter-me controlada”, recomendou-se a mudança para “Manter controle emocional e também “Manter-me no controle”, sendo acatada esta última recomendação, por mais de um juiz ter sugerido. Já quanto ao item “Pensar nos outros membros da minha família”, que também apresentou percentual de discordância de 20%, foi sugerida a seguinte descrição “Pensar nos familiares que me apoiam”. Entretanto, como o percentual de discordância não foi superior a 20%, optou-se por mantê-los sem as alterações sugeridas.

Tabela 1 – Índice de Concordância e média geral entre os itens da CBSEI. Fortaleza, 2020.

| Sub-escalas | ITEM/COMPONENTE | IVC |
|-------------|--|------|
| Título | Questionário de Autoeficácia no Parto (QAEP) | 0,57 |
| AL-OU | Imagine que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil pensa que esse | 0,85 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|---|------|--|------------------|---|---|---|---|---|----|------|
| | | comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil. | | | | | | | | | | |
| AL-SE | | Continue pensando que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão certo estar que realizará esse comportamento para ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certa. | 0,85 | | | | | | | | | |
| SS-OU | | Imagine que você está em trabalho de parto, fazendo força para empurrar o seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil pensa que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil. | 0,85 | | | | | | | | | |
| SS-SE | | Continue pensando que você está em trabalho de parto fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está que irá realizar esse comportamento que irá te ajudar a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo. | 0,85 | | | | | | | | | |
| 1 | 16 | 31 | 47 | Relaxar meu corpo | 1,00 | | | | | | | |
| 2 | 17 | 32 | 48 | Preparar-me para cada contração | 1,00 | | | | | | | |
| 3 | 18 | 33 | 49 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 0,85 | | | | | | | |
| 4 | 19 | 34 | 50 | Manter-me controlada | 0,57 | | | | | | | |
| 5 | 20 | 35 | 51 | Pensar em relaxar | 1,00 | | | | | | | |
| 6 | 21 | 36 | 52 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1,00 | | | | | | | |
| 7 | 22 | 37 | 53 | Manter-me calma | 1,00 | | | | | | | |
| 8 | 23 | 38 | 54 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1,00 | | | | | | | |
| 9 | 24 | 39 | 55 | Ficar atenta a cada contração | 1,00 | | | | | | | |
| 10 | 25 | 40 | 56 | Pensar positivo | 1,00 | | | | | | | |
| 11 | 26 | 41 | 57 | Não pensar na dor | 1,00 | | | | | | | |
| 12 | 27 | 42 | 58 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1,00 | | | | | | | |
| 13 | 28 | 43 | 59 | Pensar nos outros membros da minha família | 0,85 | | | | | | | |
| 14 | 29 | 44 | 60 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1,00 | | | | | | | |
| 15 | 30 | 45 | 61 | Focar na pessoa que está me ajudando no parto | 1,00 | | | | | | | |
| | | 46 | 62 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1,00 | | | | | | | |
| | | Nada Útil/Certo | | | Muito útil/Certo | | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1,00 |

Fonte: Elaborado pela própria autora, 2020.

Quanto a adequação das expressões, os juízes sugeriram a palavra “pensa” ao invés de “acha”. No Brasil, especialmente na linguagem popular se observar muito o uso dessa palavra “achar” para expressar opinião, tendo o mesmo sentido de pensar, considerar. Assim, optou-se por acatar a sugestão dos juízes.

Outra sugestão de duas juízas foi relacionada a descrição das fases do trabalho de parto no enunciado das sub-escalas. Sugerindo que acrescentasse a expressão “fase ativa” na sub-escala AL-OU e AL-SSE e “período expulsivo” na sub-escala SS-OU e SS-SE.

Justificaram que esses termos auxiliariam melhor a gestante a diferenciar entre os dois períodos do trabalho de parto.

Com relação à palavra “contrações”, três juízas consideraram que a palavra no sentido da frase apresentava clareza, era pertinente e relevante, entretanto pontuaram que poderia ser descrito juntamente com a descrição do tipo característico de contrações desse período do trabalho de parto, ou seja, “rítmicas” e “dolorosas”. A sugestão foi acatada e a expressão ficou: “Imagine que você está na *fase ativa* do trabalho de parto, sentindo contrações uterinas *rítmicas e dolorosas* com intervalo a cada cinco minutos ou menos” e para as sub-escalas SS-OU e SS-SE “Imagine que você está no *período expulsivo* do trabalho de parto”.

Finalizada esta etapa do processo de adaptação transcultural, a versão pré-final (Quadro 04) foi aplicada na amostra proposta do CBSEI-Brasil. Nota-se que foram realizadas poucas alterações, uma vez que os itens modificados sofreram apenas acréscimo de palavras ou termos ou mudança de palavras mais conhecidas e que o público alvo tivesse mais familiaridade e, dessa forma contribuir para uma melhor compreensão.

Quadro 03: Versão Final da Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) adaptada para o contexto brasileiro. Fortaleza-CE. 2020.

| Childbirth Self-Efficacy Inventory | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|-------|-------|
| Questionário de Autoeficácia com o Parto – CBSEI | | | | | | | | | | | |
| Imagine que você está na fase ativa do trabalho de parto, sentindo contrações uterinas <i>rítmicas e dolorosas</i> com intervalo a cada cinco minutos ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil você acha que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | Nada | | | | | | | | Muito | |
| | | Útil | | | | | | | | Útil | |
| 1 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4 | Manter-me controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 12 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 13 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 14 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 15 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Continue pensando que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão certo estar que realizará esse comportamento para ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certa. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | Nada | | | | | | | | | Muito |
| | | Certo | | | | | | | | | Certo |
| 16 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 17 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 18 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 19 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 20 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 21 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 22 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 23 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 24 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 25 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 26 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 27 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 28 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 29 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 30 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Continuação

Imagine que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil acha que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil.

| | | Nada Útil | | | | | | | | | | Muito Útil |
|----|--|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------|
| 31 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 32 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 33 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 34 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 35 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 36 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 37 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 38 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 39 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 40 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 41 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 42 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 43 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 44 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 45 | Focar na pessoa que está me ajudando no parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 46 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Continue imaginando que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está em realizar esse comportamento para te ajudar a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo.

| | | Nada Certo | | | | | | | | | | Muito Certo |
|----|--|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------|
| 47 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 48 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 49 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 50 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 51 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 52 | Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 53 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 54 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 55 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 56 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 57 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 58 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 59 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 60 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 61 | Focar na pessoa que está me ajudando no parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 62 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Fonte: elaborado pela própria autora (2020).

Na última etapa do processo de adaptação transcultural foi realizado pré-teste com a aplicação da versão pré-final do CBSEI junto ao público alvo. A amostra foi composta por 30 gestantes que realizavam acompanhamento pré-natal na UAPS Anastácio Magalhães, vinculado a Regional III de saúde do município de Fortaleza-CE, no período de maio de 2018. Nesta etapa do estudo, aplicaram-se técnicas estatísticas, a fim de verificar a clareza, a compreensão e a adequação dos itens do CBSEI-BRASIL pelo público-alvo.

A maioria das gestantes que participou do estudo era mulheres jovens com média de idade de 26 anos, mínima de 18 e máxima de 43 anos, com prevalência de mulheres mais jovens, com média de idade de 25,85 anos. Pode-se ainda observar que a maioria das mulheres tinha até 09 anos de estudo (55%), configurando-se um perfil da amostra com baixo nível de escolaridade.

Quanto à procedência, apenas uma das gestantes não residia em Fortaleza, sendo oriunda do município de Pentecoste-CE. A maioria tinha companheiro (62,5%), não trabalhava (60%), era católica (67,5%), não branca (75%) e tinha renda familiar de até um salário mínimo (55%).

Quanto ao perfil obstétrico, a maioria era nulípara (87,5%). Estas se encontravam entre 28 a 39 semanas gestacionais. Todas as gestantes estavam em acompanhamento pré-natal, a maioria tinha realizado até seis consultas (85%), com média de aproximadamente cinco consultas.

Não houve sugestões de mudanças em nenhum dos itens/componentes do CBSEI e todas consideraram o instrumento claro e compreensível, sendo adotado aquele da Tabela 3. O tempo médio de preenchimento foi de aproximadamente 20 minutos e, diferentemente dos demais estudos, o instrumento não foi autoaplicável e, sim, aplicado pela pesquisadora e colaboradores junto as gestantes.

No Brasil, especialmente na região Nordeste, devido as condições socioeducativas, a maioria das pesquisas não são autoaplicáveis, dependendo de um coletador de dados para obter das informações dos sujeitos da pesquisa.

5.2 Verificação das Propriedades Psicométricas

5.2.1 Caracterização da Amostra

Verificou-se que a maioria das gestantes era constituída de mulheres jovens, com 86,1% (n=267) com até 35 anos de idade, mediana de idade de 27 anos, com idade mínima de 18 e máxima de 41 anos. Das 310 gestantes, 54,8% (n=179) possuíam boa escolaridade, 82,6% (n=256) relataram ter um companheiro, 78,7% (n=244) se declaravam não branca, 60% (n=186) estavam desempregadas e 72,6% (n=225) possuíam renda de até um salário mínimo.

Os dados sociodemográficos, obstétricos e clínicos dessa amostra encontram-se dispostos nas Tabelas 3 e 4, respectivamente.

Tabela 02 - Distribuição dos dados segundo características sociodemográficas das gestantes no período de maio/2019 a Dez/2019. UAPS SER III e VI Fortaleza-CE, 2020.

| Variáveis | Total (n=310) | Mediana | Min / Máx | DP |
|-----------------------------------|----------------------|----------------|------------------|-----------|
| Idade (anos) | | 27 | 18 / 41 | ±6,58 |
| Até 35 | 267 (86,1%) | | | |
| > 35 | 43 (13,9%) | | | |
| Escolaridade (anos) | | 11 | 2 / 17 | ±3,15 |
| Até 9 | 137 (44,2%) | | | |
| > 9 | 170 (54,8%) | | | |
| Estado Civil | | | | |
| Com companheiro(a) | 256 (82,6%) | | | |
| Sem companheiro(a) | 54 (17,4%) | | | |
| Raça | | | | |
| Branca | 66 (21,3%) | | | |
| Não Branca | 244 (78,7%) | | | |
| Religião | | | | |
| Católico | 185 (59,7%) | | | |
| Não Católico | 125 (40,3%) | | | |
| Renda (em salário mínimo*) | | 998,00 | 90,00 / 8000,00 | ±1.071,38 |
| Até 1 | 225 (72,6%) | | | |
| > 1 | 85 (27,4%) | | | |
| Situação Trabalhista | | | | |
| Empregada | 124 (40%) | | | |

Desempregada 186 (60%)

*** Salário mínimo no período vigente da coleta de dados: R\$ 998,00**

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Quanto às características obstétricas e clínicas, observou-se que a maioria das gestantes tinha história prévia de gravidez. Das 310 gestantes participantes, notou-se uma amostra bem dividida entre as que estavam na sua primeira gravidez, 147 (47,4%), e as que estavam na sua segunda gravidez ou mais, 163 (52,6%). Entre aquelas com experiência de parto (n=150), verificou-se que a maioria, 105 (70%), era primípara.

Tabela 03 - Distribuição dos dados segundo características obstétricas e clínicas das gestantes no período de maio/2019a Dez/2019. UAPS SER III e VI Fortaleza-CE, 2020.

| Variáveis | Total (n=310) | Md | Min / Máx | DP |
|--------------------------------------|---------------|----|-----------|-------|
| Gestação | | 02 | 01 / 8 | ±1,12 |
| Primigesta | 147 (47,4%) | | | |
| Secundigesta/Multigesta | 163 (52,6%) | | | |
| Parto Anterior (N=150) | | 01 | 01 / 07 | ±0,96 |
| Primípara | 105 (70%) | | | |
| Secundípara/Multípara | 45 (30%) | | | |
| Via do Parto Anterior (N=150) | | | | |
| Normal | 98 (65,3%) | | | |
| Cesáreo | 52 (34,7%) | | | |
| História de Aborto | | 01 | 01 / 02 | ±0,34 |
| Sim | 31 | | | |
| Não | 279 | | | |
| Idade Gestacional | | 31 | 07 / 40 | ±7,79 |
| < 28 semanas | 108 (34,8%) | | | |
| ≥ 28 semanas | 202 (65,2%) | | | |
| Número de Consulta PN | | 04 | 01 / 11 | ±1,94 |
| Até 06 consultas | 275 (88,7%) | | | |
| ≥ 07 consultas | 35 (11,3%) | | | |
| Gestação Planejada | | | | |
| Sim | 84 (27,1%) | | | |

| | |
|---|-------------|
| Não | 226 (72,9%) |
| Preferência da via de parto | |
| Normal | 253 (81,6%) |
| Cesáreo | 57 (18,4%) |
| Confiança em parir normal (N=253) | |
| Sim | 155 (61,3%) |
| Não | 98 (38,7%) |
| Acompanhante no PN | |
| Sim | 217 (70%) |
| Não | 93 (30%) |
| Conhece os MNF alívio da dor | |
| Sim | 194 (62,6%) |
| Não | 116 (37,4%) |
| Orientação preparação para o parto | |
| Sim | 35 (11,3%) |
| Não | 275 (88,7%) |
| Orientação AME | |
| Sim | 150 (48,4%) |
| Não | 160 (51,6%) |
| Orientação Pós-Parto | |
| Sim | 106 (34,2%) |
| Não | 204 (65,8%) |

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

5.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Com o intuito de avaliar a dimensionalidade da versão adaptada do CBSEI foi realizado a AFE para verificar a existência de fatores adjacentes. Dessa forma, foi realizado previamente análise da matriz dos dados e do tamanho amostral, por meio dos testes de *KMO* e da esfericidade de *Bartlett*, para verificar se estes suportavam a análise fatorial. A matriz de correlação das quatro subescalas evidenciou que todos os valores de coeficientes foram iguais ou maiores que 0,30. O valor do *KMO* variou de 0.84 a 0.92, revelando adequação da amostra

e o teste de esfericidade de *Bartlett* apresentou significância estatística ($p < 0,001$). Esses resultados mostram que os dados eram adequados para a realização da análise fatorial.

Na tabela 05 podem ser observados os valores da saturação dos itens individuais e a qual fator apresentou maior aderência. Em relação à análise das distribuições dos itens, observou-se que a maioria se enquadra no fator um, cada fator apresenta consistência interna de 0,89 e 0,92.

Pode-se evidenciar que todas as saturações dos itens individuais foram significantes, ou seja, acima de 0,40. É válido salientar também que alguns dos itens apresentaram aderência nos dois fatores, configurando carga cruzada. Logo, recomenda-se a análise dessas cargas para validar sua permanência ou excluí-la do instrumento. Para isso, foi realizada a divisão das duas cargas elevadas ao quadrado. Aquelas com valor $\geq 1,5$ podem ser mantidas. Os itens com carga cruzada foram mantidos e assumiram o valor da maior saturação (HAIR *et al.*, 2009).

Tabela 04 - Análise Fatorial Exploratória por Rotação VARIMAX. Fortaleza-CE, 2020.

| Itens | Nº do item | Subescala | Fator 1 | Fator 2 |
|--|------------|-----------|---------|---------|
| Relaxar meu corpo | 1 | AL-OU | 0.871 | |
| | 16 | AL-SE | 0.772 | |
| | 31 | SS-OU | | 0.766 |
| | 47 | SS-SE | 0.782 | |
| Preparar-me para cada contração | 2 | AL-OU | 0.796 | |
| | 17 | AL-SE | | 0.691 |
| | 32 | SS-OU | 0.641 | |
| | 48 | SS-SE | | 0.756 |
| Utilizar a respiração durante as contrações do parto | 3 | AL-OU | | 0.740 |
| | 18 | AL-SE | 0.603 | |
| | 33 | SS-OU | 0.727 | |
| | 49 | SS-SE | 0.553 | |
| Manter-me no controle | 4 | AL-OU | 0.898 | |
| | 19 | AL-SE | 0.816 | |
| | 34 | SS-OU | 0.759 | |
| | 50 | SS-SE | 0.722 | |
| Pensar em relaxar | 5 | AL-OU | 0.834 | |
| | 20 | AL-SE | 0.833 | |
| | 35 | SS-OU | | 0.830 |
| Concentrar-me em algum objeto no quarto para me distrair | 51 | SS-SE | 0.837 | |
| | 6 | AL-OU | 0.744 | |

| | | | | |
|---|----|--------------|-------|-------|
| | 21 | AL-SE | 0.695 | |
| | 36 | SS-OU | 0.758 | |
| | 52 | SS-SE | 0.683 | |
| | 7 | AL-OU | 0.789 | |
| Ficar calma | 22 | AL-SE | 0.799 | |
| | 37 | SS-OU | 0.760 | |
| | 53 | SS-SE | 0.703 | |
| | 8 | AL-OU | | 0.792 |
| Pensar no bebê | 23 | AL-SE | 0.653 | |
| | 38 | SS-OU | | 0.763 |
| | 54 | SS-SE | 0.659 | |
| | 9 | AL-OU | | 0.714 |
| Ficar atenta a cada contração | 24 | AL-SE | | 0.721 |
| | 39 | SS-OU | 0.875 | |
| | 55 | SS-SE | | 0.607 |
| | 10 | AL-OU | | 0.797 |
| Pensar positivo | 25 | AL-SE | 0.605 | |
| | 40 | SS-OU | | 0.957 |
| | 56 | SS-SE | 0.623 | |
| | 11 | AL-OU | 0.819 | |
| Não pensar na dor | 26 | AL-SE | 0.861 | |
| | 41 | SS-OU | 0.820 | |
| | 57 | SS-SE | 0.596 | |
| | 12 | AL-OU | | 0.593 |
| Dizer a mim mesma que sou capaz | 27 | AL-SE | | 0.987 |
| | 42 | SS-OU | 0.727 | |
| | 58 | SS-SE | | 0.932 |
| | 13 | AL-OU | 0.717 | |
| Pensar nos outros membros da minha família | 28 | AL-SE | 0.514 | |
| | 43 | SS-OU | 0.772 | |
| | 59 | SS-SE | 0.525 | |
| | 14 | AL-OU | 0.849 | |
| | 29 | AL-SE | | 0.790 |
| Concentrar-me em passar por uma contração de cada vez | 44 | SS-OU | | 0.684 |
| | 60 | SS-SE | | 0.622 |
| | 15 | AL-OU | 0.788 | |
| Concentrar-me na pessoa que está me ajudando no parto | 30 | AL-SE | | 0.568 |

| | | | | |
|--|----|-------|-------|-------|
| | 45 | SS-OU | 0.568 | |
| | 61 | SS-SE | | 0.701 |
| Escutar o encorajamento da pessoa que está me ajudando | 46 | SS-OU | 0.722 | |
| | 62 | SS-SE | | 0.711 |

Método de extração: Análise Fatorial Exploratória Fonte: dados da pesquisa.

Quanto a variância das correlações dos dois fatores, nas quatro subescalas, verificou-se que o primeiro fator variou de 70,6%, 62,2%, 72,7% e 58,8%, respectivamente. Dessa forma, a variância da variável foi aceitável, uma vez que se aceita o valor de no mínimo de 50% para ser explicada pela extração dos fatores (HAIR *et al.*, 2009).

Tabela 5 – Variância total das subescalas do CBSEI. Fortalea-CE, 2020.

| ESCALA | Fator* | Eigenvalue | % variância | % acumulada | Correlação |
|--------|--------|------------|-------------|-------------|------------|
| AL-OU | 1 | 6.30 | 45.0 | | |
| | 2 | 3.58 | 25.6 | 70,6 | 0.0709 |
| AL-SE | 1 | 41.6 | 41,6 | | |
| | 2 | 20.6 | 20,6 | 62,2 | -0.00296 |
| SS-OU | 1 | 5.20 | 40.0 | | |
| | 2 | 4.25 | 32.7 | 72,7 | 0.0263 |
| SS-SE | 1 | 5.19 | 32.4 | | |
| | 2 | 4.23 | 26.4 | 58,8 | 0.0442 |

Fonte: dados da pesquisa. Método de extração: Análise Fatorial Exploratória

5.3 Consistência Interna do CBSEI

A consistência interna do CBSEI foi testada por meio do coeficiente de α -Cronbach e da Correlação Item-Total para conferir a confiabilidade do instrumento adaptado (HAIR *et al.*, 2009).

5.3.1 Coeficiente de α -Cronbach

Na Tabela 7 encontra-se disposta a análise da média dos escores das sub-escalas, o desvio padrão e o coeficiente de α -Cronbach de todos os estudos que usaram o CBSEI, incluindo este estudo. Observou-se que nossos achados apresentaram similaridades com os de outros autores, bem como estão acima daquele encontrado pela autora da versão original.

Tabela 06: Análise da média dos escores, desvio padrão e α -Cronbach dos estudos que traduziram, adaptaram e validaram o CBSEI. Fortaleza-CE, 2020.

| País | EUA | Austrália | Irlanda | China | Irã | Espanha | Tailândia | Jordânia | Suécia | Alemanha | Grécia | Portugal | Brasil |
|--------------------|-------|-----------|---------|-------|-------|---------|-----------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|
| ANO | 1993 | 1997 | 1999 | 2005 | 2008 | 2009 | 2010 | 2012 | 2014 | 2015 | 2015 | 2016 | 2020 |
| AMOSTRA | 351 | 100 | 126 | 148 | 176 | 146 | 148 | 19 | 406 | 155 | 145 | 525 | 310 |
| AL-OU | | | | | | | | | | | | | |
| Média | 128,3 | 106,8 | 109,5 | 89,9 | 118,8 | 116,8 | * | 128 | 110,9 | 104,1 | 123,2 | 130,4 | 122,4 |
| Desvio Padrão | 15,5 | 25,6 | 23,6 | 24,3 | 30,7 | 19,6 | | ** | 25,7 | 16,2 | 16,8 | 16,5 | 18,75 |
| α -Cronbach | 0.86 | >0.90 | 0.91 | 0.93 | 0.84 | 0.85 | 0.89 | 0.82 | 0.89 | 0.75 | 0.85 | 0.89 | 0.95 |
| AL-SE | | | | | | | | | | | | | |
| Média | 103,1 | 93,5 | 89,5 | 84,3 | 101,7 | 99,0 | * | 103 | 95,0 | 87,8 | 114,6 | 111,5 | 109,5 |
| Desvio Padrão | 21,6 | 24,8 | 24,7 | 24,4 | 31,9 | 22,7 | | ** | 23,3 | 17,6 | 24,7 | 24,4 | 17,5 |
| α -Cronbach | 0.93 | >0.90 | 0.93 | 0.92 | 0.92 | 0.90 | 0.92 | 0.78 | 0.92 | 0.84 | 0.95 | 0.94 | 0.94 |
| SS-OU | | | | | | | | | | | | | |
| Média | 129,6 | 111,1 | 113,5 | 92,2 | 124,9 | 121,8 | * | 130 | 116,2 | 107,5 | 133,8 | 134,9 | 130,8 |
| Desvio Padrão | 20,6 | 24,9 | 31,1 | 27,9 | 33,9 | 22,9 | | ** | 27,4 | 17,8 | 20,5 | 19,6 | 19,7 |
| α -Cronbach | 0,90 | >0.90 | 0.95 | 0.95 | 0.94 | 0.87 | 0.93 | 0.92 | 0.94 | 0.77 | 0.97 | 0.90 | 0.96 |
| SS-SE | | | | | | | | | | | | | |
| Média | 106,6 | 95,9 | 94,4 | 87,2 | 104,0 | 105,2 | * | 107 | 99,2 | 89,6 | 118,1 | 116,6 | 118,8 |
| Desvio Padrão | 26,8 | 25,05 | 27,7 | 28,8 | 35,9 | 26,1 | | ** | 27,5 | 21,9 | 27,1 | 27,3 | 16,6 |
| α -Cronbach | 0.95 | >0.90 | 0.94 | 0.96 | 0.91 | 0.93 | 0.93 | 0.91 | 0.94 | 0.89 | 0.97 | 0.95 | 0.92 |

Fonte: Elaborado pela própria autora

* Não foi descrito no estudo **Não realizou

5.3.2 Correlação Item-Total

A correlação item total diz respeito se os itens do instrumento apresentam correlação entre si e se fazem sentido permanecer juntos. Assim, observou-se estatisticamente que todos os itens estão correlacionados e que deverão ser mantidos no instrumento, pois os valores de correlação item total foram superiores a 0.40 para todos os itens. Os valores de cada item podem ser observados nas Tabelas 8, 9, 10 e 11 das sub-escalas AL-OU, AL-SE, SS-OU e SS-SE, respectivamente.

Quanto a sub-escala AL-OU que trata da expectativa de resultado na fase ativa do trabalho de parto, observou-se que cinco itens (1, 4, 5, 11 e 14) apresentaram valores de correlação item total acima de 0,80, indicando correlação forte dentro da sub-escala, sendo, portanto, indispensáveis para medir a expectativa de resultado na fase ativa do trabalho de parto.

Tabela 07 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Sub-escalas AL-OU do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020.

| Item | 1 | 2 | 3 | 5 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Correlação Item Total | α -Cronbach se item deletado |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|-------------------------------------|
| 1 | 1,000 | ,794 | ,497 | ,872 | ,836 | ,719 | ,646 | ,445 | ,453 | ,430 | ,869 | ,377 | ,719 | ,817 | ,746 | 0,87 | 0,94 |
| 2 | | 1,000 | ,370 | ,829 | ,713 | ,620 | ,615 | ,355 | ,495 | ,393 | ,761 | ,327 | ,588 | ,827 | ,665 | 0,78 | 0,95 |
| 3 | | | 1,000 | ,405 | ,482 | ,454 | ,531 | ,618 | ,653 | ,641 | ,540 | ,488 | ,476 | ,403 | ,350 | 0,59 | 0,95 |
| 4 | | | | 1,000 | ,824 | ,707 | ,709 | ,447 | ,487 | ,415 | ,812 | ,459 | ,698 | ,914 | ,795 | 0,88 | 0,94 |
| 5 | | | | | 1,000 | ,767 | ,630 | ,461 | ,492 | ,521 | ,852 | ,407 | ,792 | ,765 | ,773 | 0,87 | 0,94 |
| 6 | | | | | | 1,000 | ,632 | ,380 | ,561 | ,336 | ,791 | ,410 | ,758 | ,719 | ,636 | 0,79 | 0,95 |
| 7 | | | | | | | 1,000 | ,493 | ,688 | ,408 | ,719 | ,610 | ,578 | ,726 | ,368 | 0,75 | 0,95 |
| 8 | | | | | | | | 1,000 | ,560 | ,816 | ,500 | ,489 | ,398 | ,412 | ,395 | 0,58 | 0,95 |
| 9 | | | | | | | | | 1,000 | ,553 | ,555 | ,638 | ,416 | ,546 | ,202 | 0,62 | 0,95 |
| 10 | | | | | | | | | | 1,000 | ,473 | ,464 | ,480 | ,404 | ,376 | 0,57 | 0,95 |
| 11 | | | | | | | | | | | 1,000 | ,461 | ,749 | ,824 | ,656 | 0,89 | 0,94 |
| 12 | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,441 | ,506 | ,237 | 0,54 | 0,95 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,685 | ,646 | 0,78 | 0,95 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,690 | 0,87 | 0,94 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | 0,71 | 0,95 |

Fonte: Elaborado pela própria autora (2020)

Quanto a subescala AL-SE que avalia a capacidade da mulher em realizar o comportamento para lidar com a fase ativa do trabalho de parto, observou-se que quatro itens (17, 19, 24 e 26) apresentaram valores de correlação item total acima de 0,80. O α -Cronbach se o item deletado variou de 0,93 a 0,94, valor abaixo daquele que considera o item na análise, justificando a permanência destes na subescala, conforme dados contidos na Tabela abaixo.

Tabela 08 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Sub-escalas AL-SE do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020.

| Item | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | Correlação o Item Total | α -Cronbach se item deletado |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|---|
| 16 | 1,000 | ,654 | ,604 | ,693 | ,766 | ,458 | ,583 | ,482 | ,576 | ,442 | ,902 | ,405 | ,488 | ,524 | ,218 | 0,77 | 0,93 |
| 17 | | 1,000 | ,563 | ,733 | ,576 | ,460 | ,687 | ,479 | ,879 | ,420 | ,684 | ,658 | ,344 | ,793 | ,522 | 0,82 | 0,93 |
| 18 | | | 1,000 | ,721 | ,439 | ,301 | ,597 | ,635 | ,529 | ,574 | ,530 | ,543 | ,496 | ,488 | ,171 | 0,69 | 0,93 |
| 19 | | | | 1,000 | ,639 | ,532 | ,877 | ,682 | ,761 | ,643 | ,717 | ,497 | ,445 | ,623 | ,181 | 0,86 | 0,93 |
| 20 | | | | | 1,000 | ,645 | ,617 | ,520 | ,563 | ,446 | ,883 | ,167 | ,403 | ,364 | ,313 | 0,72 | 0,93 |
| 21 | | | | | | 1,000 | ,680 | ,339 | ,409 | ,364 | ,601 | ,074 | ,428 | ,290 | ,073 | 0,55 | 0,94 |
| 22 | | | | | | | 1,000 | ,600 | ,671 | ,575 | ,653 | ,381 | ,389 | ,540 | ,084 | 0,78 | 0,93 |
| 23 | | | | | | | | 1,000 | ,490 | ,906 | ,484 | ,379 | ,485 | ,422 | ,184 | 0,67 | 0,93 |
| 24 | | | | | | | | | 1,000 | ,463 | ,617 | ,679 | ,338 | ,805 | ,496 | 0,80 | 0,93 |
| 25 | | | | | | | | | | 1,000 | ,441 | ,373 | ,385 | ,402 | ,181 | 0,63 | 0,93 |
| 26 | | | | | | | | | | | 1,000 | ,292 | ,461 | ,497 | ,237 | 0,80 | 0,93 |
| 27 | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,340 | ,814 | ,592 | 0,57 | 0,93 |
| 28 | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,361 | ,114 | 0,52 | 0,94 |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,617 | 0,72 | 0,93 |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | 0,46 | 0,94 |

Fonte: Elaborada pela própria autora (2020).

Referente a segunda fase do trabalho de parto, ou seja, período expulsivo, notou-se que seis dos itens apresentaram valores superiores a 0,80 em relação a correlação item total, a saber (31, 34, 35, 37, 39 e 44). O coeficiente de α -Cronbach variou de 0,95 a 0,96. Portanto, também apresentou alta consistência interna nesta subescala, conforme dados elencados abaixo.

Tabela 09 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Sub-escalas SS-AL do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020.

| Item | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | Correlação o Item Total | α -Cronbach se item deletado |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|---|
| 31 | 1,000 | ,706 | ,488 | ,776 | ,852 | ,706 | ,666 | ,695 | ,621 | ,745 | ,654 | ,504 | ,439 | ,821 | ,504 | ,480 | 0,81 | 0,95 |
| 32 | | 1,000 | ,501 | ,734 | ,615 | ,532 | ,785 | ,590 | ,790 | ,475 | ,662 | ,642 | ,476 | ,754 | ,521 | ,538 | 0,77 | 0,95 |
| 33 | | | 1,000 | ,627 | ,530 | ,527 | ,647 | ,584 | ,693 | ,380 | ,723 | ,560 | ,697 | ,465 | ,687 | ,705 | 0,71 | 0,95 |
| 34 | | | | 1,000 | ,838 | ,695 | ,871 | ,737 | ,719 | ,668 | ,686 | ,573 | ,599 | ,816 | ,543 | ,544 | 0,88 | 0,95 |
| 35 | | | | | 1,000 | ,730 | ,690 | ,763 | ,570 | ,822 | ,615 | ,480 | ,456 | ,795 | ,542 | ,571 | 0,83 | 0,95 |
| 36 | | | | | | 1,000 | ,701 | ,531 | ,610 | ,513 | ,661 | ,516 | ,630 | ,724 | ,483 | ,416 | 0,75 | 0,95 |
| 37 | | | | | | | 1,000 | ,626 | ,777 | ,485 | ,811 | ,644 | ,689 | ,800 | ,514 | ,539 | 0,85 | 0,95 |
| 38 | | | | | | | | 1,000 | ,588 | ,875 | ,589 | ,549 | ,450 | ,664 | ,649 | ,655 | 0,79 | 0,95 |
| 39 | | | | | | | | | 1,000 | ,391 | ,787 | ,800 | ,667 | ,713 | ,696 | ,618 | 0,82 | 0,95 |
| 40 | | | | | | | | | | 1,000 | ,361 | ,400 | ,272 | ,675 | ,528 | ,544 | 0,67 | 0,96 |
| 41 | | | | | | | | | | | 1,000 | ,636 | ,728 | ,657 | ,542 | ,504 | 0,79 | 0,95 |
| 42 | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,638 | ,599 | ,596 | ,567 | 0,71 | 0,95 |
| 43 | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,478 | ,480 | ,444 | 0,66 | 0,96 |
| 44 | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,488 | ,435 | 0,83 | 0,95 |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,852 | 0,70 | 0,96 |
| 46 | | | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | 0,68 | 0,96 |

Fonte: Elaborada pela própria autora (2020).

Na subescala relacionada a expectativa de autoeficácia com o parto (SS-SE), observou-se que apenas o item 50 apresentou valor da correlação item total acima de 0.80. Nesta subescala o coeficiente de α -Cronbach variou de 0,86 a 0,92. Dessa forma, justifica-se a permanência de todos os itens, uma vez os valores de consistência interna medida pelo α -Cronbach diminuem se o item for deletado.

Tabela 10 - Matriz de correlação item total e α -Cronbach se item deletado da Sub-escalas SS-SE do CBSEI. Fortaleza-CE, 2020.

| Item | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | Correlação o Item Total | α -Cronbach se item deletado |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|---|
| 47 | 1,000 | ,394 | ,331 | ,484 | ,876 | ,563 | ,461 | ,492 | ,594 | ,442 | ,489 | ,251 | ,293 | ,498 | ,133 | -,081 | 0,60 | 0,90 |
| 48 | | 1,000 | ,534 | ,660 | ,376 | ,207 | ,521 | ,549 | ,671 | ,467 | ,603 | ,759 | ,442 | ,674 | ,502 | ,552 | 0,75 | 0,91 |
| 49 | | | 1,000 | ,759 | ,426 | ,194 | ,531 | ,645 | ,329 | ,489 | ,640 | ,460 | ,623 | ,287 | ,419 | ,181 | 0,65 | 0,91 |
| 50 | | | | 1,000 | ,536 | ,387 | ,841 | ,708 | ,534 | ,612 | ,649 | ,585 | ,595 | ,514 | ,483 | ,179 | 0,82 | 0,91 |
| 51 | | | | | 1,000 | ,607 | ,510 | ,514 | ,537 | ,466 | ,572 | ,202 | ,414 | ,425 | ,167 | ,035 | 0,66 | 0,92 |
| 52 | | | | | | 1,000 | ,605 | ,325 | ,400 | ,399 | ,273 | ,071 | ,452 | ,368 | ,124 | -,121 | 0,47 | 0,89 |
| 53 | | | | | | | 1,000 | ,585 | ,580 | ,591 | ,508 | ,494 | ,412 | ,532 | ,487 | ,085 | 0,75 | 0,91 |
| 54 | | | | | | | | 1,000 | ,449 | ,851 | ,523 | ,460 | ,417 | ,344 | ,409 | ,198 | 0,71 | 0,92 |
| 55 | | | | | | | | | 1,000 | ,397 | ,373 | ,753 | ,248 | ,825 | ,532 | ,367 | 0,73 | 0,91 |
| 56 | | | | | | | | | | 1,000 | ,441 | ,395 | ,340 | ,335 | ,366 | ,144 | 0,63 | 0,91 |
| 57 | | | | | | | | | | | 1,000 | ,492 | ,659 | ,388 | ,457 | ,204 | 0,70 | 0,92 |
| 58 | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,380 | ,712 | ,705 | ,580 | 0,68 | 0,92 |
| 59 | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,309 | ,325 | ,163 | 0,58 | 0,92 |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,443 | ,458 | 0,68 | 0,92 |
| 61 | | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | ,522 | 0,55 | 0,92 |
| 62 | | | | | | | | | | | | | | | | 1,000 | 0,40 | 0,86 |

Fonte: Elaborada pela própria autora (2020).

5.4 Correlação entre as variáveis maternas com Expectativa de Resultado e Autoeficácia

O teste de Wilcoxon Signed Rank foi realizado para identificar a existência de diferenças entre as expectativas de resultado e expectativa de autoeficácia tanto na fase ativa do trabalho de parto ($z=14,11$, $p<0,001$) como no período expulsivo ($z= -13,70$, $p<0,001$), com a expectativa de resultado a terem valor médio superior nas duas fases do trabalho de parto. Observou-se ainda diferença estatística entre a expectativa de resultado na fase ativa e no período expulsivo ($z=-14,40$, $p<0,001$), sendo a média superior no período expulsivo que na fase ativa, com 130,84 ($p_{25}=128/p_{75}=142,25$) e 122,42 ($p_{25}=120,00/p_{75}=134,00$), respectivamente.

Quanto a expectativa de autoeficácia na fase ativa e no período expulsivo ($z=-15,02$, $p<0,002$) também com média superior no período expulsivo com 118,77 ($p_{25}=114,00/p_{75}=128,00$) e na fase ativa com 109,50 ($p_{25}=102,75/p_{75}=120,00$). Com a correlação bivariada não paramétrica por meio do teste de correlação de *Spearman* apresentou correlação positiva e forte entre a expectativa de resultado e de autoeficácia no trabalho de parto com significância estatística entre essas variáveis ($r=0,71$, $p<0,001$, $n=310$). Isso possibilita inferir que as gestantes brasileiras conseguem diferenciar entre expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia.

Quando avaliado por sub-escala, verificou-se correlação positiva, forte e com significância estatística entre as expectativas de resultado na fase ativa do trabalho de parto e período expulsivo ($r=0,91$, $p<0,001$, $n=310$), bem como, entre as expectativas de autoeficácia na fase ativa do trabalho de parto e período expulsivo ($r=0,88$, $p<0,001$, $n=310$).

Na correlação entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas da gestante com as quatro sub-escalas do CBSEI, foi realizada uma análise estatística inferencial. Considerou-se a média dos escores de cada sub-escala para dicotomização dos resultados, sendo aquele igual ou maior que o valor da média considerado alto e os demais se considerou com baixa expectativa de resultado ou autoeficácia.

Ter maior escolaridade, experiência anterior com o parto vaginal e se sentir confiante para o parto normal apresentou associação estatística com os escores maiores de autoeficácia.

Conforme dados dispostos na Tabela 12, observa-se que a variável escolaridade, experiência anterior com o parto, via de parto anterior e confiança no parto vaginal apresentaram associação estatística com as sub-escalas do CBSEI-Brasil.

Tabela 11: Análise das correlações entre as variáveis sociodemográficas, obstétricas e clínicas das gestantes com os escores do CBSEL. Fortaleza-CE, 2020.

| Variáveis | Total (N%) | Fase Ativa | | | | Período Expulsivo | | | | <i>p</i> * | | | |
|--|-------------|------------|-------|------------|------|-------------------|------------|-------|-------|------------|-----|----|--------|
| | | AL-OU | | AL-SE | | SS-OU | | SS-SE | | | | | |
| | | Alta | Baixa | <i>p</i> * | Alta | Baixa | <i>p</i> * | Alta | Baixa | <i>p</i> * | | | |
| Idade (anos) | | | | | | | | | | | | | |
| Até 35 | 267 (86,1%) | 191 | 76 | 0,940 | 170 | 97 | 0,438 | 194 | 73 | 0,574 | 174 | 93 | 0,762 |
| > 35 | 43 (13,9%) | 31 | 12 | | 30 | 13 | | 33 | 10 | | 27 | 16 | |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | | | | | | | | | | |
| Até 9 | 137 (44,2%) | 75 | 65 | <0,001 | 71 | 69 | <0,001 | 80 | 60 | <0,001 | 80 | 60 | 0,010 |
| > 9 | 170 (54,8%) | 147 | 23 | | 129 | 41 | | 147 | 23 | | 121 | 49 | |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | | | |
| Com companheiro(a) | 256 (82,6%) | 180 | 76 | 0,269 | 161 | 95 | 0,193 | 185 | 71 | 0,406 | 161 | 95 | 0,118 |
| Sem companheiro(a) | 54 (17,4%) | 42 | 12 | | 39 | 15 | | 42 | 12 | | 40 | 14 | |
| Parto Anterior | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 150 (48,4%) | 110 | 40 | 0,515 | 99 | 51 | 0,597 | 114 | 36 | 0,285 | 105 | 45 | 0,065 |
| Não | 160 (51,6%) | 112 | 48 | | 101 | 59 | | 113 | 47 | | 96 | 64 | |
| Via de Parto Anterior | | | | | | | | | | | | | |
| Vaginal | 98 (65,3%) | 70 | 28 | 0,004 | 80 | 18 | 0,002 | 82 | 16 | 0,003 | 76 | 22 | 0,004 |
| Cesárea | 52 (34,7%) | 29 | 23 | | 30 | 22 | | 32 | 20 | | 29 | 23 | |
| Preferência da via de parto | | | | | | | | | | | | | |
| Normal | 253 (81,6%) | 188 | 65 | 0,087 | 170 | 83 | 0,067 | 29 | 23 | 0,005 | 170 | 83 | 0,054 |
| Cesáreo | 57 (18,4%) | 34 | 23 | | 30 | 27 | | 36 | 21 | | 31 | 26 | |
| Confiança em parir normal (N=253) | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 155 (61,3%) | 137 | 18 | <0,001 | 124 | 31 | <0,001 | 137 | 18 | <0,001 | 119 | 36 | <0,001 |
| Não | 98 (38,7%) | 51 | 47 | | 46 | 52 | | 54 | 44 | | 51 | 47 | |
| Acompanhante no PN | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 217 (70%) | 151 | 66 | 0,226 | 135 | 82 | 0,195 | 155 | 62 | 0,275 | 136 | 81 | 0,222 |
| Não | 93 (30%) | 71 | 22 | | 65 | 28 | | 72 | 21 | | 65 | 28 | |

Correlação de Spearman*

5 DISCUSSÃO

A avaliação da autoeficácia das gestantes no trabalho de parto e parto vem recebendo atenção especial nos últimos anos. Observa-se a existência de vários instrumentos destinados a mensuração de aspectos relacionados à percepção da gestante em lidar com o processo de parturição. Entretanto, ainda é incipiente a presença desses instrumentos em todos os países e em todos os idiomas, se fazendo necessária a construção de instrumentos próprios ou a realização da tradução e adaptação transcultural de instrumentos disponíveis para o contexto do país que pretende utilizá-lo.

Quanto a tradução e adaptação transcultural de instrumentos, nota-se que há uma divergência entre os estudiosos. Uns consideram vantajoso por se tratar de um instrumento já testado e validado com a população alvo, sendo necessária apenas a adaptação para o contexto a qual se destinará. Isto otimiza tempo e esforços para obtenção de um instrumento válido e confiável para avaliar aspectos específicos da população alvo e favoreceu a comparação dos resultados entre os grupos populacionais. Já há quem veja como um processo desvantajoso, devido aos vieses que poderão acontecer com o processo de adaptação do instrumento, especialmente se não houver rigor metodológico nesse processo (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012).

Na área da saúde, em específico na Enfermagem, muitos pesquisadores optam por adaptar instrumentos já existentes, visando reduzir tempo e custo. Assim, o Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) foi submetido a um processo rigoroso de tradução e adaptação transcultural, seguindo várias etapas até obter o resultado final. Contudo, ainda não existe consenso quanto a melhor metodologia a ser seguida (REICHENHEIM; MORAES, 2007; BERNARDO *et al.* 2013). Essa falta de consenso foi constatada nos demais estudos que também traduziram e adaptaram o CBSEI para sua realidade.

Ao realizar pesquisa acerca dos estudos que traduziram, adaptaram e validaram o CBSEI em outros idiomas, contextos e culturas, percebeu-se que o CBSEI já havia sido traduzido e adaptado para um país de língua portuguesa, Portugal (PRATA *et al.*, 2016). Além deste, outros países também já utilizam o CBSEI em suas instituições de saúde e investigações científicas, como na Austrália (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997), na Irlanda do Norte (SINCLAIR; O'BOYLE, 1999), na China (IP; CHAN; CHEIN, 2005; 2007), no Iran (KHORSANDI *et. al.*, 2008; 2013), na Espanha (CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009), na Tailândia (TANGLAKMANKHONG; PERRIN,

LOWE, 2011), na Jordânia (ABUJILBAN; SINCLAIR; KERNOHAN, 2012), na Suécia (CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN, 2014), na Grécia (GOUROUNTI; KOUKLAKI; LYKERIDOU, 2015); e na Alemanha (SCHMIDT *et al.*, 2015).

Entretanto, não foi identificado nenhum estudo com o CBSEI no Brasil, tão pouco outros estudos relacionados a autoeficácia com o trabalho de parto e parto. Dessa forma, esta tese tem como objetivo central disponibilizar um instrumento válido e confiável para identificar a autoeficácia das mulheres em lidar com seu trabalho de parto e parto.

De forma geral, o CBSEI, em suas diversas versões, mostrou-se um instrumento confiável e válido, cuja aplicação se deu em diversos âmbitos, com destaque na pesquisa e saúde pública dos locais que disponibilizaram esse recurso (IP; CHAN; CHEIN, 2005; ABUJILBAN; SINCLAIR; KERNOHAN, 2012; CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN, 2015).

Dos países que utilizaram o CBSEI, nove realizaram o processo de tradução e adaptação transcultural, sendo que quatro deles: China (IP *et al.*, 2005), Irã (KHORSANDI *et al.*, 2008), Espanha (CUNQUEIRO *et al.* 2009) e Suécia (CARLSSON *et al.*, 2014) adotaram o de Brislin *et al.* (1973), na Tailândia (TANGLAKMANKHONG *et al.*, 2010) adotaram o proposto por Hilton e Skrutkowski (2002), já dois deles, na Jordânia (ABUJILBAN *et al.*, 2012) e na Alemanha (SHIMIDT *et al.*, 2015) adotaram a metodologia proposta pela OMS (2005), na Grécia os autores (GOUROUNTI *et al.*, 2015) seguiram as etapas propostas por Maneesriwongul e Dixon (2004) e em Portugal (PRATA *et al.*, 2016) que seguiram o percurso metodológico recomendado por Beaton *et al.* (2007).

O presente estudo adotou a metodologia de tradução e adaptação proposta por Beaton *et al.* (2007). Embora apenas um dos estudos que traduziu e adaptou o CBSEI o tenha utilizado (PRATA *et al.*, 2016), nota-se que muitos pesquisadores brasileiros adotam essa metodologia por suas etapas bem definidas, o que minimiza os vieses e garante rigor metodológico necessário para obtenção de um instrumento válido e confiável (BERNARDO *et al.*, 2013).

Seguindo as cinco etapas de tradução e adaptação transcultural, iniciou com a tradução do CBSEI para o idioma do Brasil. A tradução se configura como a primeira etapa do processo de adaptação, uma vez que para adaptar um instrumento deverão ser considerados aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais inerentes à tradução (HAMBLETON, 2005). Assim, tradução e adaptação são termos distintos, mas

que se complementam. Para Borsa *et al.* (2012) o uso do termo adaptação é bem mais recomendado, uma vez que nesse processo a adaptação compreende todos os processos concernentes à adequação cultural do instrumento, para além da mera tradução.

Dois dos 11 países que utilizaram o CBSEI não precisaram passar pelo processo de tradução, pois se tratavam de países com o mesmo idioma da escala original ou utilizaram escalas já traduzidas para a língua nativa. Porém, apesar disso, a adequação cultural do instrumento ainda foi necessária para sua adaptação visando o seu uso coerente com a finalidade científica proposta (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997; SINCLAIR; O'BOYLE, 1999).

A tradução corresponde às três primeiras etapas do processo de tradução e adaptação transcultural adotada no presente estudo. A seleção dos tradutores se deu de forma criteriosa. A tradução para o idioma brasileiro foi realizada de forma independente por dois tradutores brasileiros com fluência em inglês, um da área da saúde e outro da área de Letras.

A recomendação para ter um profissional da área da saúde e outro linguista se deve ao fato da adequação das expressões que não são rotineiramente utilizadas no Brasil nos diversos contextos. Esse perfil de tradutores possibilita o uso de expressões mais adequadas para a compreensão dos itens por parte do público alvo. As duas traduções apresentaram similaridade, entretanto observou-se que o profissional da área da saúde utilizou palavras mais formais que a tradução do linguista.

Nota-se que a maioria dos estudos que traduziu, adaptou e validou o CBSEI realizou a etapa de *Back-translation* com profissionais da língua em que a escala estava sendo traduzida e não da língua de origem do instrumento. Excetuando-se o estudo realizado na Grécia que o fez com tradutores nativos do idioma inglês e com proficiência no idioma grego (GOUROUNTI *et al.*, 2015).

Seguindo as etapas do processo de adaptação, foram reunidos doze juízes com conhecimento e habilidade nas temáticas: obstetrícia, assistência ao parto, assistência pré-natal, domínio no processo de tradução e adaptação de instrumentos e domínio na língua portuguesa e inglesa. A heterogeneidade do grupo contribuiu de forma significativa para as considerações sobre a melhor forma gramatical e conceitual dos itens do instrumento. Ressalta-se que os juízes tinham liberdade para expor suas opiniões acerca de todos os itens, porém sob o critério de que quando um juiz concordar em parte ou discordar na disposição do item, ele deveria sugerir e fazer suposições sobre o mesmo, visando

embasar a composição e mudança nos itens da escala pela pesquisadora que analisou os instrumentos de avaliação dos juízes.

A quantidade de juízes nessa etapa do processo de validação variou consideravelmente nos demais estudos que também submeteram ao processo de adaptação transcultural do CBSEI. O comitê de juízes do estudo realizado na China (IP, CHAN, CHIEN, 2005) foi composto por seis profissionais: um psicólogo, dois médicos obstetras, duas enfermeiras obstétricas e uma enfermeira obstétrica com experiência na docência, também avaliaram quanto à semântica, clareza e equivalência linguística.

No Iran o painel de especialista foi composto por três especialistas, um professor na área da saúde, uma enfermeira e um psicólogo (KHORSANDI *et al.*, 2008). Já na Espanha não menciona a avaliação por um comitê de especialista, sendo observado que este logo após o processo de tradução aplicou com o público-alvo, inicialmente com uma amostra de 12 (estudo piloto) e após com uma amostra maior de 146 gestantes (CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009). Na Tailândia o comitê de juízes foi composto por sete especialistas, quatro enfermeiras obstétricas com experiência docente e três enfermeiras com experiência em pesquisa relacionada a autoeficácia (TANGLAKMANKHONG *et al.*, 2011).

Na Jordânia o comitê de especialista foi composto por seis especialistas, todos com vinculação acadêmica, três com doutorado em Enfermagem, uma com doutorado em Nutrição, uma com mestrado em Enfermagem e uma com o maior nível de formação em obstetrícia e uma enfermeira obstetra com muita experiência assistencial (ABUJILBAN; SICLAIR; KERNOHAN, 2012).

Já o estudo realizado na Suécia, compôs dois comitês de especialistas, um comitê composto por profissionais da área da saúde e outro comitê composto por pesquisadores e docentes. O primeiro comitê, composto por quatro enfermeiras obstetras e um médico, avaliou quanto aos aspectos clínicos da escala e o outro, composto por três psicólogos quanto a Teoria da Autoeficácia (CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN, 2014). Na Grécia não houve descrição e menção a validação de conteúdo, tão pouco a comissão de especialista (GOUROUTI; KOUKLAKI; LYKERIDOU, 2015).

Em Portugal o comitê foi composto por cinco especialistas, o qual os denominou de perito. Estes tinham experiência acadêmica e assistencial na saúde materna e obstétrica e avaliaram os itens da CBSEI quanto à clareza, adequação linguística e cultural, com

observância a equivalência semântica e conceitual dos itens/componentes do CBSEI (PRATA *et al.*, 2016).

O comitê de juízes realizou não somente a avaliação da tradução, mas também a validação de conteúdo, assim como ocorreu nos demais estudos que adaptaram o CBSEI para a seu contexto cultural. As modificações sugeridas foram acatadas, sendo a mais substancial aquela relacionada ao título do instrumento. Assim, como o presente estudo, outros também tiveram sugestões de modificações, como no caso de Khorsandi *et al.* (2013) com a adição de um item conforme indicado após estudo piloto com 10 gestantes. Na cultura Iraniana, muitas mulheres elevam seus pensamentos a divindade e pede sua intercessão. Por esta razão, o item adicionado corresponde a essa questão religiosa ou espiritual, em que a mulher pede a Deus que a ajude a lidar com a dor nas contrações do trabalho de parto. Outro estudo parafraseou quatro dos itens do CBSEI, sendo as sugestões para parafrasear os *itens 1, 2 e 3* advindas do estudo com 148 gestantes e o *item 9* foram sugestões do painel de sete juízes, (Item 1, 2, 3, 9), a fim de torna-los mais compreensíveis e claros para o público alvo (TANGLAKMANKHONG; PERRIN, LOWE, 2011).

Para avaliar o nível de concordância entre os juízes o presente estudo adotou o IVC, assim como outros estudos (IP *et al.*, 2005; PRATA *et al.*, 2016), os quais também apresentaram ótimo nível de concordância entre os juízes quanto a clareza, pertinência e relevância dos itens/componentes do CBSEI, com valor acima de 0.85 na maioria das sub-escalas.

Outro ponto fundamental foi a validação de face ou aparência realizada com as gestantes na quinta etapa do processo de adaptação transcultural. Os resultados obtidos mostraram que a versão brasileira do CBSEI, ou seja, o CBSEI-Brasil, apresenta uma linguagem clara e de fácil compreensão, portanto adaptada para o contexto nacional.

Entretanto, é válido mencionar que seis das 30 gestantes declararam que o instrumento era extenso e repetitivo, o que o tornava cansativo e, por vezes isso se configurava em um fator confundidor.

Assim, observou-se semelhanças nos achados deste estudo com o realizado com as gestantes suecas, sugerindo que o instrumento poderia ser reduzido, a fim de minimizar a percepção de repetição destes. Algumas falas foram “*Ah! Eu já respondi esse item*” “*De novo?*” “*Fiquei confusa algumas vezes, porque já tinha respondido esse item anteriormente*”.

A repetição dos itens nas quatro sub-escala do CBSEI tem se mostrado desnecessária e, portanto reduzi-la poderia ser uma alternativa. Alguns estudos revelaram que as gestantes conseguem diferenciar entre expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia, mas não fazem distinção entre os dois estágios do trabalho de parto, pois o entendem como um processo contínuo e indissociável (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997; IP *et. al.*, 2008; KHORSANDI *et. al.*, 2013; SCHMIDT *et. al.*, 2015).

Outros estudos também corroboram com esse achado, tendo inclusive encorajado a validação da versão reduzida do CBSEI, com os 32 itens, avaliando a expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia durante o trabalho de parto como um todo (IP *et. al.*, 2008; KHORSANDI *et. al.*, 2013; SCHMIDT *et. al.*, 2015).

A validação psicométrica é aquela obtida com a aplicação com o público alvo. Nos estudos que validaram o CBSEI, nota-se divergência em relação ao tamanho amostral. A média da amostra entre os 10 estudos que realizaram a validação psicométrica do CBSEI foi de 207 gestantes, com mínimo de 100 (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997) e máximo de 525 (PRATA *et al.*, 2016).

Conforme observado não há uma padronização em relação ao tamanho amostral nos estudos que validaram o CBSEI. Inclusive entre os psicométricos encontram-se divergências quanto à orientação do quantitativo da amostra nessa etapa de validação. Para Sarnas e Zeller (2002) e Rattray e Jones (2007) o mínimo aceitável são cinco sujeitos por item, já Pasquali (2010) adotou um número mínimo de 10 sujeitos por item ou 100 por domínio.

Entretanto, é válido salientar que o tamanho amostral aqui apresentada foi superior a média dos demais estudos que validaram o CBSEI, ficando abaixo apenas do realizado pela própria autora do CBSEI, Lowe (1993) no EUA com 351 gestantes, o de Carlsson *et al.* (2014) na Suécia com 406 gestantes e o de Prata *et al.* (2016) em Portugal com 525 gestantes.

Um dos pontos-chave desse processo é a análise fatorial para identificar a estrutura fatorial do instrumento. A análise fatorial realizada apresentou dois fatores adjacentes. Esse achado difere com o encontrado pela autora da escala original que identificou apenas um fator, sugerindo a unidimensionalidade do CBSEI (LOWE, 1993).

Entretanto, outros estudos corroboram com nossos achados quando evidenciam que o CBSEI apresenta mais de uma dimensão (DRUMMOND; RICKWOOD, 1997; CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009; CARLSSON; ZIEGERT; NISSEN,

2014; GOUROUT *et al.*, 2015; PRATA *et al.*, 2016). Os conceitos dados a cada fator por Carlsson *et al.* (2014) foram replicados por Gourounti *et al.* (2015), Prata *et al.* (2016) e também foram aqui adotados. O primeiro deles foi nomeado de autocontrole/relaxamento e o segundo distração.

Quanto à confiabilidade do CBSEI-Brasil, os valores de α -Cronbach são superiores 0,90 em todas as sub-escalas. Isto infere que se trata de um instrumento confiável para uso com as gestantes brasileiras, dado a alta consistência interna. Este resultado foi semelhante aos achados da autora da versão original, bem como dos demais estudos que validaram este instrumento.

Quanto ao perfil sociodemográfico, obstétrico e clínico das gestantes, observou-se que a maioria das gestantes era jovem, com boa escolaridade, com companheiro e no terceiro trimestre da gestação corroborando com os achados de outros estudos (KHORSANDI *et al.*, 2008; CUNQUEIRO; COMECHE; DOCAMPO, 2009; TANGLAKMANKHONG; PERRIN, LOWE, 2011; GOURONTI *et al.*, 2015; CARLSSON *et al.*, 2014).

Estudo realizado na Espanha com amostra de 146 gestantes com objetivo de validar um instrumento para medir a autoeficácia do parto encontrou proporção inferior aos aqui evidenciados, no qual apenas pouco mais de um terço das mulheres, 50 (24,2%), tinha experiência anterior de gravidez (CUNQUEIRO *et al.*, 2009). Já estudo com mesmo objetivo realizado na Tailândia encontrou proporção semelhante entre nulíparas, 75 (50,7%), e múltiparas, 73 (49,3%) (TANGLAKMANKHONG *et al.*, 2010). E no Irã, também a proporção encontrada apresentou semelhança, onde dos 383 gestantes, 255 (68,73%) eram primíparas e as demais eram múltiparas, 128 (33,4%) (KHORSANDI *et al.*, 2013).

Observa-se maior prevalência de parto vaginal 98 (65,3%), entretanto vale ressaltar a alta taxa de cesarianas, 52(34,7%), encontrada, superior a recomendada pela OMS (entre 10-15%) e inferior à taxa brasileira de 51,9%, classificada com uma das maiores taxas de cesárea (LEAL *et al.*, 2014). Estudo realizado em seis países da América Latina (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Peru e Uruguai) com o objetivo de descrever os resultados obstétricos e neonatais de gestantes de baixo risco, com uma amostra de 3.009 casos, encontrou um perfil de 82% de partos vaginais espontâneos e taxa de cesariana de 16%, na qual a República Dominicana teve a taxa mais alta (30%) e o Peru, a taxa mais baixa (4%). A elevada prevalência de cesáreas

encontrada no presente estudo assemelha-se a proporção encontrada no Brasil por esse estudo citado (BINFA, 2017).

Com relação à história de aborto, 31 (10%) apresentaram experiência de um ou dois abortos. Estudo em Sergipe, estado também do nordeste brasileiro, com amostra de 200 gestantes, verificou porcentagem superior de mulheres com história de aborto, 41 (20,5%) (SANTOS, 2019). Entretanto resultados da Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016) com 2.002 mulheres brasileiras corrobora com o achado no presente estudo, mostrando proporção de 251 (13%) ter realizado ao menos um aborto. Além disso, as taxas foram maiores entre mulheres nas regiões Norte/ Centro-Oeste e Nordeste (15% e 18%) do que nas regiões Sudeste e Sul (11% e 6%), em capitais (16%) do que em áreas não metropolitanas (11%), com escolaridade até quarta série/quinto ano (22%) do que com nível superior frequentado (11%), renda familiar total mais baixa (até 1 salário-mínimo – S.M., 16%) do que mais alta (mais de 5 S.M., 8%), amarelas, pretas, pardas e indígenas (de 13% a 25%) do que entre brancas (9%), hoje separadas ou viúvas (23%) do que entre casadas ou em união estável (14%) e entre as que hoje têm filhos (15%) do que entre as que nunca tiveram (8%) (DINIZ *et al.*, 2017)

No presente estudo, a maioria das gestantes não planejou a gravidez, 226 (72,9%), tinha preferência pelo parto normal, 253 (81,6%), estava na 28^a semana ou mais da gravidez, 202 (65,2%), tendo sido verificado mediana de 31 semanas e comparecimento em até seis consultas de pré-natal 275 (88,7%). Estudo realizado na Grécia com 145 mulheres com objetivo de traduzir e validar escala de autoeficácia para o parto encontrou resultados semelhantes em relação à preferência pelo parto normal, 80%, sendo encontrado uma média de 38,4 semanas de idade gestacional (GOUROUNTI *et al.*, 2015).

Estudo realizado em dois serviços públicos de Sergipe, Nordeste do Brasil, em 2017, com o objetivo de avaliar o conhecimento de gestantes a respeito do parto humanizado, obteve uma amostra de 200 gestantes, das quais a maioria, 142 (71%), iniciou o pré-natal até o primeiro trimestre e também apresentou preferência pelo parto normal, além de 88 (44%) terem relatado medo da cesárea. Esse estudo verificou que a maioria das consultas, 144 (72%), era realizada por médicos e que 133 (66,5%) gestantes não tinham tido informações sobre os tipos de parto. Enquanto apenas 30,5% tinham algum conhecimento, sendo dessas 83,6% com conceito adequado (SANTOS, 2019).

Dessa forma, verifica-se o quão a assistência em pré-natal precisa melhorar com relação à importância dada pelos profissionais aos aspectos educativos envolvidos nesse processo e que garantem a melhor qualidade do acompanhamento. É preciso ter sensibilidade e para compreender o quão fundamental é ter gestantes empoderadas sobre a sua gravidez, sobre o trabalho de parto e parto com embasamento adequado suficiente para tomada de decisões seguras e melhor autonomia.

Outro estudo realizado com 100 gestantes, de idade gestacional a partir de 30 semanas, atendidas no Hospital das Clínicas do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais, Região Sudeste, com o objetivo de identificar o conhecimento de gestantes sobre os sinais de alerta e de trabalho de parto verificou dados obstétricos semelhantes ao do presente estudo quanto ao número médio de gestações ($2,9 \pm 1,8$), variando de uma a dez gestações, com predomínio de secundigestas (28%) e média de filhos vivos foi de $1,5 \pm 1,6$, variando de zero a sete filhos por gestante. Entretanto, os dados referentes ao número médio de consultas pré-natal realizadas foram superiores, de $7,4 \pm 2,7$ consultas, variando de uma até 16 consultas, enquanto na presente pesquisa, a maioria, 275 (88,7%), realizou até seis consultas de pré-natal ((FELIX *et al.*, 2019).

A comparação entre um estado do nordeste e sudeste foi proposital, visto que ainda é possível verificar desigualdades e necessidade de aumentar a participação das mulheres do nordeste no pré-natal. Deve-se considerar ainda que o Ministério da saúde recomenda um mínimo de seis consultas, enquanto a Organização Mundial da Saúde recomenda um mínimo de oito para o melhor acompanhamento pré-natal (WHO, 2018).

E ao avaliar o conhecimento das gestantes com relação aos sinais de alerta e de trabalho de parto. Neste estudo, realizado por Felix *et al.* (2019) em Minas Gerais, revelou que 61% das mulheres não recebeu nenhum tipo de informação sobre esse aspecto. E, quando questionadas se participaram de grupo de gestantes em suas comunidades, apenas 21% relataram participação (FELIX *et al.*, 2019). Nossos dados revelam que, apenas 35 (11,3%) receberam alguma informação a respeito da preparação para o parto, enquanto 275 (88,7%) não foram orientadas.

Outro estudo, do tipo ensaio aleatorizado por conglomerados, foi realizado em 20 unidades de saúde da atenção primária de Ribeirão Preto, São Paulo, com 1210 mulheres, entre 2015 e 2016, analisando, como intervenção, um programa de comunicação via mensagens curtas de textos no celular desenvolvido para gestantes e verificou taxa de percepção de preparo para o parto superior ao do presente estudo. No grupo controle (que

recebeu o pré-natal convencional), 184 (47,1%) sentiam-se preparadas para o parto, enquanto no grupo de intervenção 69 (59,5%) tinham essa percepção (RR = 1,26; IC9%: 1,05-1,52). No grupo de intervenção, 95 (81,9%) referiram que o pré-natal teria ajudado no preparo para o parto, e no grupo controle 258 (66,3%) fizeram essa afirmação. O pesquisador concluiu que receber informações do programa avaliado durante a gestação foi associado a um aumento na percepção das mulheres de sentirem-se melhor preparadas para o parto, e na percepção de que o pré-natal colabora para que se sintam mais preparadas. Também foram observados impactos positivos no estabelecimento do contato pele a pele e aleitamento materno em sala de parto e no conhecimento sobre intervenções obstétricas (FRANZON *et al.*, 2020).

O que reforça a necessidade de maior importância ao cunho educativo que o momento do pré-natal representa à família. Quando a gestante passa pelo pré-natal sem ter tido informações, como por exemplo, a respeito dos sinais de alerta de trabalho de parto, dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e amamentação, perde-se a oportunidade de oferecer segurança e de contribuir com a autoeficácia materna.

No que diz respeito ao conhecimento sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto, a maioria das gestantes, 194(62,6%), conhecia algum método, o que é positivo, porém ressalta-se que 116 (37,4%) desconheciam os mesmos, o que pode desfavorecer o seu uso. Um estudo quase experimental, desenvolvido em dez unidades básicas de saúde da família, com 167 gestantes no último trimestre, utilizando como intervenção um vídeo educativo, construído e validado para levantamento do conhecimento, da atitude e prática de gestantes para o parto ativo, percebeu que o grupo de intervenção apresentou maior adequação em conhecimento, atitude e prática, com estatísticas significativas em todas as variáveis, destacando a influência do vídeo educativo para o parto ativo. As gestantes do grupo controle, que receberam o pré-natal convencional, demonstraram conhecimento inadequado quanto à posição vertical (95,2%), privacidade na hora de parir (89,2%) e uso de terapias não-farmacológicas (84,3%), além de atitude inadequada quanto à deambulação no momento do parto (84,3%), uso de bola e cavalinho (65,1%), posição vertical (89,2%) e respiração (39,8%) (ANDRADE *et al.*, 2019)

Com relação à orientação sobre o aleitamento materno exclusivo, embora seja uma temática que tem sido amplamente abordada e difundida nas mídias sociais, a proporção foi bem parecida entre as que tinham orientação, 150 (48,4%) e as que não

tinham, 160 (51,%). Essa proporção encontrada foi inferior a verificada pelo estudo que avaliou o Pré-natal no Brasil a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com 9.945 usuárias, teve o objetivo de descrever a adequação da estrutura das unidades básicas de saúde (UBS), solicitação de exames pelas equipes e atenção ao pré-natal referida pelas usuárias, verificou que mais de 80% das usuárias teriam recebido orientações para alimentação e ganho de peso do bebê, amamentação exclusiva e cuidados com o recém-nascido (NEVES *et al.*, 2020).

Estudo longitudinal de intervenção realizado com 57 mulheres na primeira metade da gestação em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Limoeiro do Norte, Ceará, teve o objetivo de avaliar o grau de conhecimento sobre aleitamento materno no pré-natal e desenvolver atividades de educação em saúde sobre essa temática. Após a atividade educativa desenvolvida, foi realizada avaliação do grau de conhecimento acerca de quatro blocos temáticos: cuidados pré-parto com as mamas, vantagens da amamentação para o binômio, fisiologia da lactação e técnicas adequadas de amamentação. Foi verificado que o conhecimento das gestantes melhorou em todos os domínios investigados: de 62,8% de acertos para 83,0% no bloco um (variação: 20,2%); de 71,6% para 87,5% no bloco dois (15,9%); de 66,9% para 79,7% no três (12,7%); de 63,6% para 92,6% no bloco quatro (29,0%). E foi observado maior impacto sobre o aspecto “técnicas adequadas de amamentação”. O grau de conhecimento prévio das gestantes sobre aleitamento materno foi superior a 50% em todas as abordagens do tema, com maior destaque para “as vantagens da amamentação para o bebê” (média de 71,6% de respostas corretas) (MAIA; SILVA; MOREIRA; 2019).

Outro estudo que objetivou identificar o conhecimento de gestantes atendidas na atenção básica sobre o aleitamento materno com 77 gestantes em 11 Estratégias Saúde da Família do estado do Rio Grande do Sul, observou que 61 (79,2%) gestantes responderam que o aleitamento materno exclusivo correspondia à apenas o leite materno. Com relação às orientações sobre amamentação, o enfermeiro apareceu como o profissional mais mencionado pelas participantes. A totalidade das participantes respondeu que o local de orientação sobre gestação é o pré-natal na atenção básica. O que reforça a necessidade de dar relevância às atividades educativas no pré-natal (CRISTOFARI *et al.*, 2019).

Portanto, verifica-se a importância de lançar mão de estratégias educativas diversas, porém que sejam adequadas para cada assunto, que demonstrem ter eficiência

na construção do conhecimento pelas gestantes. Por vezes, o profissional pode ter pouco contato com as gestantes, devido ao número reduzido de consultas, ou por modelos de consulta com predominância da técnica e menos educativas. Nesse contexto, as tecnologias educativas e participativas, como cursos de gestantes, e até informativas como aplicativos de celular ou mensagens de texto, como demonstrado, podem auxiliar um pré-natal de maior qualidade e motivar a gestante na busca pelo conhecimento.

Dentre os dados sociodemográficos, obstétricos e clínicos das gestantes, obteve-se associação com significância estatística entre as variáveis predictoras escolaridade, via de parto e confiança em parir e expectativa de resultado e de autoeficácia da gestante. As gestantes com maior grau de escolaridade apresentaram maior nível de expectativa de resultado nos dois períodos clínicos e expectativa de autoeficácia na fase ativa do trabalho de parto ($p > 0,001$).

O nível de escolaridade também foi fortemente associado com o aumento da autoeficácia das gestantes pela autora da versão original, Lowe (1993), por Drummond e Rickwood (1997) e por Ip *et al.* (2005).

A experiência prévia com a via de parto vaginal também apresentou associação positiva com a expectativa de resultado e de autoeficácia nos dois períodos clínicos do trabalho de parto. Tal achado confirma a teoria de Bandura (1997) quanto à experiência vicária como um dos fatores relacionados com a autoeficácia. Este mesmo achado também se confirma nos estudos de Prata *et al.* (2016).

As mulheres que se sentiam confiantes frente ao parto vaginal também apresentaram maiores níveis de autoeficácia. A confiança no parto é um marcador importante das habilidades de enfrentamento das mulheres durante o trabalho de parto e parto.

Mesmo obtendo resultados que confirmam a validade de face, conteúdo e de construto do CBSEI-Brasil para auxiliar na avaliação da autoeficácia da mulher frente ao parto, este estudo apresentou algumas limitações.

O fator temporalidade é fundamental na pesquisa metodológica, uma vez que esta é dividida em várias etapas e cada etapa requer tratamento distinto, diferindo quanto ao público alvo, tamanho amostral, tipo de coleta, local de estudo, testes estatísticos.

Por ter sido aplicada a uma amostra extraída de uma população local, com características específicas, não é possível realizar generalizações para a população brasileira, portanto, considera-se de suma importância sua aplicação em uma amostra

multicêntrica, com representatividade de vários estados do país, a fim de verificar sua validade e confiabilidade das mulheres brasileiras.

O CBSEI é um instrumento completo e extenso, com padrão de resposta com 10 opções. As respostas, em sua maioria tendiam aos extremos e, isso pode impactar nos resultados obtidos. Assim, sugerem-se estudos que verifiquem a validade e confiabilidade do instrumento na versão reduzida.

Assim, reafirma-se a importância do desenvolvimento de estudos que utilizem o CBSEI e encontrem estratégias para transpor as limitações identificadas e obter evidências mais consistentes da relevância do CBSEI.

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos confirmam que o CBSEI, originalmente criado nos Estados Unidos, foi traduzido, adaptado e validado para uso com as gestantes brasileiras. A pesquisa foi desenvolvida seguindo os protocolos nacionais e internacionais da psicometria para estudos com essa finalidade.

A análise fatorial permitiu verificar a existência de duas dimensões adjacentes, os quais foram denominadas de autocontrole e ansiedade, o que implica a conclusão que o CBSEI apresenta mais de uma dimensão, diferentemente do encontrado pela autora do instrumento original, que constatou unidimensionalidade do instrumento.

O CBSEI apresentou alta consistência interna com valores de α -Cronbach acima de 0,90 em todas as quatro sub-escalas. Esse achado permite inferir que este se trata de um instrumento válido e confiável para mensurar a confiança ou autoeficácia das gestantes brasileiras em lidar com seu processo de parturição.

O CBSEI permaneceu com os 62 itens e os quatro domínios, assim como a versão original. Contudo, mediante achados do estudo, especialmente referente a não diferenciação dos períodos clínicos do trabalho de parto pelas gestantes brasileiras recomenda-se a realização de estudos que testem a validação da versão reduzida do CBSEI, contemplando apenas 32 itens em dois domínios, expectativa de resultado e expectativa de autoeficácia para o parto.

As gestantes com boa escolaridade, com experiência anterior com o parto normal e que se sentiam confiantes em parir normal apresentaram maiores escores de autoeficácia, sinalizando que ter conhecimento, experiência prévia e autoconfiança são fatores importantes para lidar com o processo de parturição.

Credita-se a utilização desse instrumento como uma ferramenta tecnológica importante para auxiliar na identificação de mulheres que apresentam baixo autoeficácia no parto, possibilitando em tempo hábil, a oferta de apoio que contribua na aquisição ou aumento da confiança dessa mulher em lidar com o parto. Identificando quais os fatores associados a falta dessa confiança.

Diante do cenário atual da assistência obstétrica, faz-se urgente identificar as necessidades e características próprias de cada gestante assistida, a fim de prestar um cuidado individualizado que fortaleça a confiança e melhore a experiência desta e de sua família com esse momento tão peculiar.

Esse instrumento deve ser replicado não apenas para identificar a autoeficácia, mas também em estudos experimentais para medir a mudança destas após intervenção realizada.

Na assistência também deve ser implementada para que os profissionais identifiquem aquelas que necessitam de maior orientação acerca de seu processo de parturição, a fim de prestar um cuidado individualizado que fortaleça a confiança e proporcione uma experiência mais positiva e satisfatória desse momento tão peculiar e importante na vida da mulher e sua família.

REFERÊNCIAS

- ABUJILBAN, S.; SINCLAIR, M.; KERNOHAN, W. G. The Translation of the Childbirth Self-Efficacy Inventory into Arabic. **Evidence Based Midwifery**, 10, 45-49, 2012.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, fev. 2009.
- BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education Behaviour*. Washington, v. 31, n.2, p. 143–164, 2004.
- BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. **Am Psychol**. Washington, v. 44, n.9, p.1175–1184, 1989.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**, Washington, v.84, n.2, p.191-215, 1997.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**, v.84, n.2, p.191-215, Mar. 1997.
- BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of te DASH & QuickDASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health, 2007.
- BERNARDO, E. B. R. *et al* . Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, p. 592-598, Aug. 2013.
- BINFA, L. *et al*. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. **Midwifery**, Edinburgh, v.40, p.218–225, 2016.
- BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Relatório Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2018. Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. Fortaleza: Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Hospitais Universitários/UFC/Ebserh, 2018.
- BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto v. 22, n. 53, p. 423-432, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro 2012**. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto-Lei 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: Relatório de recomendação**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998. **Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo - seção 1, p. 48. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998. **Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo - seção 1, p. 47-8. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. **Criação dos Centros de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual do Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUGGEMANN, O.M. *et al.* Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

BYRNE, J.; HAUCK, Y.; FISHER, C.; BAYES, S.; SCHUTZE, R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. **J. Midwifery Women's Health**, New York, v.59, n.2, p.192-197, 2014.

CARLSSON, I. M.; ZIEGERT, K.; NISSEN, E. Psychometric properties of the Swedish childbirth self-efficacy inventory (Swe-CBSEI). *BMC Pregnancy and Childbirth*, London n.14, v. 1, p. 1-11, 2014.

CHAVES, A. F. L. et al. Intervenção telefônica na promoção da autoeficácia, duração e exclusividade do aleitamento materno: estudo experimental randomizado controlado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 27, p.3127-3140, 2019.

CHAVES, R. L. O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. S14-S16, 2014.

CÔRTEZ, C. T.; SANTOS, R. C. S.; CAROCI, A. S.; OLIVEIRA, S. G.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 5, n. 49, p. 716-725, 2015.

CRISTOFARI, R. C. *et al.* Knowledge about breastfeeding in pregnant women receiving primary health care. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v. 32, p. 9558 - 9569, 2019.

CRONBACH, L. J. Coefficient alfa and the internal structure of tests. *Psychometrika*, Colorado Springs, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.

CUNQUEIRO, M. J.; COMECHE, M. I.; DOCAMPO, D. Childbirth self-efficacy inventory: psychometric testing of the spanish version. *J Adv Nurs.*, Oxford, n. 65, v. 12, p. 2710–2718. 2009.

DIAS, M. A. B.. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1042-1043, mai. 2011.

DIAS, S. A. *et. al.* Autoeficácia em amamentar entre mães cegas. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. 6, p. 2969-2973, 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DODT, R. C. M. et al. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, n. 23, v. 4, p. 725-32. Jul-Ago. 2015.

D'OLIVEIRA. A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, 2009.

DRUMMOND, J.; RICKWOOD, D. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory (CBSEI) in an australian sample. *J Adv Nurs*. Oxford, n. 26, v. 3, p. 613–622, 1997.

FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M.; MELLO, D.F.; SILVA, M.A.L.; LIMA, R.A.R.; SCOCHI, C.G.S. Teconologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.190-196, 2011.

FRANZON, A. C. A. *et al.* Estratégia de comunicação e informação em saúde e a percepção de sentir-se preparada para o parto: ensaio aleatorizado por conglomerados (PRENACEL). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p.111-118, 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre o parto e nascimento. Rio de Janeiro. FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública. 2015.

GOMES, A. R. M. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. 2014. 5 f., **Rev. Científica de Enfermagem**, São Paulo, 2014.

GOUROUNTI, K.; KOUKLAKI, E.; LYKERIDOU, K. Childbirth efficacy: Validating the childbirth self-efficacy inventory in a Greek sample of pregnant women. **Midwifery**, Edinburgh, n. 31, v. 7, p. 742-749. 2015.

GUIMARAES, C. M. S. *et al.* Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 109-115, Jan. 2017.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting test into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. Adapting educational and psychological tests for crosscultural assessment. Londres: LEA, 2005.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IP, WY.; CHAN, D.; CHIEN, W. T. Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. **J Adv Nurs**. Oxford, n. 51, p.6, p. 625–633. 2005.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.20, p.769-776, 1994.

JOVENTINO, E. S. *et al.* The use of educational video to promote maternal self-efficacy in preventing early childhood diarrhoea. **Int J Nurs Pract.**, n. 23, v. 3, p. 2867-2874, Jan. 2017.

KARTINI, F. *et al.* Developing Indonesian version of Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI-C32). **Bali Medical Journal**, Bali, v.8, n.3, p.859-866, 2019.

KHORSANDI, M. *et al.* Iranian version of childbirth selfefficacy inventory. **J Clin Nurs**. Oxford, v.17, n.21, p.2846–55, 2008.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.705-714, jul./set. 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 649-655, 2013.

LOWE, N. K. Maternal confidence for labour: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. **Research in Nursing and Health**, New York, v.16, p. 141-149. 1993.

MAIA, K. *et al.* Efectiveness of educational interventions with pregnant women on the level of knowledge about breastfeeding. **Rev. bras. promoç. Saúde**, Fortaleza, v.32, p.1-9, mar/2019.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MELO, B. M.; GOMES, L. F. S.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, S. K. M.; DAMASCENO, A. K. C. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 18, n. 3, p. 376-382, 2017.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 1, 310-321, 2018.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 731-740, 2009.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.415-432. 2017.

NASCIMENTO, L. A. *et al.* Validation of educational video to promote self-efficacy in preventing childhood diarrhea. **Health**. v.7, n.2, p.192-200, 2015.

NEVES, R. G. *et al.* Pré-natal no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p.e-2019019, 2020.

NUNES, Juliana Teixeira *et al.* Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.

ORÍÁ, M.O.B. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. 2008.

PASQUALI, L. Escalas psicométricas. In: PASQUALI, L. & COLS. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, p. 116-35. 2010.

PESTANA, M. H.; GAGUEIRO, J. N. **Análise Estatística de dados para ciências sociais** – a complementariedade do SPSS. 4ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

PRATA, A. P. *et al.* Tradução, adaptação e validação do Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) para o idioma e cultura portuguesa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n.15, p.9-16. 2016.

RAHIMPARVAR, S. F. V. *et al.* Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: a randomized controlled trial. **Arch Gynecol Obstet**, Munchen, vol. 286, p. 63–70, 2012.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimento no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira Saúde Materno-Infantil**, v. 1, n. 16, p. 39-47, 2016.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

Reichenheim, M; Moraes, C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saude Publica**, v.41, p. 665-673, 2007.

RODRIGUES, A. P. *et al.* Promoção da autoeficácia em amamentar por meio de sessão educativa grupal: ensaio clínico randomizado. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e1220017, 2017.

SABINO, L. M. M. *et al.* Validação de cartilha para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl. 3, p. 1412-1419, 2018.

SACOMORI, C. *et al.* Construção e avaliação psicométrica da escala de autoeficácia para prática de exercícios do assoalho pélvico. **Braz. J. Phys. Ther.** São Carlos, v. 17, n. 4, p. 336-342, Aug. 2013.

SANTOS, A. B. B. *et al.* Level of knowledge of pregnant women in the public service about humanized birth. **ABCS Health Sci.**, Santo André, v. 44, n. 03, p. 172-179, 2019.

SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Minimizando o tamanho da amostra ao usar a análise fatorial exploratória para medição. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v.10, n. 2, p. 135-154, 2002.

SCHMIDT, G. *et al.* German Version of the Childbirth Self-Efficacy Inventory and its Short Form. **Geburtshilfe Neonatol.**, Stuttgart, v.220, n.01, p.28-34, 2016.

SINCLAIR, M.; O'BOYLE, C. The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.30, p.1416-1423, 1999.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 681-688, out./dez.. 2009.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **J Pers Assess.**, Toronto, n. 80, v.1, p. 99-103, Feb. 2003.

SUN, Y. C. *et al.* Effects of a prenatal yoga programme on the discomforts of pregnancy and maternal childbirth self-efficacy in Taiwan. **Midwifery**, Edinburgh, vol. 26, p.31–36, 2010.

TANGLAKMANKHONG, K.; PERRIN, N. A., LOWE, N. K. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: psychometric properties of thai language versions. **J Adv Nurs.**, Oxford, n. 67, v. 1, p. 193–203, Jan. 2011.

TERWEE C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **J Clin Epidemiol.**, Oxford, n. 60, v. 1, p. 34-42. Jan. 2007.

TILL, S. R.; EVERETTS, D.; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, Oxford, v. 12, Dec. 2015.

VALE, L. D *et al.* Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, Sept. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996.

World Health Organization – WHO. Appropriate Technology for Birth, **Lancet**, London, v.2, n. 8452, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

APÊNDICE A - CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DOS JUÍZES (E-MAIL)

Prezado (a) Senhor (a),

Sou Elizian Braga Rodrigues Bernardo, enfermeira obstetra e discente do Curso de Doutorado em Enfermagem na Promoção da Saúde da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado “Tradução, adaptação transcultural e validação do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para uso no Brasil” e, venho por meio deste *e-mail* convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista.

Caso aceite participar da pesquisa, solicito que responda o presente e-mail para que eu possa enviar os arquivos em anexo para *download*, a saber: Termo Livre Esclarecido (TCLE), formulário de avaliação do instrumento, todas as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1 e BT2) e a versão em original, em inglês, do CBSEI para a primeira análise referente a adequação da tradução a síntese das traduções (T12) para validação de conteúdo e o questionário de caracterização do juiz. Esses documentos deverão ser utilizados pelo(a) senhor(a) para realizar a avaliação dos itens/componentes da versão traduzida do CBSEI em relação à: equivalências semânticas, idiomáticas, experiencial, conceitual, clareza, pertinência e relevância de cada item/componente.

O comitê de juízes a qual lhe convido participar será composto por doze experts no assunto, sendo onze profissionais da Enfermagem e um linguista. Sua participação neste comitê será de suma importância, visto que, com a contribuição de todos possibilitará a adequar a versão traduzida, bem como validar o conteúdo desta. Para tanto, irei precisar que me envie o instrumento de avaliação da escala preenchida e o TCLE assinado e escaneado no prazo 30 dias após o recebimento *deste via e-mail*

Agradeço antecipadamente, sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou disponível no telefone (85) 996979219 e neste e no e-mail: elizbernardo@hotmail.com.

Atenciosamente,

Elizian Braga Rodrigues Bernardo

RN, MD

Student of Doctoral's Level at Federation of University of Ceará

Member of Maternal Promotions Health

Fortaleza, Ceará - Brasil.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

1. IDENTIFICAÇÃO

Especialista nº: _____

Local de Trabalho: _____

Área de Atuação: _____

Ocupação Atual:

1. Assistência ()

2. Ensino()

3. Pesquisa()

4. Consultoria()

2. QUALIFICAÇÃO

Formação/Graduação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____ Ano: _____

3. EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO EM QUESTÃO

Experiência em Obstetrícia (anos): _____

Experiência anterior com validação de escalas:

1.Sim () 2. Não ()

() Experiência prática na área de Assistência ao Parto

() Participação em grupos de pesquisa que envolvam a temática Promoção da Saúde Materna

() Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem Promoção da Saúde Materna

() Tese na temática Assistência ao Parto e/ou Saúde Materna

() Dissertação na temática Assistência ao Parto e/ou Saúde Materna

APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES (FASE IV)**AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DA TRADUÇÃO**

Prezado Juíz,

Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural do instrumento *Childbirth Self-Efficacy Inventory*, do seu idioma original (inglês) para nosso idioma local (português do Brasil), solicitamos sua contribuição nesta etapa de validação, em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item das escalas (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes à equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA: 1. A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? A versão traduzida está gramaticalmente correta?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA: 2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL: 3. A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (mulheres com 50 anos ou mais)?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL: 4. A tradução deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala?

CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS:

TA= Tradução Adequada **TPA=**Tradução Parcialmente Adequada **TI=** Tradução Inadequada

Em caso de Tradução Parcialmente Adequada ou Tradução Inadequada, utilize o espaço reservado ao final deste instrumento para realizar as considerações necessárias.

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Inventário de autoeficácia do parto | | | | | |
| Original (Inglês) | | Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Imagine-se em seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver em contrações com intervalo a cada cinco minutos. Para cada um dos comportamentos a seguir, indique como você acha que seria a utilidade desse comportamento durante as contrações, circulando uma das opções entre o número 1, inútil, e 10, completamente útil. | | | | | |
| Original (Inglês) | | Think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| T12 (Português) | | Continue pensando como você se imagina em seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver tendo contrações de 5 em 5 minutos mais ou menos. Para cada comportamento, indique o quão certo você está na sua capacidade de usar o comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto, circulando uma das opções entre número 1, nada certo e 10, completamente certo. | | | | | |
| Original (Inglês) | | Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|---------|------------------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| | | all sure, and 10, completely sure. | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Imagine-se em seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver fazendo força para expulsar o seu bebê e dá à luz. Para cada um dos comportamentos a seguir, indique como você acha que seria a utilidade desse comportamento para ajudá-la a lidar com essa etapa do trabalho de parto circulando uma das opções entre o número 1, inútil, e 10, muito útil. | | | | | |
| Original (Inglês) | | Think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful. | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|--------|--|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| T12 (Português) | | Continue pensando como se imagina em seu trabalho de parto e como se sentirá quando estiver fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está na sua capacidade em usar esse comportamento para lidar com essa etapa do trabalho de parto, circulando uma das opções entre o número 1, nada certo e 10, completamente certo. | | | | | |
| Original (Inglês) | | Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure. | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |

| | | | | | | | |
|-----------|--------|------------|--------|--------------|--------|------------|--------|
| a | () | a | () | Experimental | () | a | () |
| Semântica | TPA | Idiomática | TPA | | TPA | Conceitual | TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| T12 (Português) | | Relaxar meu corpo | | | | | |
| Original (Inglês) | | Relax my body | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () | Idiomática | () | Experimental | () | Conceitual | () |
| | TPA | | TPA | | TPA | | TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|--------|-------------------------------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| T12 (Português) | | Estar preparada para cada contração | | | | | |
| Original (Inglês) | | Get ready for each contraction | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () | Idiomática | () | Experimental | () | Conceitual | () |
| | TPA | | TPA | | TPA | | TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|--------|--|--------|--------------|--------|--------------|--------|
| T12 (Português) | | Usar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | | | | | |
| Original (Inglês) | | Use breathing during labor contractions | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () | Idiomática | () | Experimental | () | Conceitual | () |
| | TPA | | TPA | | TPA | | TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------|--|----------------|--|--|--|--|--|
|--------|--|----------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-----------------------------|
| T12 (Português) | | Manter-me no controle | | | | | |
| Original (Inglês) | | Keep myself in control | | | | | |
| Equivalência | () TA () Semântica | Equivalência | () TA () Idiomática | Equivalência | () TA () Experimental | Equivalência | () TA () Conceitual |
| | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI |

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-----------------------------|
| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
| T12 (Português) | | Pensar em relaxar | | | | | |
| Original (Inglês) | | Think about relaxing | | | | | |
| Equivalência | () TA () Semântica | Equivalência | () TA () Idiomática | Equivalência | () TA () Experimental | Equivalência | () TA () Conceitual |
| | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI |

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|-----------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-----------------------------|
| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
| T12 (Português) | | Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair | | | | | |
| Original (Inglês) | | Concentrate on an object in the room to distract myself | | | | | |
| Equivalência | () TA () Semântica | Equivalência | () TA () Idiomática | Equivalência | () TA () Experimental | Equivalência | () TA () Conceitual |
| | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI |

| | | | | | | | |
|--------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-----------------------------|
| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
| T12 (Português) | | Manter-me calma | | | | | |
| Original (Inglês) | | Keep myself calm | | | | | |
| Equivalência | () TA () Semântica | Equivalência | () TA () Idiomática | Equivalência | () TA () Experimental | Equivalência | () TA () Conceitual |
| | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI | | TPA () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Concentrar meu pensamento no bebê | | | | | |
| Original (Inglês) | | Concentrate on thinking about the baby | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|---------------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Estar atenta a cada contração | | | | | |
| Original (Inglês) | | Stay on top of each contraction | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Pensar positivo | | | | | |
| Original (Inglês) | | Think positively | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Não pensar na dor | | | | | |
| Original (Inglês) | | Not think about the pain | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |

| | | | | | | | |
|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |
|--|--------|--|--------|--|--------|--|--------|

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|---------------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Dizer a mim mesma que sou capaz | | | | | |
| Original (Inglês) | | Tell myself that I can do it | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Pensar nos outros membros da minha família | | | | | |
| Original (Inglês) | | Think about others in my family | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|---------|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| T12 (Português) | | Concentrar-me em passar uma por contração de cada vez | | | | | |
| Original (Inglês) | | Concentrate on getting through one contraction at a time | | | | | |
| Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA | Equivalência | () TA |
| Semântica | () TPA | Idiomática | () TPA | Experimental | () TPA | Conceitual | () TPA |
| | () TI | | () TI | | () TI | | () TI |

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|--|---|--|--|--|--|--|
| T12 (Português) | | Focar na pessoa que está me ajudando no parto | | | | | |
| Original (Inglês) | | Focus on the person helping me in labor | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Equivalência Semântica | () TA () TPA () TI | Equivalência Idiomática | () TA () TPA () TI | Equivalência Experimental | () TA () TPA () TI | Equivalência Conceitual | () TA () TPA () TI |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|

| VERSÃO | | ITEM DA ESCALA | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| T12 (Português) | | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | | | | | |
| Original (Inglês) | | Listen to encouragement from the person helping me | | | | | |
| Equivalência Semântica | () TA () TPA () TI | Equivalência Idiomática | () TA () TPA () TI | Equivalência Experimental | () TA () TPA () TI | Equivalência Conceitual | () TA () TPA () TI |

APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS JUÍZES (FASE IV)**VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO**

Prezado(a) Juiz(a),

Para que possamos realizar a validação da **Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)** para uso no Brasil, solicitamos sua contribuição em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item da escala e responda às perguntas referentes à clareza, pertinência e relevância desses itens, seguindo a seguinte codificação:

QUESTÃO REFERENTE À CLAREZA:

1. O item está apresentado de forma clara, compreensiva, simples e inequívoca?

QUESTÃO REFERENTE À PERTINÊNCIA:

2. O item está associado autoeficácia materna para parto normal e não insinua atributo divergente?

QUESTÃO REFERENTE À RELEVÂNCIA:

3. A presença deste item no instrumento é relevante para medir aquilo que se pretende?

Para cada um dos itens da escala a serem avaliados, assinale uma opção relacionada a cada questão e, caso considere necessário, utilize o espaço reservado ao lado de cada item para realizar considerações. Ao final do instrumento, você poderá expor observações adicionais.

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| Parte I | Imagine que você está na fase ativa do trabalho de parto, sentindo contrações uterinas <u>rítmicas e dolorosas</u> com intervalo a cada cinco minutos ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil você acha que esse comportamento irá ajudá-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado na fase ativa do TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado na fase ativa do TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado na fase ativa do TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado na fase ativa do TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado na fase ativa do TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| | Continue pensando que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão certo estar que realizará esse comportamento para ajudá-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certa. | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado a expectativa de autoeficácia na fase ativa do TP ()2- Está parcialmente associado a expectativa de autoeficácia na fase ativa do TP ()3- Está pouco associado a expectativa de autoeficácia na fase ativa do TP ()4- Está pouco associado à expectativa de autoeficácia na fase ativa do TP ()5- Está totalmente NÃO associado a expectativa de autoeficácia na fase ativa do TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| | Imagine que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado no período expulsivo do TP ()2- Realmente | ()1- Muito relevante ()2- Realmente | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| Parte II | Para cada comportamento a seguir indique o quão útil acha que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil. | e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado no período expulsivo do TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado no período expulsivo do TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado no período expulsivo do TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado no período expulsivo do TP | relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| | Continue imaginando que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está em realizar esse comportamento para te ajudar a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo. | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()2- Está parcialmente associado à expectativa de autoeficácia no período expulsivo do TP ()3- Está pouco associado à expectativa de autoeficácia no período expulsivo do TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de autoeficácia no período expulsivo do TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de autoeficácia no período expulsivo do TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 01 | Relaxar meu corpo | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| 16 31 47 | | ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 2 17 32 48 | Preparar-me para cada contração | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 3 18 33 49 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|-----------------------|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| | | | tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | | | |
| 4 19 34 50 | Manter-me no controle | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 5 20 35 51 | Pensar em relaxar | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| | | | resultado e autoeficácia no parto | | | |
| 6 21 36 52 | Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 7 22 37 53 | Manter-me calma | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 8 | Concentrar meu pensamento no bebê | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| 23 38 54 | | e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 9 24 39 55 | Ficar atenta a cada contração | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 10 25 40 56 | Pensar positivo | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|---------------------------------|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| | | pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | Relevante ()5- Irrelevante | adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 11 26 41 57 | Não pensar na dor | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 12 27 42 58 | Dizer a mim mesma que sou capaz | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| | | | resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | | | |
| 13 28 43 59 | Pensar nos outros membros da minha família | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 14 29 44 60 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|-----------|
| Nº | Itens da Escala | Clareza Este item está ... | Pertinência Este item está... | Relevância Este item é... | Tamanho Este item está... | Sugestões |
| 45 61 | Focar na pessoa que me ajudando no parto | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |
| 15 30 46 62 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | ()1- Totalmente claro e compreensível ()2- Parcialmente claro e compreensível ()3- Pouco claro porém compreensível ()4- Pouco claro e pouco compreensível ()5- Totalmente incompreensível | ()1- Totalmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()2- Está parcialmente associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()3- Está pouco associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()4- Está pouco associado à um tema relacionado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP ()5- Está totalmente NÃO associado à expectativa de resultado e autoeficácia no TP | ()1- Muito relevante ()2- Realmente relevante ()3- Parcialmente relevante ()4- Pouco Relevante ()5- Irrelevante | ()1- Totalmente adequado ()2- Parcialmente adequado ()3- Pouco adequado ()4- Nada adequado ()5- Totalmente inadequado | |

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUIZ)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Prezado(a) Senhor(a),

Estou lhe convidando para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo realizar a tradução, adaptação transcultural e validação da *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para a língua portuguesa do Brasil.

Caso você concorde, sua participação constará da etapa de validação de conteúdo, que consiste na verificação dos critérios clareza, pertinência e relevância dos itens da escala para que a mesma possa ser utilizada no Brasil.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para fins acadêmicos e, também lhe asseguro que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Informo-lhe que os dados do estudo serão codificados, para que sua identidade não seja revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos. Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder.

A sua participação está isenta de despesas, bem como não receberás nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo.

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo – Fortaleza CE

Telefone: (85) 3366.8344

Ou

Elizian Braga Rodrigues Bernardo

Rua Alexandre Baraúna, n° 1115, Rodolfo Teófilo – Fortaleza CE

Telefone(s): (85) 999355081 ou (85) 32434098

Após ter sido devidamente esclarecido pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo de livre e espontânea vontade em participar da presente pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Eu _____, ____/____/____.

Local

Data

Assinatura do Juíz(a)

APÊNDICE F – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, OBSTÉTRICA E CLÍNICA

Número da entrevistada: _____

Data da entrevista: ____/____/____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, DADOS CLÍNICOS E DADOS OBSTÉTRICOS

| DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | |
|--|---|
| 1 - Nome: | Endereço: |
| Telefone: | 3- Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado/União Estável |
| 2 – Idade: | (3) Viúvo (4) Separado/Divorciado |
| 4 - Raça: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena | |
| 5 – Escolaridade: ____ Série ____ (anos) | 6- Renda familiar: _____ (em reais) |
| 7- Profissão: (1) Empregada (2) Desempregada | 8- Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Espírita (4) Ateu |
| DADOS CLÍNICOS | |
| 9 Intercorrências na gestação atual: 1. () Sim 2. () Não 9 () NR 99. NA () | |
| 10 Se sim, qual(is): 1.() Hipertensão 2.() Diabetes 3.() Desnutrição 4.() Cardiopatia 5. () Toxemia 6. () Anemia 7. () Isoimunização 8. () CIUR 9. () Hemorragia 10.() TP prematuro 11.() Rotura Membranas 12. () Parasitose 13.() Leucorreia 14. () Virose 15. () Sífilis 17. () PN alto risco 18. () Outras: _____ | |
| 11 Número de consultas Pré-natais: _____ | |
| 12 Participou de curso de gestante? Sim ____ Não ____ | |
| 13 Se não, porquê? | |
| 14 Se sim: | |
| 15 A partir de que semana de gestação? | |
| 16 Quantos encontros? | |
| 17 Recebeu orientação para preparação para trabalho de parto? Sim ____ Não ____ | |
| Recebeu orientação sobre amamentação? Sim ____ Não ____ | |
| Recebeu orientação sobre puerpério? Sim ____ Não ____ | |
| Teve acompanhante no pré-natal? Sim ____ Não ____ | |
| Será o mesmo que irá te acompanhar no trabalho de parto, parto e pós-parto? | |
| Conhece os sinais do trabalho de parto? Sim ____ Não ____ | |
| Se sim, cite três deles: | |
| Conhece os métodos não farmacológicos de alívio da dor? Sim ____ Não ____ | |

| |
|---|
| Se sim, cite-o(s)? |
| Qual a via de parto de sua preferência? () vaginal () cesárea |
| Está confiante em lidar com o trabalho de parto e parto? Sim____ Não____ Não Sei |
| 18 Profissional que realizou as consultas pré-natais (1) Enfermeiro (2) Médico (3) Médico e Enfermeiro |
| DADOS OBSTÉTRICOS |
| Gesta: Parto: Aborto: |
| Via de Parto Anterior: |
| 19 Idade Gestacional: _____ semanas |
| 20 Dilatação na admissão: _____ cm |
| 21 Bolsa das águas: (1) Íntegra (2) Rota |
| 22 Gravidez planeada: Sim____ Não _____ |
| Tipo de parto: Eutócico _____ Distócico _____ |
| Com analgesia _____ Sem analgesia _____ |
| Duração do trabalho de parto _____ |
| |

APÊNDICE G– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DOCTORADO EM ENFERMAGEM

Prezada Participante,

Gostaríamos de convidá-la a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Tradução, adaptação transcultural e validação do *Childbirth Self-Efficacy Inventory* para uso no Brasil” que se refere a uma pesquisa desenvolvida por uma doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará tendo orientação da professora e pesquisadora Dra Ana Kelve de Castro Damasceno.

O objetivo deste estudo é traduzir, adaptar transcultural e validar o *Childbirth Self-Efficacy Inventory* (CBSEI) para uso no Brasil.

Sua forma de participação nesta pesquisa é: responder o questionário sociodemográficos, obstétricos e clínicos e aos itens do CBSEI a ser validada. Essas informações serão utilizadas unicamente para apresentação em congressos e publicação em revista científica da área da saúde, garantindo-se sempre seu anonimato. Os dados coletados permanecerão em poder exclusivo dos pesquisadores durante todo o decorrer da pesquisa e por um período de 5 anos, ao qual após serão destruídos.

Os resultados contribuirão na identificação das necessidades das gestantes referente à autoeficácia no trabalho de parto, facilitando, dessa forma, o planejamento e implementação em tempo hábil de estratégias que promovam maior confiança no trabalho de parto. Contribuirão também para aumentar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando outros pesquisadores da área.

O risco de sua participação nesse estudo está relacionado a constrangimentos, mas que será garantido um local reservado. A senhora não será obrigada a responder questões que não queira ou não se sinta à vontade, podendo recusar-se a responder. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária, a senhora não receberá nenhum valor pela participação nesta pesquisa, e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Convidamos e garantimos que será mantido sigilo de sua identidade e de que serão oferecidos esclarecimentos sempre que desejar com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa, nos contatos e endereço abaixo mencionados. A sua participação está isenta de despesas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, sendo assinadas pela participante da pesquisa e a pesquisadora responsável, assim como todas as páginas serão rubricadas por ambas as partes.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Você ficará com uma cópia deste Termo e em caso de dúvida(s) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora Elizian Braga Rodrigues Bernardo. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, - Sala 09 - Bairro: Rodolfo Teófilo _ Fortaleza – CE. Telefone: (85) 999355081 – email: elizbernardo@hotmail.com, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Ceará (UFC) pelo telefone: (85) 33668344.

Eu _____ (nome do participante e número do documento de identidade), confirmo que Elizian Braga Rodrigues explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de 201__.

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

(Assinatura do sujeito da pesquisa)

APÊNDICE G– CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY (CBSEI)

| Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI) | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------|----------------|
| Questionário de Autoeficácia com o Parto – CBSEI | | | | | | | | | | | |
| <p>Imagine que você está na fase ativa do trabalho de parto, sentindo contrações uterinas <u>rítmicas e dolorosas</u> com intervalo a cada cinco minutos ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil você acha que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil</p> | | | | | | | | | | | |
| | | Nada Útil | | | | | | | | Muito Útil | |
| 1 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 12 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 13 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 14 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 15 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <p>Continue pensando que você está em trabalho de parto, sentindo contrações uterinas a cada cinco minutos mais ou menos. Para cada comportamento a seguir indique o quão certo estar que realizará esse comportamento para ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certa.</p> | | | | | | | | | | | |
| | | Nada Certo | | | | | | | | | Muito Certo |
| 16 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 17 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 18 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 19 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 20 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 21 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 22 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 23 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 24 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 25 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 26 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 27 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 28 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 29 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 30 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Continuação

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|
| <p>Imagine que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento a seguir indique o quão útil acha que esse comportamento irá ajuda-la a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada útil, e 10, muito útil.</p> | | | | | | | | | | | |
| | | Nada Útil | | | | | | | | | Muito Útil |
| 31 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 32 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 33 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 34 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 35 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 36 | Concentrar-me num objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 37 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 38 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 39 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 40 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 41 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 42 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 43 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 44 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 45 | Focar na pessoa que está me ajudando no parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 46 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Continue imaginando que você está no período expulsivo do trabalho de parto, fazendo força para empurrar seu bebê e dá à luz. Para cada comportamento, indique o quão certa está em realizar esse comportamento para te ajudar a lidar com essa fase do trabalho de parto. Circule uma das opções entre o número 1, nada certo, e 10, muito certo.

| | | Nada Certo | | | | | | | | | | Muito Certo | | | | | | | | | |
|----|--|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 47 | Relaxar meu corpo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 48 | Preparar-me para cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 49 | Utilizar a respiração durante as contrações no trabalho de parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 50 | Manter-me no controle | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 51 | Pensar em relaxar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 52 | Concentrar-me em um objeto no quarto para me distrair | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 53 | Manter-me calma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54 | Concentrar meu pensamento no bebê | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 55 | Ficar atenta a cada contração | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 56 | Pensar positivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 57 | Não pensar na dor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 58 | Dizer a mim mesma que sou capaz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 59 | Pensar nos outros membros da minha família | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 60 | Concentrar-me em passar uma contração de cada vez | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 61 | Focar na pessoa que está me ajudando no parto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 62 | Escutar o incentivo da pessoa que está me ajudando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DA ESCALA

Childbirth Self-Efficacy Inventory

Nancy K. Lowe, CNM, PhD, FACNM, FAAN
College of Nursing
University of Colorado
(303) 724-8549; nancy.lowe@ucdenver.edu

Thank you for your interest in my research and the Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI). I am pleased to send you a copy of the CBSEI for potential use in your research. There is no charge for the use of the CBSEI; however, I ask that you abide by the following stipulations:

1. You will **notify me** of your decision to use the CBSEI in advance of any data collection, supplying me with the title of your study, an abstract of your proposal, and the name of the principal investigator. If you are a student, send the name and contact information for your research advisor
2. The **instrument will be photocopied directly from the original (or printed from the electronic file)** and no changes in wording or format will be made without my permission (unless translation is necessary).
3. If it is necessary to translate the instrument, a linguistic specialist will participate in the translation and back translation will be used to establish the validity of the translation. **A copy of the translated instrument will be sent to me on completion of the study for my files.**
4. **Psychometric data** for the instrument from the study data will be sent to me including reliability estimates, any relevant validity information, and results of a factor analysis, if done.
5. On completion, an **abstract of the study** will be sent to me containing a detailed description of sample characteristics, methodology and findings.
6. You will **not give a copy** of the instrument to anyone else, but rather refer him or her to me for a copy of the instrument.

Please call or write if you have questions (303-724-8549; e-mail nancy.lowe@ucdenver.edu).

ANEXO B – A ESCALA ORIGINAL (NANCY LOWE, 1993)

CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY (CBSEI) Copyright ©1991

Nancy K. Lowe, CNM, PhD, FACNM, FAAN
College of Nursing
University of Colorado
(303) 724-8549; nancy.lowe@ucdenver.edu

Scoring Instructions

The CBSEI is a self-report measure of outcome expectancy and self-efficacy expectancy for labor and birth. In the framework of self-efficacy theory (Bandura, 1982), outcome expectancy for labor and birth is defined as the belief that a given behavior will enhance coping with labor, while self-efficacy expectancy is a personal conviction that one can successfully perform specific behaviors during labor. This distinction is important because a woman may believe that a certain behavior could help a woman cope with labor, but feel incapable of personally performing the behavior during her own labor.

Part I of the CBSEI measures outcome expectancy and self-efficacy expectancy for active labor, while Part II measures the same constructs for second stage or birth. Scale scores are computed by summing the item responses as follows:

| | |
|--|---------------------|
| Outcome Expectancy Active Labor (Outcome-AL): | items 1 through 15 |
| Self-Efficacy Expectancy Active Labor (Efficacy-AL): | items 16 through 30 |
| Outcome Expectancy Second Stage (Outcome-SS): | items 31 through 46 |
| Self-Efficacy Expectancy Second Stage (Efficacy-SS): | items 47 through 62 |

For ease of interpretation and data management, each subscale score can be simplified to a number between 1 and 10 by dividing the subscale score by the number of items in the subscale. Scores derived in this way should be maintained at the level of two (2) decimal places.

A Total Childbirth Outcome Expectancy Score (Outcome-Total) is computed by summing the Outcome-AL and Outcome-SS scale scores. A Total Self-Efficacy Expectancy Score (Efficacy-Total) is computed by summing the Efficacy-AL and Efficacy-SS scale scores.

CBSES: Part I

ID _____

Think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful.

| | <u>Not at all helpful</u> | | | | | | | | | | <u>Very helpful</u> |
|---|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------|
| 1. Relax my body. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 2. Get ready for each contraction. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 3. Use breathing during labor contractions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 4. Keep myself in control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 5. Think about relaxing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 6. Concentrate on an object in the room to distract myself. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 7. Keep myself calm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 8. Concentrate on thinking about the baby. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 9. Stay on top of each contraction. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 10. Think positively. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 11. Not think about the pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 12. Tell myself that I can do it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 13. Think about others in my family. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 14. Concentrate on getting through one contraction at a time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 15. Listen to encouragement from the person helping me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are having contractions 5 minutes apart or less. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure.

| | <u>Not at all sure</u> | | | | | | | | | | <u>Completely sure</u> |
|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------------|
| 16. Relax my body. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 17. Get ready for each contraction. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 18. Use breathing during labor contractions. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 19. Keep myself in control. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 20. Think about relaxing. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 21. Concentrate on an object in the room to distract myself. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 22. Keep myself calm. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 23. Concentrate on thinking about the baby. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 24. Stay on top of each contraction. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 25. Think positively. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 26. Not think about the pain. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 27. Tell myself that I can do it. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 28. Think about others in my family. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 29. Concentrate on getting through one contraction at a time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 30. Listen to encouragement from the person helping me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |

CBSES: Part II

ID _____

Think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each of the following behaviors, indicate how helpful you feel the behavior could be in helping you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all helpful, and 10, very helpful.

| | <u>Not at all helpful</u> | | | | | | | | | | <u>Very helpful</u> | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 31. Relax my body. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Get ready for each contraction. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33. Use breathing during labor contractions. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34. Keep myself in control. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35. Think about relaxing. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36. Concentrate on an object in the room to distract myself. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37. Keep myself calm. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38. Concentrate on thinking about the baby. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39. Stay on top of each contraction. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40. Think positively. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41. Not think about the pain. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42. Tell myself that I can do it. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43. Think about others in my family. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44. Concentrate on getting through one contraction at a time. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45. Focus on the person helping me in labor. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46. Listen to encouragement from the person helping me. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Continue to think about how you imagine labor will be and feel when you are pushing your baby out to give birth. For each behavior, indicate how certain you are of your ability to use the behavior to help you cope with this part of labor by circling a number between 1, not at all sure, and 10, completely sure.

| | <u>Not at all sure</u> | | | | | | | | | | <u>Completely sure</u> | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 47. Relax my body. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48. Get ready for each contraction. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49. Use breathing during labor contractions. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50. Keep myself in control. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51. Think about relaxing. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52. Concentrate on an object in the room to distract myself. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53. Keep myself calm. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54. Concentrate on thinking about the baby. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55. Stay on top of each contraction. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56. Think positively. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57. Not think about the pain. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58. Tell myself that I can do it. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59. Think about others in my family. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60. Concentrate on getting through one contraction at a time. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 61. Focus on the person helping me in labor. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62. Listen to encouragement from the person helping me. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY PARA USO NO BRASIL.

Pesquisador: ELIZIAN BRAGA RODRIGUES BERNARDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11791019.6.0000.8085

Instituição Proponente: SOCIEDADE EDUCACIONAL EDICE PORTELA LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.506.083

Situação do Parecer:

Aprovado