

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

Lívia Willborn Pereira

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA
*KARITANE PARENTING CONFIDENCE SCALE (KPCS)***

Porto Alegre

2016

Lívia Willborn Pereira

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA ESCALA *KARITANE*
*PARENTING CONFIDENCE SCALE (KPCS)***

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Bosa

Coorientadora: Dr.^a Juliana Rombaldi Bernardi

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

Willborn Pereira, Livia
Adaptação Transcultural e Validação da Escala
Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS) / Livia
Willborn Pereira. -- 2016.
41 f.

Orientadora: Vera Lucia Bosa.
Coorientadora: Juliana Rombaldi Bernardi.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Nutrição, Porto Alegre, BR-RS,
2016.

1. Validação. 2. Adaptação transcultural. 3.
Confiança materna. I. Lucia Bosa, Vera, orient. II.
Rombaldi Bernardi, Juliana, coorient. III. Título.

Lívia Willborn Pereira

**Adaptação Transcultural e Validação da Escala *Karitane Parenting Confidence*
Scale (KPCS)**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Nutrição.

Porto Alegre, de de 2016.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Adaptação Transcultural e Validação da Escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS)”, elaborado por Lívia Willborn Pereira, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Michele Drehmer (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Vivian Cristine Luft (UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Bosa – Orientadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade e todos os professores que tive contato ao longo da graduação, que me inspiraram e incentivaram a seguir em frente, constantemente em busca de novos conhecimentos e aperfeiçoamento.

Ao grupo de pesquisa IVAPSA e todos os seus participantes, que me oportunizaram o aprendizado de novos conceitos e atividades do mundo acadêmico, além de lindas e valiosas amizades que levarei por toda a minha vida.

À minha Orientadora, professora Vera Bosa, que com suas aulas despertou em mim o apreço pela área Materno Infantil e, mais adiante, me guiou com maestria, dedicação e sabedoria na construção do presente trabalho.

À minha coorientadora, Juliana Bernardi, que tenho como uma irmã e exemplo com o qual vida a me presenteou, sempre me encorajando, colaborando e apoiando para que meus resultados e dias fossem os melhores.

A todos aqueles amigos que, de um modo ou outro, colaboraram para a elaboração deste trabalho, desde sábias dicas e ajudas de pesquisa e programas até palavras de conforto, carinho e bom humor. Salete, Charles, Paloma, Diego, Lucas e todos os demais, muito obrigada.

Não poderia deixar de agradecer à minha família: à minha mãe, que desde criança me guiou e oportunizou trilhar os mais corretos caminhos, me mostrando que o esforço repercute as melhores conquistas; ao meu pai, com quem aprendi a ver a vida com tranquilidade e acreditar no próximo; à minha irmã, que me cuidou e ensinou a ser boa parte do que sou hoje; e ao meu namorado, que sempre presente acompanhou e apoiou todas as fases da graduação.

Por fim, agradeço a vida e ao destino por terem me colocado no caminho de tantas pessoas e oportunidades especiais. Esse é só o começo de uma bela e árdua caminhada.

“Always trust your spirit - KARMA”

RESUMO

Introdução: A confiança materna refere-se à interpretação feita pela mulher quanto à capacidade de cuidar e compreender seu bebê, sendo importante para a adaptação ao papel parental e podendo sofrer influência de fatores socioeconômicos e demográficos. Visando estimar tal medida e sendo a escala *Karitane Parenting Confidence Scale* não adaptada e validada para a cultura Brasileira, julgou-se importante a realização do processo.

Objetivos: Validar e adaptar transculturalmente a escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS).

Metodologia: Trata-se de uma validação e adaptação transcultural aninhada a um estudo observacional longitudinal, realizado em Porto Alegre - RS. O processo conta com autorização dos autores originais para a realização da tradução, montagem de versão unificada, retradução, análise por *experts*, aplicação da versão final em estudo e consequente validação. Serão feitas análises estatísticas como Alpha de Cronbach, ANOVA post hoc de Tukey, Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn e qui-quadrado.

Resultados: A amostra foi composta por 251 puérperas, sendo que a aplicação do questionário em estudo se deu aos 15 dias de vida dos recém-nascidos. A média de confiança materna ficou em 39,22 e desvio padrão de 4,42. Houve correlação significativa positiva entre a confiança materna e escolaridade ($p=0,048$; $r=0,125$) e entre a confiança materna e idade materna ($p=0,013$; $r=0,157$). A relação entre confiança materna e paridade foi limítrofe para significância estatística ($p=0,053$). O protocolo final obteve valor de alfa de Cronbach de 0,717.

Conclusão: A adaptação transcultural e validação da ferramenta *Karitane Parenting Confidence Scale* se mostrou efetiva para a presente amostra.

Palavras-chaves: estudos de validação; confiança; período pós-parto; relações mãe-criança.

ABSTRACT

Introduction: Mother confidence referred to the interpretation that the woman does concerning about capacity of taking care and understand her baby, being crucial for the adaptation to parenthood role and may be influenced by socioeconomic and demographic factors. We aim to estimate this relationship. The scale *Karitane Parenting Confidence Scale* is not adapted and validated for the Brazilian culture.

Objectives: To validate and to adapt transculturally the *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS).

Methodology: Validation and transcultural adaptation nestled to a longitudinal and observational study, held in Porto Alegre - RS. The process was authorized by authors of the original work for the performance of the translation, unified version assembly, back-translation, analysis by *experts*, implementation of the final version on a study and acceptance. We use Cronbach's Alpha, ANOVA post hoc Tukey and Kruskal-Wallis test with post hoc Dunn for statistical analysis.

Results: The sample was composed by 251 women who have recently given birth, within the first 15 life-days of the newborns. The mean of mother confidence was 39.22 and the standard deviation 4.42. There was a positive significative interrelationship between the mother confidence and schooling ($p=0.048$; $r=0.125$) and between mother confidence and maternal age ($p=0.013$; $r=0.157$). We found borderline statistical significant between mother confidence and parity ($p=0.053$). The Cronbach's alpha obtained in the final protocol was 0.717.

Conclusion: The aim of the transcultural adaptation and validation of *Karitane Parenting Confidence Scale* tool was effective for this sample.

Key words: validation studies; trust; postpartum period; mother-child relations.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 CONFIANÇA MATERNA	11
2.1.1 VARIÁVEIS ASSOCIADAS COM A CONFIANÇA MATERNA	11
2.2 VALIDAÇÕES	12
2.2.1 PROCESSOS DA VALIDAÇÃO.....	13
2.2.2 PROTOCOLOS NA ÁREA MATERNO INFANTIL.....	14
3 JUSTIFICATIVA	16
4 OBJETIVOS.....	17
4.1 GERAL.....	17
4.2 ESPECÍFICOS.....	17
REFERÊNCIAS	18
5 ARTIGO ORIGINAL.....	23
Adaptação Transcultural e Validação da Escala Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS).....	23
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

A confiança materna é uma característica muito importante para o bom crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos. A falta de uma mãe confiante em suas atribuições no início do período pós-natal pode influenciar de forma negativa a sua capacidade em exercer os cuidados com seu bebê. O sentimento de confiança dos pais contribui para a relação criança-mãe, no empenho e energia demandada pela puérpera em ensinar, brincar, e se relacionar com seu filho, bem como em tantos outros aspectos do desenvolvimento infantil (BORNSTEIN et al., 2003).

Os sentimentos de confiança e auto eficácia maternos são determinados por uma série de diferentes fatores, dentre eles as características contextuais, tais como apoio social, temperamento da criança e saúde mental materna (LEERKES; BURNEY, 2007). Ademais, maiores níveis de confiança materna foram classificados como fator de proteção contra determinados aspectos, dentre alguns se destacam a depressão materna, dificuldades de relacionamento, competência parental, estresse e comprometimento do desenvolvimento da criança (COLEMAN; KARRAKER, 1998).

Diante desse contexto se fazem necessárias medidas eficazes para estimar o sentimento de confiança materna e, no Brasil, ainda são poucos os instrumentos para tal fim. A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), uma escala que mensura a confiança da mulher no seu potencial de amamentar (ORIÁ; XIMENES, 2010) e a *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), que visa avaliar a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu bebê (NAZARÉ et al., 2012) compõem esse panorama no país.

Sendo assim, o fato de um conteúdo ser validado viabiliza ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a compõe são bons preditores da esfera da temática que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD, 2001). Ademais, questionários validados em diferentes idiomas ao serem utilizados permitem uma coleta de dados fiáveis, facilitam a comparação e discussão de resultados de variados estudos, englobando também os de nível internacional (SANTOS et al., 2015).

Por conseguinte, frente ao panorama relatado, a Escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) (ČRNĀEC, 2008), veio a despertar interesse, por se tratar de uma ferramenta capaz de estimar um assunto não muito avaliado através de questionários, o qual pode ser influenciado ou influenciar diferentes fatores importantes na temática materno-infantil,

conforme já exposto. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi adaptar transculturalmente e validar tal ferramenta para a língua portuguesa e cultura brasileira.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONFIANÇA MATERNA

A confiança materna refere-se à interpretação que a mulher faz quanto à sua capacidade de prestar cuidados e compreender o seu bebê (ZHR, 1991). Aquelas que se reconhecem mais competentes tendem a persistir e se sentir mais gratificadas com a tarefa, enquanto que a falta de confiança materna pode afetar negativamente a experiência (KUO et al., 2009), mostrando relação com os níveis de estresse e estilos educativos parentais (SANDERS et al., 2007; NAZARÉ et al., 2012; OSWALT; BIASINI, 2012).

Desse modo, a confiança materna é importante para uma boa adaptação ao papel parental, sendo influenciada por particularidades tanto do pai quanto da mãe, entre elas idade, paridade, escolaridade, saúde mental e o apoio social, e ainda por fatores de atributo do bebê, como temperamento, presença de problemas médicos e peso ao nascer (ZHR, 1991; OSWALT; BIASINI, 2012).

2.1.1 VARIÁVEIS ASSOCIADAS COM A CONFIANÇA MATERNA

A confiança materna além de ser influenciada por alguns fatores, como já citado anteriormente, também pode influenciar a habilidade materna para amamentar e o tempo de aleitamento materno. Desse modo, quanto mais eminente a confiança ou expectativa da mulher com relação aos seus conhecimentos e habilidades para amamentar seu bebê, maior pode ser o período de aleitamento materno. Viu-se ainda que 27% das mulheres classificadas com baixos níveis de confiança materna interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana pós-parto (BUXTON et al., 1991). Ainda em relação ao grupo classificado como pouco confiante, o risco de interromper a amamentação foi 3,1 vezes maior quando comparado com as mães confiantes (O'CAMPO et al., 1992).

É sabido que especialmente as mães são as principais cuidadoras da saúde de seus filhos. Sendo assim, já é amplamente disseminado em países desenvolvidos e em desenvolvimento que a saúde materna reflete de modo bastante impactante na saúde das crianças (PATEL et al., 2004). Sendo assim, contempla a saúde materna a saúde psicossocial e mental das mães, a qual conta com evidências sugestivas de efeitos significativos no crescimento da criança, estado nutricional e desenvolvimento emocional (BARLOW; COREN, 2004; PATEL et al., 2004; HARPHAM et al., 2005; POOBALAN et al., 2007).

Estendendo o foco da temática ainda encontramos estudos mostrando que, em países em desenvolvimento, a saúde mental materna é reconhecida como determinante da saúde geral da família (THARA; PATEL, 2001; PATEL et al., 2004).

A confiança materna interfere nos comportamentos relacionados à saúde, pois para que as pessoas tenham adequada aderência aos hábitos saudáveis é preciso que elas acreditem ser capazes disso e, desse modo, empreendam o empenho necessário para alcançá-los. Ademais, é possível afirmar que a motivação é um grande interferente no comportamento dos indivíduos (BANDURA, 1997).

Desse modo, espera-se que em determinado momento as puérperas alcancem a plenitude da identidade materna, quando internalizam as suas novas experiências e passam a viver essa nova fase da vida com harmonia, sensação de competência e confiança na sua capacidade em cuidar de seu recém-nascido (MEIGHAN; MERCER, 2006). Dado o exposto, sabe-se que a validade de um instrumento está atrelada à clareza da ferramenta em medir e avaliar aquilo que se pretende (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998), sendo válido quando sua estruturação e aplicabilidade proporcionam mensuração fidedigna daquilo que se pretende verificar (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

2.2 VALIDAÇÕES

Usualmente, a literatura refere que a adaptação de um instrumento deve ser constituída por cinco etapas primordiais: tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, realização da síntese das versões traduzidas, análise da versão sintetizada por juízes *experts*, tradução reversa para o idioma de origem (*back translation*), e aplicação em estudo na população-alvo (HAMBLETON et al., 2005; SIRECI et al., 2006).

A etapa de adaptação transcultural é o primeiro passo para a validação de protocolos, sendo ela primordial para que não existam obstáculos entre o instrumento e sua população-alvo em diferentes países (AARONSON et al., 2002). A validade preditiva contempla previsões e trata da qualidade com que um instrumento pode predizer um critério futuro (BLACKER; ENDICOTT, 2002). Ao se fazerem uso de instrumentos já validados está sendo favorecida a linguagem comum entre diferentes profissionais, colaborando com a produção de dados e beneficiando a avaliação de técnicas e abordagens utilizadas (NEVES; SHIMIZU, 2010).

O sistema de adequação de uma ferramenta já existente em lugar da formulação de uma nova, específica para a população-alvo, possui notáveis vantagens. Ao adaptar um

instrumento, o pesquisador está apto a comparar dados obtidos em amostras heterogêneas, de diferentes contextos, oportunizando uma maior paridade na avaliação, posto que se trata de uma mesma medida, a qual avalia o construto a partir de uma mesma interpretação teórica e metodológica. Compreende-se que o emprego de instrumentos adaptados permite uma maior capacidade de generalização e possibilita, inclusive, a verificação de nuances entre uma crescente população diversificada (VIVAS, 1999; HAMBLETON et al., 2005).

Não existem acordos sobre como adequar um instrumento para uso em outro cenário cultural. O processo se dará de acordo com as características do instrumento, dos âmbitos de aplicação (seja da versão original ou da adaptação) e da população a qual se objetiva. Não obstante, é padrão que o processo de adaptação se estenda além da tradução, a qual não garante a validade e confiabilidade do protocolo e medidas adotadas (BORSA et al., 2012).

2.2.1 PROCESSOS DA VALIDAÇÃO

Primeiramente, o processo de tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma-alvo, uma etapa complexa que impõe determinados cuidados para que se alcance uma versão final apropriada ao novo âmbito e que siga correspondente à versão original, se faz crucial (BORSA et al., 2012). Sendo assim, Hambleton enfatiza a importância de se evitar a tradução literal da ferramenta, devido ao fato de, em inúmeras ocasiões, resultar em frases confusas ou incoerentes com o dialeto alvo (HAMBLETON, 1996; HAMBLETON et al., 2005).

A fim de se obter fidedignidade nessa etapa inicial é interessante levar em consideração a familiaridade que os tradutores possuem com a ferramenta trabalhada, em que um dos responsáveis pela tarefa deve, necessariamente, ter conhecimento sobre o questionário, enquanto que o outro deve estar inconsciente sobre os objetivos da ferramenta. Tal critério irá oportunizar que o primeiro tradutor viabilize maior semelhança científica do instrumento, enquanto que a adaptação do segundo tradutor envolvido se mostrará mais fiel em questões de significância dos itens devido ao fato de não estar influenciado pelo objetivo científico, retratando a linguagem da população-alvo (BEATON et al., 2000).

Seguindo-se as etapas, após as traduções, serão obtidas duas versões do protocolo traduzido. A partir disso se realizará o processo de síntese, em que ambos os modelos originados serão discutidos e comparados, levando em consideração suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, a fim de que se chegue a uma versão única. Nesse processo as escolhas inapropriadas são detectadas e deliberadas mediante

discussão entre juízes (*experts* na área a que o instrumento se destina) e pesquisadores responsáveis pela adaptação do instrumento (BORSA et al., 2012). Em momento algum a escolha de qual alternativa adotar deve ser obtida por imposição, e sim por meio de consenso entre os *experts* (GJERSING et al., 2010).

Estando a versão unificada estruturada ainda se faz necessário que os juízes considerem termos e expressões, se podem ser ampliadas para diferentes contextos e populações, ou seja, discrepantes regiões de um mesmo país. Ainda devem analisar aspectos de diagramação (visto que são tão relevantes quanto os linguísticos, em especial quando a ferramenta é voltada a populações específicas, como crianças e idosos), clareza, adequação de tipo e tamanho de fonte adotada, bem como estruturação das informações no instrumento (BORSA et al., 2012).

Visando alcançar um controle de qualidade complementar, (SIRECI et al., 2006) sugerem a realização da tradução reversa. Seguindo-se os procedimentos de ajuste semântico e idiomático, a tradução reversa tenciona traduzir a versão sintetizada e revisada do instrumento para o idioma de origem, intencionando avaliar de que modo a versão traduzida está retratando o conteúdo do item, conforme propõe a versão original (BORSA et al., 2012). Essa etapa deve ser empregada como um processo de identificação de palavras que não ficaram nítidas no idioma-alvo, com o intuito de encontrar inconsistências ou erros conceituais, quando comparadas a versão final e a versão original (BEATON et al., 2000).

Por fim, para que um novo instrumento esteja pronto para aplicação, sugere-se que um estudo-piloto deva ser realizado. Trata-se de uma aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra, a qual reflita as características da população-alvo (GUDMUNDSSON, 2009).

2.2.2 PROTOCOLOS NA ÁREA MATERNO INFANTIL

Incorporado à grande área materno infantil no Brasil encontramos poucos protocolos que avaliem questões psicológicas e ambientais que possam vir a influenciar os cuidados e decisões tomadas pelas puérperas em relação aos seus recém-nascidos. Duas delas são a *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), uma escala contendo 33 itens divididos em dois domínios: Técnico e Pensamento Intrapessoal em que quanto maior o escore, maior a confiança da mulher no seu potencial de amamentar, constituindo, assim, na maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo (ORÍÁ; XIMENES, 2010), e a *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), um instrumento de

autorresposta composto por 12 itens, em sua versão validada para o português, e com uma escala de resposta de seis pontos (de 0 – Nunca a 5 – Sempre) que visa avaliar a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu bebé (NAZARÉ et al., 2012). Frente a este panorama, a adaptação transcultural e validação da escala *Karitane Parenting Confidence Scale* poderá vir a enriquecer essa realidade.

3 JUSTIFICATIVA

Tendo a escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) sido desenvolvida e validada primeiramente em Inglês e voltada à cultura Australiana, é importante que, caso se objetive fazer uso da escala em outros países, com distintas linguagens e contextos culturais, suas propriedades sejam avaliadas e validadas previamente, a fim de que se possa ter certeza de que o instrumento realmente é aplicável a determinada população, com diferentes características da original. Ademais, no Brasil ainda não encontramos protocolos validados que avaliem a confiança em relação às mães de bebês recém-nascidos.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Validar e adaptar transculturalmente a escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) para o português brasileiro, para uso em mães de crianças brasileiras.

4.2 ESPECÍFICOS

Traduzir a escala para o português brasileiro.

Aplicar a escala em um grupo de puérperas.

Verificar a consistência interna da escala.

REFERÊNCIAS

AARONSON, N. et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual Life Res**, v. 11, n. 3, p. 193-205, May 2002. ISSN 0962-9343.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074258> >.

BANDURA, A. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman 1997.

BARLOW, J.; COREN, E. Parent-training programmes for improving maternal psychosocial health. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 1, p. CD002020, 2004. ISSN 1469-493X.

Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973981> >.

BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 2000. ISSN 0362-2436.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm**, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012. ISSN 0034-7167.

BLACKER, D.; ENDICOTT, J. Psychometric properties: concepts of reliability and validity. **Handbook of psychiatric measures**. Washington: American Psychiatric Association, p. 7-14, 2002.

BORNSTEIN, M. H. et al. Contributors to Self-Perceived Competence, Satisfaction, Investment, and Role Balance in Maternal Parenting: A Multivariate Ecological Analysis. In: (Ed.), 2003. ISBN 4.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, p. 423-432, 2012. ISSN 0103-863X.

BUXTON, K. E. et al. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. **Am J Prev Med**, v. 7, n. 2, p. 101-6, 1991 Mar-Apr 1991. ISSN 0749-3797. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1910883> >.

COLEMAN, P. K.; KARRAKER, K. H. Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. **Developmental Review**, v. Volume 18, n. Issue 1 p. Pages 47-85, 1998. ISSN 1.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Med Res Methodol**, v. 10, p. 13, 2010. ISSN 1471-2288. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20144247> >.

GUDMUNDSSON, E. Guidelines for translating and adapting psychological instruments. **Nordic Psychology**, v. 61, n. 2, p. 29, 2009. ISSN 1904-0016.

HAMBLETON, R. K. Guidelines for Adapting Educational and Psychological Tests. 1996.

HAMBLETON, R. K. et al. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. **Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment**, v. 1, p. 3-38, 2005.

HARPHAM, T. et al. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. **J Epidemiol Community Health**, v. 59, n. 12, p. 1060-4, Dec 2005. ISSN 0143-005X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16286495> >.

KUO, S. C. et al. Evaluating the effects of an Internet education programme on newborn care in Taiwan. **Journal of clinical nursing**, v. 18, n. 11, p. 1592-1601, 2009. ISSN 1365-2702.

LEERKES, E. M.; BURNEY, R. V. The Development of Parenting Efficacy Among New Mothers and Fathers. 2007. ISSN 1.

LOBIONDO-WOOD, G. **Pesquisa em enfermagem: metodos, avaliacao critica e utilizacao**. Guanabara Koogan, 2001. 330 ISBN 9788527706599. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=VLXpAAAACAAJ> >.

MEIGHAN, M.; MERCER, R. Maternal role attainment—becoming a mother. **Nursing Theorists and their work**, p. 605-622, 2006.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). **Análise Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 47-61, 2012 2012. Disponível em: < <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3442> >.

NEVES, R. E. S.; SHIMIZU, H. E. [Analysis of the implementation of Nursing Assistance Systematization in a rehabilitation unit]. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 222-9, 2010 Mar-Apr 2010. ISSN 0034-7167. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20520993> >.

O'CAMPO, P. et al. Prenatal factors associated with breastfeeding duration: recommendations for prenatal interventions. **Birth**, v. 19, n. 4, p. 195-201, Dec 1992. ISSN 0730-7659. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472267> >.

ORIÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 230-238, 2010. ISSN 0103-2100.

OSWALT, K. L.; BIASINI, F. J. Characteristics of HIV-infected mothers associated with increased risk of poor mother-infant interactions and infant outcomes. **J Pediatr Health**

Care, v. 26, n. 2, p. 83-91, Mar 2012. ISSN 1532-656X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22360927> >.

PATEL, V. et al. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. **BMJ**, v. 328, n. 7443, p. 820-3, Apr 2004. ISSN 1756-1833. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15070641> >.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p. 153-168, 1998. ISSN 1980-220X.

POOBALAN, A. S. et al. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. **Br J Psychiatry**, v. 191, p. 378-86, Nov 2007. ISSN 0007-1250. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17978316> >.

SANDERS, M. R.; BOR, W.; MORAWSKA, A. Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. **J Abnorm Child Psychol**, v. 35, n. 6, p. 983-98, Dec 2007. ISSN 0091-0627. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17610061> >.

SANTOS, P.; ABREU, S.; MESQUITA, A. R. P. **Adaptação Cultural e Validação do Questionário: “Pregnancy Physical Activity Questionnaire” para a População Portuguesa**. 2015. masterThesis (Dissertações de mestrado). Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto.

SIRECI, S. G. et al. Evaluating Guidelines For Test Adaptations A Methodological Analysis of Translation Quality. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 37, n. 5, p. 557-567, 2006. ISSN 0022-0221.

THARA, R.; PATEL, V. Women's mental health: A public health concern. 2001, **Regional Health Forum WHO South-East Asia Region**. 1, 2001. p.24-33.

VIVAS, E. Estudios transculturales: Una perspectiva desde los trastornos alimentarios. **Avaliação psicológica: Perspectiva internacional**, p. 463-481, 1999.

ZAHR, L. K. The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. **Res Nurs Health**, v. 14, n. 4, p. 279-86, Aug 1991. ISSN 0160-6891. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1891613> >.

ČRNČEC, R., BARNETT, B., & MATTHEY, S. **Karitane Parenting Confidence Scale: Manual**. Sydney South West Area Health Service. 2008.

5 ARTIGO ORIGINAL

Adaptação Transcultural e Validação da Escala Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS)

Adaptação Transcultural e Validação da Escala KPCS

Lívia Willborn Pereira¹, Juliana Rombaldi Bernardi², Salete de Matos², Clecio Homrich Da Silva², Marcelo Zubarán Goldani², Vera Lucia Bosa³

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil

liviawillborn@hotmail.com, juliana.bernardi@yahoo.com.br, salete.matos@hotmail.com,
clecio.homrich@ufrgs.br, mgoldani@hcpa.ufrgs.br, vbosa@hcpa.edu.br

Autores com currículos cadastrados na plataforma Lattes do CNPq.

¹Autor principal, ²Coorientadores, ³Orientador

Conflito de interesse: Nada a declarar.

Autor para correspondência: Lívia Willborn Pereira, Rua dos Imigrantes, 1833, Bairro Arroio do Cartucho, Santo Antônio da Patrulha, RS, (51) 99400291, liviawillborn@hotmail.com

Fonte financiadora: CAPES e CNPq

Contagem total das palavras do texto: 2995

Contagem total das palavras do resumo: 248

Número de tabelas e figuras: 3 tabelas e 1 figura

RESUMO

Introdução: A confiança materna refere-se à interpretação feita pela mulher quanto à capacidade de cuidar e compreender seu bebê, sendo importante para a adaptação ao papel parental e podendo sofrer influência de fatores socioeconômicos e demográficos. Visando estimar tal medida e sendo a escala *Karitane Parenting Confidence Scale* não adaptada e validada para a cultura Brasileira, julgou-se importante a realização do processo.

Objetivos: Validar e adaptar transculturalmente a escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS).

Metodologia: Trata-se de uma validação e adaptação transcultural aninhada a um estudo observacional longitudinal, realizado em Porto Alegre - RS. O processo conta com autorização dos autores originais para a realização da tradução, montagem de versão unificada, retradução, análise por *experts*, aplicação da versão final em estudo e consequente validação. Serão feitas análises estatísticas como Alpha de Cronbach, ANOVA post hoc de Tukey, Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn e qui-quadrado.

Resultados: A amostra foi composta por 251 puérperas, sendo que a aplicação do questionário em estudo se deu aos 15 dias de vida dos recém-nascidos. A média de confiança materna ficou em 39,22 e desvio padrão de 4,42. Houve correlação significativa positiva entre a confiança materna e escolaridade ($p=0,048$; $r=0,125$) e entre a confiança materna e idade materna ($p=0,013$; $r=0,157$). A relação entre confiança materna e paridade foi limítrofe para significância estatística ($p=0,053$). O protocolo final obteve valor de alfa de Cronbach de 0,717.

Conclusão: A adaptação transcultural e validação da ferramenta *Karitane Parenting Confidence Scale* se mostrou efetiva para a presente amostra.

Palavras-chaves: estudos de validação; confiança; período pós-parto; relações mãe-criança.

ABSTRACT

Introduction: Mother confidence referred to the interpretation that the woman does concerning about capacity of taking care and understand her baby, being crucial for the adaptation to parenthood role and may be influenced by socioeconomic and demographic factors. We aim to estimate this relationship. The scale *Karitane Parenting Confidence Scale* is not adapted and validated for the Brazilian culture.

Objectives: To validate and to adapt transculturally the *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS).

Methodology: Validation and transcultural adaptation nestled to a longitudinal and observational study, held in Porto Alegre - RS. The process was authorized by authors of the original work for the performance of the translation, unified version assembly, back-translation, analysis by *experts*, implementation of the final version on a study and acceptance. We use Cronbach's Alpha, ANOVA post hoc Tukey and Kruskal-Wallis test with post hoc Dunn for statistical analysis.

Results: The sample was composed by 251 women who have recently given birth, within the first 15 life-days of the newborns. The mean of mother confidence was 39.22 and the standard deviation 4.42. There was a positive significative interrelationship between the mother confidence and schooling ($p=0.048$; $r=0.125$) and between mother confidence and maternal age ($p=0.013$; $r=0.157$). We found borderline statistical significant between mother confidence and parity ($p=0.053$). The Cronbach's alpha obtained in the final protocol was 0.717.

Conclusion: The aim of the transcultural adaptation and validation of *Karitane Parenting Confidence Scale* tool was effective for this sample.

Key words: validation studies; trust; postpartum period; mother-child relations.

INTRODUÇÃO

A confiança materna é uma característica muito importante para o bom crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos. A ausência de confiança materna em suas atribuições no início do período pós-natal pode influenciar de forma negativa a sua capacidade em exercer os cuidados com seu bebê. O sentimento de confiança dos pais contribui para a relação criança-mãe, no empenho e energia demandada pela puérpera em ensinar, brincar, e se relacionar com seu filho, bem como em tantos outros aspectos do desenvolvimento infantil (BORNSTEIN et al., 2003).

Os sentimentos de confiança e auto eficácia maternos são determinados por uma série de diferentes fatores, dentre eles as características contextuais, tais como apoio social, temperamento da criança e saúde mental materna (LEERKES; BURNEY, 2007). Ademais, maiores níveis de confiança materna foram classificados como fator de proteção contra determinados aspectos, dentre alguns se destacam a depressão materna, dificuldades de relacionamento, competência parental, estresse e comprometimento do desenvolvimento da criança (COLEMAN; KARRAKER, 1998).

Diante desse contexto se fazem necessárias medidas eficazes para estimar o sentimento de confiança materna e, no Brasil, ainda são poucos os instrumentos para tal fim. A *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), uma escala que mensura a confiança da mulher no seu potencial de amamentar (ORIÁ; XIMENES, 2010) e a *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ), que visa avaliar a existência de perturbações na relação que mães e pais estabelecem com o seu bebê (NAZARÉ et al., 2012) compõem esse panorama no país.

Sendo assim, o fato de um conteúdo ser validado viabiliza ao pesquisador avaliar se a escala e as questões que a compõe são bons preditores da esfera da temática que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD, 2001). Ademais, questionários validados em diferentes idiomas ao serem utilizados permitem uma coleta de dados fiáveis, facilitam a comparação e discussão de resultados de variados estudos, englobando também os de nível internacional (SANTOS et al., 2015).

Por conseguinte, frente ao panorama relatado, a Escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) (ČRNČEC, 2008), veio a despertar interesse, por se tratar de uma ferramenta capaz de estimar um assunto não muito avaliado através de questionários, o qual pode ser influenciado ou influenciar diferentes fatores importantes na temática materno-infantil,

conforme já exposto. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi adaptar transculturalmente e validar tal ferramenta para a língua portuguesa e cultura brasileira.

MÉTODOS

Trata-se da validação e adaptação transcultural aninhada a um estudo observacional longitudinal intitulado “Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida” (IVAPSA), realizado em três hospitais públicos de Porto Alegre, aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Grupo Hospitalar Conceição, respectivamente nos protocolos 11-0097 e 11-027.

O protocolo é composto por 15 questões de múltipla escolha com quatro possíveis respostas, sendo cada opção pontuada em 0, 1, 2 ou 3, podendo o somatório dos itens variar de 0 a 45. Com a pontuação total da escala é possível classificar as mães como sendo confiantes em relação aos cuidados com seus filhos ou não. São classificadas como confiantes as mães que apresentam somatório igual ou superior a 40 (ČRNČEC, 2008).

O processo de validação do questionário *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS), previamente validado em seu idioma de origem, teve início com o contato com seus autores originais e autorização do processo. A seguir, realizou-se a tradução e adaptação transcultural, a qual foi desenvolvida em cinco etapas: tradução, montagem de versão unificada, retradução, análise por *experts* e autores originais do questionário e aplicação da versão final em estudo (Figura 1).

A primeira etapa, tradução para o português, foi composta por duas traduções do instrumento original, realizadas de forma independente por um profissional experiente na área de interesse de aplicação do questionário, fluente no idioma inglês, e por um profissional de nível superior graduado em letras com especialização em inglês. A partir disso foram criadas duas diferentes versões do questionário KPCS.

Realizadas as traduções, a próxima etapa executada foi a de montagem de uma versão unificada, onde os profissionais da área da temática de aplicação do protocolo discutiram sobre as mais adequadas perguntas e respostas adaptadas ao português, qual o melhor contexto das frases e também o entendimento das mesmas em relação aos diferentes níveis de escolaridade do público alvo. Desse modo foi possível englobar todas as questões, a fim de se obter uma versão unificada adequada ao objetivo do questionário.

A retradução foi o processo de tradução da versão unificada em português para o inglês, a qual foi exercida novamente por um profissional de nível superior graduado em

letras com especialização no idioma inglês e de idioma materno o português, sem conhecimento do propósito do protocolo.

Quando com a interpretação final do questionário montada, com versões em português e retraduzidas para o inglês, o próximo passo executado foi o de análise por *experts* e autores originais do questionário. Essa etapa se deu por meio de um consenso formado por diferentes opiniões de cinco especialistas na área de aplicação do protocolo, onde foram discutidos pontos como entendimento do questionário e sua adequação ao fim ao qual se destina. Em paralelo a essa discussão, a versão unificada, em inglês, foi enviada por correio eletrônico ao autor principal do protocolo original (Dr. Rudi Črnčec), com o propósito de que avaliasse o questionário em sua versão brasileira, concordando ou não com o trabalho realizado, fazendo observações sobre o produto final.

Tendo o protocolo traduzido, unificado, retraduzido, discutido e aprovado por todos os envolvidos na realização deste processo, em conclusão, a versão portuguesa do KPCS foi aplicada à população-alvo a fim de testar a sua equivalência. Tal etapa foi executada por pesquisadores participantes do estudo IVAPSA, já apresentado anteriormente.

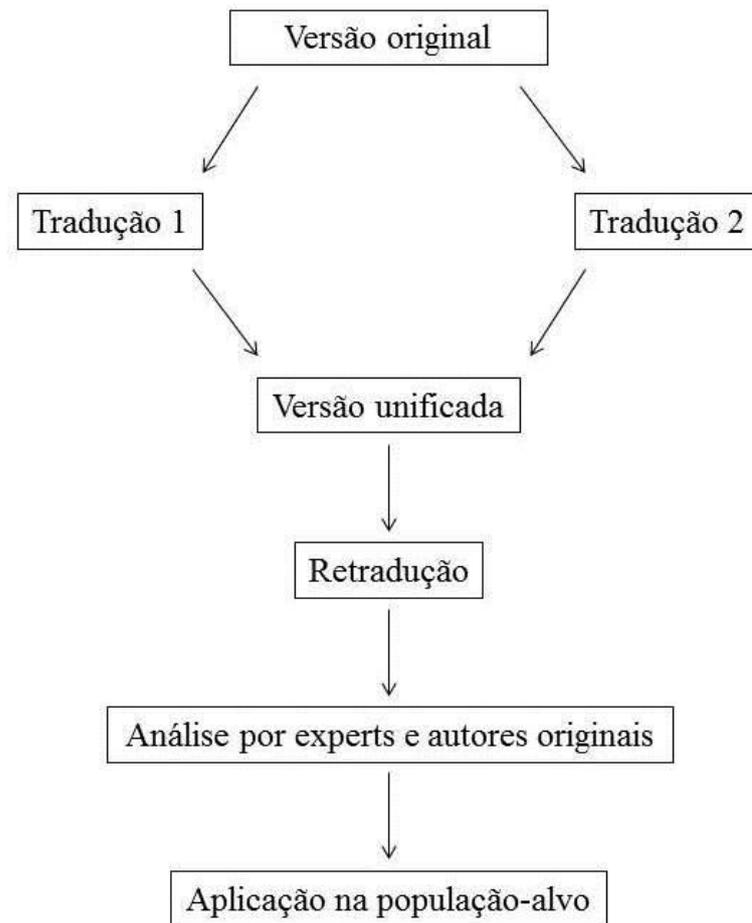
Para a validação do instrumento selecionou-se amostra por conveniência e incluíram-se puérperas residentes em Porto Alegre entre 24 e 48 horas após o parto. Excluíram-se mulheres HIV positivas e mães de recém-nascidos (RNs) de partos gemelares, prematuros, com doenças congênitas ou que necessitaram de internação hospitalar.

Ao serem incluídos no estudo maior (IVAPSA), ao qual esta validação está aninhada, os pares mãe/bebê foram classificadas em cinco diferentes grupos, sendo eles: Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Tabaco, Pequeno para Idade Gestacional (PIG) e Controle. Tal heterogenia na amostra nos permitiu avaliar o protocolo em diferentes condições, contemplando nutrízes que vivenciaram intercorrências ao longo da gestação ou não. As informações socioeconômicas e demográficas maternas e perinatais foram coletadas por questionário estruturado na entrevista de pós-parto (PP) e pela revisão de prontuários. A versão final da escala *Karitane Parenting Confidence Scale* (KPCS) (anexo) foi aplicada as puérperas aos 15 dias de vida dos bebês.

O procedimento de validação do protocolo tornou-se completo quando realizadas as análises de consistência interna da versão agora traduzida e adaptada à população brasileira. Para tanto seguiu-se alguns dos procedimentos de análise utilizados originalmente, descritos no manual do *Karitane Parenting Confidence Scale* em sua versão original Australiana. (ČRNČEC, 2008).

Para exibição dos dados, conforme o resultado do teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, as variáveis foram apresentadas por meio de média e desvio padrão (DP) ou por mediana e intervalo interquartil [*P25-P75*] e as categóricas por número absoluto e relativo. As análises estatísticas para comparar médias de grupos da amostra incluíram teste ANOVA com post hoc de Tukey para variáveis paramétricas; Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn para as variáveis não paramétricas. A consistência interna do protocolo foi analisada pelo Alpha de Cronbach. O programa estatístico utilizado foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0. Em todas as análises o nível de significância foi de 0,05.

Figura 1 – Metodologia utilizada para realizar a tradução e adaptação transcultural da escala *Karitane Parenting Confidence Scale (KPCS)*.



RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 251 puérperas, mães de bebês com 15 dias de vida no momento da aplicação do protocolo.

As puérperas que obtiveram somatório igual ou superior a 40 foram consideradas confiantes, 55,8% ($n=140$), ao passo que as que atingiram pontuação máxima de 39 foram classificadas como não confiantes, 44,2% ($n=111$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em estudo ($p=0,575$).

Na Tabela 1 estão descritos os dados socioeconômicos e demográficos da população participante.

A mediana de idade e P25-75 da amostra foi 26,00 [21,00-32,00] anos, destaca-se que as mais jovens são do grupo tabaco, com 23,50 [20,00-28,70] anos e as mais velhas do grupo DM, 29,00 [24,00-35,00] anos. O grupo DM apresentou diferença estatística em relação aos grupos tabaco, RCIU e Controle, e o grupo HAS em relação ao tabaco, apresentando maior idade. A mediana de escolaridade foi de 10,00 [8,00-11,00] anos, sendo 8,50 [3,00-15,00] anos a menor mediana, apresentada pelo grupo Tabaco, o qual apresentou diferença estatística em relação ao grupo controle, com menor escolaridade.

A cor relatada pelas puérperas foi classificada em branca e não branca, sendo que 155 (61,8%) se autodeclararam brancas. A mediana e P25-P75 de renda (em reais) familiar, nessa ordem, foi de 1322,00 [1000,00-2000,00]. O grupo controle apresentou maior renda, 2000,00 [1200,00-3000,00] reais e o grupo Tabaco a mais inferior, 1200,00 [800,00-1725,00] reais. O grupo tabaco foi estatisticamente diferente do controle, apresentando menor renda.

Quanto à situação conjugal, 203 (80,9%) das mães possuíam companheiro. O grupo Tabaco apresentou menor número de mães com companheiro, $n=31$ (59,6%), e diferença significativa sobre o grupo controle. O número de mães que planejaram a sua gestação foi de 91 (36,3%), enquanto que 160 (63,7%) não o fizeram. O grupo com maior % de puérperas que não planejaram a gestação foi o Tabaco, $n= 44$ (84,6%), sendo esse o tipo de gestação predominante em todos os grupos. Os grupos DM e HAS foram diferentes estatisticamente do grupo tabaco.

Mais da metade das participantes já haviam tido filhos anteriormente, representando 151 (60,2%) puérperas. O grupo HAS foi o que mais contemplou múltiparas, 37 (71,2%) mães, em contraste com o grupo FIG, com somente 11 (42,3%) mães que já haviam engravidado antes. O tipo de parto foi classificado em cesárea e vaginal, com 163 (64,9%) das participantes optando por parto vaginal. As pertencentes ao grupo HAS tiveram menor

prevalência de parto vaginal, $n=9$ (33,3%), e diferença significativa em relação aos grupos tabaco, PIG e controle.

Ao relacionar a confiança materna com dados socioeconômicos e demográficos percebeu-se que houve correlação positiva significativa entre a confiança materna e escolaridade ($p=0,048$; $r=0,125$) e entre a confiança materna e idade materna ($p=0,013$; $r=0,157$). Houve ainda tendência de associação estatisticamente significativa entre confiança materna e paridade ($p=0,053$).

Com o intuito de avaliar a consistência interna do protocolo KPCS utilizou-se o coeficiente alfa de Cronbach, por ser considerado um dos principais estimadores de confiabilidade de questionários. A escala de variância dessa análise vai de 0 a 1, sendo 0,7 o valor mínimo aceitável para se considerar um questionário confiável (STREINER, 2003); (NUNNALLY, 1978). A análise deste coeficiente foi feita utilizando-se cada questão pela qual o questionário é composto e, ao final, se obteve um valor de alfa de Cronbach de 0,717, classificando o protocolo como confiável para aplicações subsequentes. Os valores de alfa de Cronbach por questão estão descritos na tabela 3.

Tabela 1 - Características socioeconômicas, demográficas e perinatais maternas entre os grupos de estudo. IVAPSA, Porto Alegre, Setembro de 2011 a Agosto de 2015.

Variáveis	DM (n=49)	HAS (n=27)	TAB (n=62)	PIG (n=26)	CTL (n=97)	Total (n=251)	Valor p
Idade (anos) (mediana, P25-P75)	29,00[24,00-35,00] ^a	28,00[25,00-35,00] ^{ac}	23,50[20,00-28,70] ^b	24,00[19,75-29,00] ^b	25,00[20,00-31,00] ^b	26,00[21,00-32,00]	0,001
Escolaridade (anos de estudo) (mediana, P25-P75)	10,00[4,00-16,00]	11,00[3,00-15,00]	8,50[3,00-15,00]	11,00[5,00-15,00]	11,00[2,00-17,00]	10,00[8,00-11,00]	0,045
Renda (reais) (mediana P25-P75)	1322,00 [1000,00-2000,00] ^{ab}	1750,00 [875,00-2325,00] ^{ab}	1200,00 [800,00-1725,00] ^a	1750,00 [1000,00-3025,00] ^{ab}	2000,00 [1200,00-3000,00] ^b	1322,00 [1000,00-2000,00]	0,002
Situação conjugal (n, %)							
Com companheiro	44(89,8) ^{ab}	21(77,8) ^{ab}	31(59,6) ^a	22(84,6) ^{ab}	85(87,6) ^b	203(80,9)	0,010
Sem companheiro	5(10,2)	6(22,2)	21(40,4)	4(15,4)	12(12,4)	48(19,1)	
Gestação Planejada (n, %)							
Sim	24(49) ^a	13(48,1) ^{ab}	8(15,4) ^c	10(38,5) ^{abc}	36(37,1) ^{abc}	91(36,3)	0,004
Não	25(51)	14(51,9)	44(84,6)	16(61,5)	61(62,9)	160(63,7)	
Já engravidou antes (n, %)							
Sim	33(67,3)	18(66,7)	37(71,2)	11(42,3)	52(53,6)	151(60,2)	0,052
Não	16(32,7)	9(33,3)	15(28,8)	15(57,7)	45(46,4)	100(39,8)	
Raça relatada (n, %)							
Branca	31(63,3)	19(70,4)	32(61,5)	12(46,2)	61(62,9)	155 (61,8)	0,821
Não branca	18(36,7)	8(29,6)	20(38,4)	14(53,8)	36(37,1)	96 (38,2)	
Tipo de parto (n, %)							
Cesariana	21(42,9) ^{ab}	18(66,7) ^a	16(30,8) ^b	8(30,8) ^b	25(25,8) ^b	88(35,1)	0,001
Vaginal	28(57,1)	9(33,3)	36(69,2)	18(69,2)	72(74,1)	163(64,9)	
Mediana de pontuação final da escala KPCS (média, DP)	40,10 (2,96)	38,85 (4,59)	39,42 (4,29)	38,50 (3,82)	38,97 (5,16)	39,22 (4,42)	0,575

Legenda: DM: Diabetes *Mellitus*; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; TAB: Tabaco; PIG: Pequeno para a Idade Gestacional; CTL: Controle; DP: Desvio Padrão; P: Percentil. * Kruskal-Wallis com post hoc de Dunn para as variáveis não contínuas paramétricas; qui-quadrado para as variáveis categóricas.

Letras Distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes

Tabela 2 – Valores de alfa de Cronbach por questão da ferramenta KPCS.

Questão	Alfa de Cronbach
1. Eu me sinto confiante ao alimentar meu bebê	0,714
2. Eu consigo acalmar meu bebê	0,688
3. Eu me sinto confiante em ajudar o meu bebê a estabelecer uma rotina de sono adequada	0,709
4. Eu sei o que fazer quando meu bebê chora	0,689
5. Eu entendo o que o meu bebê está tentando me dizer	0,678
6. Eu consigo acalmar o meu bebê quando ele(a) está irritado(a)	0,683
7. Eu me sinto confiante ao brincar com o meu bebê	0,684
8. Se o meu bebê tiver um resfriado ou uma febre leve, eu saberei como lidar com isso	0,699
9. Eu tenho certeza que meu parceiro estará ao meu lado se eu precisar de apoio	0,731
10. Eu tenho certeza que meu bebê está bem	0,701
11. Eu consigo tomar decisões a respeito do cuidado com o meu bebê	0,691
12. Ser mãe é muito estressante para mim	0,754
13. Eu sinto que estou fazendo um bom trabalho como mãe	0,699
14. Outras pessoas dizem que eu estou sendo uma boa mãe	0,701
15. Eu tenho certeza que outras pessoas estarão ao meu lado se eu precisar de apoio	0,713

DISCUSSÃO

A realização deste estudo oportunizou a disponibilidade de uma ferramenta capaz de mensurar a confiança materna com fidedignidade em língua portuguesa, em contexto brasileiro. Por meio desse estudo também foi possível a realização de análises relacionando os níveis de confiança materna com idade, escolaridade, renda, paridade, dentre outras características da amostra, encontrando resultados que reiteram a literatura e, sendo assim, fortalecem a importância a ser atribuída ao assunto.

O processo de tradução e adaptação transcultural do protocolo KPCS possibilitou adequar a ferramenta e torná-la hábil para aplicação na cultura brasileira. Para tanto, levou-se em conta que, segundo o *International Test Commission* (INTERNATIONAL TEST, 2010), ao se adaptar instrumentos é crucial considerar, na nova cultura, a coerência dos conceitos e propriedades apreendidos pela versão original, bem como a adequação de cada item da ferramenta inicial em termos de potencial de representação desses quesitos na nova população-alvo, considerando equivalência semântica, linguística e contextual entre as versões.

A etapa de validação tornou o processo completo, nos informando se a ferramenta é, de fato, eficaz em mensurar seu objetivo tanto quanto em sua população alvo original. Especialmente em estudos transculturais, o uso de ferramentas que foram puramente traduzidas não garante resultados fidedignos. Isso porque a mera tradução não garante critérios para mensurar se os resultados alcançados referem-se a diferenças ou similaridades entre as diferentes amostras, ou se são oriundos de erros de tradução (MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004).

Ainda em relação à validação de instrumentos em diferentes contextos culturais e linguísticos, (BORSA et al., 2012) afirma que estudos transculturais permitem não apenas verificar diferenças entre indivíduos e culturas, mas também apreender as semelhanças e características comuns entre os mesmos. Sendo assim, é imprescindível que existam instrumentos adequadamente adaptados, que possam proporcionar equivalência da medida, independentemente do contexto em que for utilizado (BORSA et al., 2012).

A ferramenta KPCS, previamente validada em seu idioma e local de origem, Austrália, foi também traduzida e validada para aplicação na população Nepalesa. Desse modo foi possível comparar os procedimentos realizados pelos pesquisadores responsáveis pela atividade no Nepal, bem como no país de origem da escala, e também os resultados encontrados nos diferentes contextos (SHRESTHA; ADACHI, 2016; ČRNČEC, 2008).

A população estudada na validação original e na adaptação transcultural e validação empreendida no Nepal para realização do estudo foi composta por puérperas sem intercorrências gestacionais, pré e pós-natais (ČRNČEC, 2008; SHRESTHA E ADACHI, 2016). Contrapondo esta realidade, no presente estudo além desta população participaram puérperas de grupos com variações nos perfis, contemplando mulheres com DM, HAS, Tabagistas e mães de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional.

Além das diferenças já relatadas em relação aos processos de tradução e validação nos diferentes contextos, ainda cabe ressaltar que as participantes, no presente estudo, foram recrutadas em três diferentes hospitais públicos do município onde realizou-se o trabalho. Em relação aos outros estudos realizados com a ferramenta KPCS as participantes foram selecionadas a partir de um único hospital, no ambulatório e/ou unidade pós-natal da maternidade do Hospital da Mulher de Kathmandu, no Nepal (SHRESTHA; ADACHI, 2016) e na clínica médica Karitane, em Villawood, New South Wales, Austrália (ČRNČEC, 2008).

É importante descrever e ressaltar tais disparidades entre os métodos adotados devido ao fato de os resultados encontrados não serem semelhantes, muito embora atendam as expectativas e se encontrem dentro da margem exigida para que sejam classificados como confiáveis. Valores de consistência interna medidos pelo coeficiente Alpha de Cronbach igual ou superiores a 0,7 se fazem necessários para uma nova escala (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994), por conseguinte, a exposta adaptação transcultural e validação apresentou um Alpha de Cronbach de 0,717, o processo desenvolvido no Nepal mostrou valores de 0,87 e a escala em sua forma original apresentou um Alpha de Cronbach de 0,81 (SHRESTHA; ADACHI, 2016; ČRNČEC, 2008).

Quando avaliados, em especial, a relação entre confiança materna e escolaridade, renda e paridade, foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre confiança e escolaridade e renda, ademais, a paridade se mostrou estatisticamente tendenciosa. Tais dados corroboram com a literatura já descrita, em que estudos sugerem que maiores níveis de educação maternos melhoram a qualidade do cuidado infantil, enquanto que baixos níveis de escolaridade e socioeconômicos estão ligados a piores quadros de saúde da criança (Children and young people today: evidence to support the development of the Children's Plan, 2007; LANDE et al., 2004).

Olafsen et al. (2007) preconizam que a avaliação da variável confiança materna aconteça logo no período neonatal, posto que a existência de baixos níveis de confiança parental pode representar uma vulnerabilidade que deve ser atenuada tão logo seja identificada. Então, conforme sugerido na literatura, a proposta aqui exposta se deu aos 15

dias de vida após o parto do recém-nascido, período em que os pais ainda estão em fase de adaptação ao recém-nascido, bem como sensíveis aos novos sentimentos que estão surgindo.

Dentro do contexto com o qual se defrontou ao longo da realização desse trabalho e considerando que os resultados corroboram com a literatura descrita, é elementar reforçar a importância que a confiança materna representa no conceito da maternidade. Ao avaliar-se que baixos níveis de confiança parental podem vir a acometer a interação pais-bebê, a promoção do sentimento de competência parental, revela-se muito pertinente. Assim sendo, é imprescindível valorizar a relevância clínica do sentimento de confiança materno, o qual é crucial para que o papel que passa a ser desenvolvido pela mulher e também pelo homem venha a ser vivido de forma adaptativa e gratificante (NAZARÉ et al., 2013).

O estudo apresentou algumas limitações, destacando-se o fato de a amostra ter sido selecionada por conveniência, algo que facilita o alcance do pesquisador ao voluntário e preenche os requisitos instituídos previamente, mas que ocasiona certa ineficiência ao serem feitas generalizações externas e alegações com precisão estatística. Também compreende as limitações o fato de a validação não ter estudo piloto, etapa em que poderiam ter sido observados tópicos pertinentes, enriquecendo as discussões e decisões dos *experts*. Todavia, na literatura existem estudos de validação da mesma forma, como em (PETROSKI; NETO, 1995; HARZHEIM et al., 2013; LEME; PHILIPPI, 2014; SHRESTHA; ADACHI, 2016).

Como ponto forte evidencia-se o tamanho da amostra, $n=251$, um n consideravelmente maior do que os outros estudos realizados com a escala, os quais apresentaram $n=187$ (validação original) e $n=100$ (validação Nepalesa) e ainda o fato de ter sido composta por participantes com diferentes características, ampliando a variância das respostas e mostrando que a ferramenta, em sua versão brasileira, é hábil de aplicações em distintos contextos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de adaptação transcultural e validação da ferramenta *Karitane Parenting Confidence Scale* se mostrou eficaz, alcançando os objetivos traçados inicialmente. Os resultados apontaram o questionário como compreensível pela população alvo, sendo capaz de aferir os dados objetivados conforme descritos originalmente. Também ao longo da realização de todo o processo viu-se o quanto o assunto mensurado pela escala se faz presente na realidade das puérperas, confirmando-se ao relacionar os resultados obtidos com idade, escolaridade e paridade e se obter desfechos tais quais já descritos pela literatura em outros

momentos e locais. Firmou-se assim a importância em avaliar e acompanhar a confiança desenvolvida pelas mães nessa etapa de suas vidas.

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, M. H. et al. Contributors to Self-Perceived Competence, Satisfaction, Investment, and Role Balance in Maternal Parenting: A Multivariate Ecological Analysis. In: (Ed.), 2003. ISBN 4.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 22, p. 423-432, 2012. ISSN 0103-863X.

Children and young people today: evidence to support the development of the Children's Plan. 2007. Disponível em: < <http://dera.ioe.ac.uk/6957/> >.

COLEMAN, P. K.; KARRAKER, K. H. Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. **Developmental Review**, v. Volume 18, n. Issue 1 p. Pages 47-85, 1998. ISSN 1.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013. ISSN 2179-7994.

INTERNATIONAL TEST, C. **International Test Commission guidelines for translating and adapting tests. Version 2010**: Extraído de [http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb_mm.nsf/lupgraphics/ITC% 20guidelines. pdf/\\$ file/ITC% 20guidelines. pdf](http://www.psyktestbarn.no/cms/ptb_mm.nsf/lupgraphics/ITC%20guidelines.pdf/$file/ITC%20guidelines.pdf) 2010.

LANDE, B. et al. Breast-feeding at 12 months of age and dietary habits among breast-fed and non-breast-fed infants. **Public health nutrition**, v. 7, n. 04, p. 495-503, 2004. ISSN 1475-2727.

LEERKES, E. M.; BURNEY, R. V. **The Development of Parenting Efficacy Among New Mothers and Fathers**. 2007. ISSN 1.

LEME, A. C. B.; PHILIPPI, S. T. Cultural adaptation and psychometric properties of social cognitive scales related to adolescent dietary behaviors. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 252-259, 2014. ISSN 1414-462X.

LOBIONDO-WOOD, G. **Pesquisa em enfermagem: metodos, avaliacao critica e utilizacao**. Guanabara Koogan, 2001. 330 ISBN 9788527706599. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books?id=VLXpAAAACAAJ> >.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **J Adv Nurs**, v. 48, n. 2, p. 175-86, Oct 2004. ISSN 0309-2402. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369498> >.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Avaliação da ligação parental ao bebé após o nascimento: Análise fatorial confirmatória da versão portuguesa do Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). **Análise Psicológica**, v. 10, n. 1, p. 47-61, 2012 2012. Disponível em: < <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/3442> >.

_____. Questionário de Confiança Parental: Análise fatorial confirmatória numa amostra comunitária de casais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 14, n. 1, p. 23-37, 2013. ISSN 1645-0086.

NUNNALLY, J. **Psychometric methods**: New York: McGraw-Hill 1978.

OLAFSEN, K. S. et al. Infant responsiveness and maternal confidence in the neonatal period. **Scand J Psychol**, v. 48, n. 6, p. 499-509, Dec 2007. ISSN 0036-5564. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18028072> >.

ORÍÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, p. 230-238, 2010. ISSN 0103-2100.

PETROSKI, E. L.; NETO, C. S. P. Validação de equações antropométricas para a estimativa da densidade corporal em mulheres. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 1, n. 2, p. 65-73, 1995. ISSN 2317-1634.

SANTOS, P.; ABREU, S.; MESQUITA, A. R. P. **Adaptação Cultural e Validação do Questionário: “Pregnancy Physical Activity Questionnaire” para a População Portuguesa**. 2015. masterThesis (Dissertações de mestrado). Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto.

SHRESTHA, S.; ADACHI, K. Translation and validation of the Karitane Parenting Confidence Scale in Nepali language. **Midwifery**, v. 36, p. 86-91, May 2016. ISSN 1532-3099. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27106948> >.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of personality assessment**, v. 80, n. 3, p. 217-222, 2003. ISSN 0022-3891.

ČRNČEC, R., BARNETT, B., & MATTHEY, S. **Karitane Parenting Confidence Scale: Manual**. Sydney South West Area Health Service. 2008

ANEXOS

VERSÃO ORIGINAL EM INGLÊS E VERSÃO FINAL EM PORTUGUÊS

Item	ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETRADUÇÃO
1	I am confident about feeding my baby	Eu me sinto confiante ao alimentar meu bebê	I am/ feel confident about feeding my baby
2	I can settle my baby	Eu consigo acalmar meu bebê	I can manage to soothe my baby
3	I am confident about helping my baby to establish a good sleep routine	Eu me sinto confiante em ajudar o meu bebê a estabelecer uma rotina de sono adequada	I am/ feel confident in helping my baby establish an adequate sleep routine
4	I know what to do when my baby cries	Eu sei o que fazer quando meu bebê chora	I know what to do when the baby cries
5	I understand what my baby is trying to tell me	Eu entendo o que o meu bebê está tentando me dizer	I understand what my baby is trying to tell me
6	I can sooth my baby when he/she is distressed	Eu consigo acalmar o meu bebê quando ele(a) está irritado(a)	I can manage to soothe my baby when it is irritated
7	I am confident about playing with my baby	Eu me sinto confiante ao brincar com o meu bebê	I am/ feel confident in playing with my baby
8	If my baby has a cold or slight fever, I am confident about handling this	Se o meu bebê tiver um resfriado ou uma febre leve, eu saberei como lidar com isso	If my baby has a cold or a mild fever, I'll know how to deal with that
9	I feel sure that my partner will be there for me when I need support	Eu tenho certeza que meu parceiro estará ao meu lado se eu precisar de apoio	I am sure my partner will be by my side if I need support
10	I am confident that my baby is doing well	Eu tenho certeza que meu bebê está bem	I am sure my baby is fine
11	I can make decisions about the care of my baby	Eu consigo tomar decisões a respeito do cuidado com o meu bebê	I am manage to take decisions about my baby's care
12	Being a mother/father is very stressful for me	Ser mãe é muito estressante para mim	Being a mother is very stressful for me
13	I feel I am doing a good job as a mother/father	Eu sinto que estou fazendo um bom trabalho como mãe	I feel I am doing a good job in being a mother
14	Other people think I am doing a good job as a mother/father	Outras pessoas dizem que eu estou sendo uma boa mãe	Other people say I am being a good mother
15	I feel sure that people will be there for me when I need support	Eu tenho certeza que outras pessoas estarão ao meu lado se eu precisar de apoio	I am sure other people will be by my side if I need support

	ORIGINAL	TRADUÇÃO	RETRADUÇÃO
(0)	No, hardly ever	Não, dificilmente	No, hardly ever
(1)	No, not very often	Não frequentemente.	Not often
(2)	Yes, some of the time	Sim, algumas vezes.	Yes, sometimes
(3)	Yes, most of the time	Sim, a maior parte das vezes.	Yes, most times

NORMAS DO JORNAL DE PEDIATRIA, REVISTA A SER SUBMETIDO O ARTIGO

Título: Conciso e informativo, evitando termos supérfluos, abreviaturas e a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado

Título abreviado: Para constar no topo das páginas, máximo de 50 caracteres, contando os espaços.

Autores:

1. Nome completo de todos os autores e a titulação mais importante;
2. Instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE, Cidade, País;
3. Endereço eletrônico de cada autor;
4. Informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
5. A contribuição específica de cada autor para o estudo.

Conflito de interesse: escrever “nada a declarar” ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo.

Autor para correspondência: nome, endereço, telefone e endereço eletrônico

Fonte financiadora: instituições ou fornecedores de equipamento e materiais, quando for o caso.

Contagem total das palavras do texto: Artigos originais não podem exceder 3.000 palavras e artigos de revisão não podem exceder 6.000 palavras, excluindo resumo, agradecimentos, referências, tabelas e legendas das figuras.

Contagem total das palavras do resumo: Não exceder 250 palavras

Número de tabelas e figuras: Para artigos originais, O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que 4.

Author agreement (na submissão, enviar separadamente):

Local e data

Título do manuscrito:

Os autores do artigo acima asseguram que:

- a) O artigo é original.
- b) Nunca foi publicado e não será publicado em outra revista.
- c) Todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica.
- d) Todos os autores leram e aprovaram a versão final.
- e) Não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo.
- f) Todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito.
- g) Reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais quando o artigo for publicado.

Nome dos autores.

Resumo:

O resumo deve ter no máximo 250 palavras, evitando o uso de abreviaturas e palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo.

Resumo para artigos originais:

Objetivo: Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Método: Informar sobre delineamento do estudo (randomizado, cego, prospectivo, etc.), contexto ou local (nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), pacientes ou participantes (critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), intervenções (características essenciais, incluindo métodos e duração) e critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: Informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: Apresentar apenas as apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Palavras-chave: Três a seis: Palavra-chave 1; Palavra-chave 2; Palavra-chave 3.

Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>.

Resumo para artigos de revisão:

O resumo deve ter no máximo 250 palavras, evitando o uso de abreviaturas e palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo.

Objetivo: Explicar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: Descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: Informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: Apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão.

Palavras-chave: Três a seis: Palavra-chave 1; Palavra-chave 2; Palavra-chave 3.

Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>.

Texto para artigos originais

Introdução

Sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.

Métodos

Descreve a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a declaração de que todos os procedimentos foram aprovados pelo comitê de ética da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde

Resultados

Devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto.

Discussão

Deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já publicados, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados, suas limitações e a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão como parágrafo final.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Texto para artigos de revisão

Introdução

O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica.

Coleta e síntese dos dados

Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe.

Conclusões

A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo

Referências

Artigos originais devem conter não mais de 30 referências. Para artigos de revisão, as referências devem ser atuais e em número mínimo de 30. Devem ser numeradas segundo a ordem de aparecimento no texto, identificadas por algarismos arábicos sobrescritos. Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; devem ser seguidas pela observação “observação não publicada” ou “comunicação pessoal” entre parênteses no corpo do artigo. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements. Os autores devem consultar *Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>), para informações sobre os formatos recomendados. Para informações mais detalhadas, consulte os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, disponível em <http://www.icmje.org/>.

Artigos em periódicos:

Até seis autores:

1. Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:455-64.

Mais de seis autores:

2. Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida-Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheral lung obstruction in cystic fibrosis patients. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:509-17.

Organização como autor:

3. Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010;97:329-38.

Sem autor:

4. Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.

Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

5. Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianoy RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr (Rio J)*. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

Livros:

6. Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. *Neonatal and Pediatric Pharmacology*. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

7. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

8. Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

9. R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: <http://www.R-project.org>

Documentos do Ministério da Saúde: 10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

11. Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - "the Pediatric Rheumatology

Adherence Questionnaire (PRAQ)". Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

Tabela 1 Título^a.

Col. 1	Col. 2	Col. 3	Col. 4
Linha 1	000	000	000
Linha 2	000	000	000
Total			

^a Nota. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética.

Col., Coluna.

Figura 1 Título^a.



^a Nota. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas utilizadas.

Col., Coluna.

Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; no caso de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores.