



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

FRANZ JANCO ANTEZANA

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO
THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI)
PARA USO NA BOLÍVIA**

**FORTALEZA
2016**

FRANZ JANCO ANTEZANA

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO
THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI)
PARA USO NA BOLÍVIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da saúde.

Orientador: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

**FORTALEZA
2016**

FRANZ JANCO ANTEZANA

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO
THE MOTHER GENERATED INDEX (MGI)
PARA USO NA BOLÍVIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Tatiane Gomes Guedes (1º Membro)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profª. Dra. Ana Izabel Oliveira Nicolau (2º Membro)
Centro Universitário Estácio do Ceará (CE)

Profª. Dra. Regia Christina Moura Barbosa Castro (3º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Priscila de Souza Aquino (4º Membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profª. Dra. Mirna Fontenele de Oliveira (Suplente)
Universidade Federal do Cariri (UFCA)

Profª. Dra. Thais Marques Lima (Suplente)
Centro Universitário Estácio do Ceará (CE)

A Deus,

Pelas conquistas na minha vida.

Ao meu pai,

Pelas suas orações.

A minha esposa,

Por estar sempre do meu lado.

Aos meus irmãos,

Por confiar em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre do meu lado, guiando e iluminando meus passos na perseverança, me ajudando a superar todos os obstáculos encontrados no decorrer da minha vida. Obrigada Senhor, por tudo!

Ao meu pai, Alejandro Janco Navi pelo amor incondicional, pelo apoio e incentivo nesta caminhada. A minha mãe Natividad Antezana Salinas que nunca a conheci e com certeza me cuida no céu.

À minha esposa, Gabriela Sales Correia pelo amor, pela compreensão, pelo apoio, pela paciência, incentivo e companheirismo. Obrigado por ser a minha princesa. Te amo!

Aos meus irmãos, Wilma, Eddy, Ingrid e Marcos por todo o amor e carinho, pelo incentivo e apoio para realização deste sonho. Aos meus sobrinhos, por serem sempre, independente de qualquer coisa, os grandes motivos do meu viver, em especial a Mayerly e Fernando. Muito obrigado!

Aos meus pais postiços, Cristovão e Maria Lucia por terem me recebido como mais um filho e ajudado a trilhar nos caminhos necessários para mais esta conquista. Obrigado pelo apoio!

À minha Orientadora, Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro por ser um presente de Deus, pelos ensinamentos que me proporcionou, pelo apoio decisivo na minha formação profissional e pelo exemplo de profissional que é, e sobretudo por me fazer acreditar que poderia ir além do que imaginava alcançar. Obrigado por ser minha orientadora e por confiar em mim!

Às professoras Dra. Priscila Aquino, Dra. Régia Barbosa e Dra. Tatiane Guedes pelos conhecimentos transmitidos e pelas palavras de força, possibilitando meu crescimento profissional e pessoal. Obrigado por tudo!

Aos meus cunhados, Cristovão Junior, Graciella e Luciano pelo apoio emocional oferecido, especialmente à Larinha pela força dada. Às minhas sobrinhas Iasmim e Isabella pelas alegrias e sorrisos dados.

Aos membros do grupo de Pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva, pela amizade oferecida, pelas trocas de experiências e incentivo, em especial a Cinthia Gondim Pereira Calou, Samila Gomes Ribeiro, Diego Jorge Maia Lima, Ana Izabel Oliveira Nicolau e Thais Marques Lima, companheiros em toda esta trajetória. Obrigado pessoal!

Ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), por me conceder a oportunidade de uma pós-graduação de qualidade; em especial as professoras que compartilharam conhecimentos comigo.

Aos membros da secretaria do programa de pós-graduação em enfermagem Valma, Joelna e Jacqueline, pela ajuda e atenção durante todo esse percurso. Obrigado pela paciência e apoio oferecido!

À minha turma de Doutorado e Mestrado 2013, pelo convívio harmônico, perseverança e troca de experiências. Obrigado pessoal!

Ao Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação PEC-PG, da CAPES/CNPq – Brasil, pelo apoio financeiro.

Ao Dr. Andrew Symon, que concedeu a autorização do uso do The Mother Generated-Index MGI na Bolívia, e incentivo para o desenvolvimento desse estudo. Obrigado Professor!

Ao Instituto Nacional de Estadística (INE) Pando – Bolívia, pela informação proporcionada para realização desta tese, especialmente à Senhora Rosário Silva de Velasco (minha mãe poderosa), pelo incentivo e apoio oferecido.

Ao Servicio Departamental de Salud SEDES – PANDO e à Universidad Amazônica de Pando UAP, pelo apoio concedido durante a coleta de dados, em especial à Licenciada Maria Encarnación de Acosta, pelo apoio oferecido!

Aos profissionais de saúde do Hospital Roberto Galindo Terán HRGT, e Centros de Saúde Cobija, Santa Clara, 27 de Mayo e Mapajo da cidade de Cobija – Pando – Bolívia. Obrigado por abrirem as portas para realizar a coleta de dados.

Às puérperas bolivianas entrevistadas e aos juízes participantes pelas contribuições fundamentais para a conclusão deste estudo e para uma possível melhoria na qualidade de vida das mulheres bolivianas.

Por último, a todas as pessoas que colaboraram direta ou indiretamente neste caminhar e ao longo de todo o meu processo de crescimento humano e profissional. Obrigado a todos!

RESUMO

O puerpério é caracterizado por diversas mudanças e reajustes que ocorrem no entorno da mulher e são extremamente importantes para a saúde física e mental. Conhecer as singularidades que envolvem o período puerperal é importante, pois possibilitam melhores esclarecimentos acerca dos acontecimentos biopsicossociais que interpõem este período. O estudo objetiva traduzir, adaptar transculturalmente e validar o *The Mother Generated-Index* (MGI) para avaliar a qualidade de vida no período puerperal no contexto da Bolívia. Trata-se de um estudo do tipo metodológico de adaptação transcultural e validação de instrumentos. A fase de tradução e adaptação transcultural seguiu os seguintes passos: 1. Tradução Inicial (Duas traduções para o espanhol T1 e T2); 2. Síntese das Traduções (Formação da T12); 3. *Back-Translation* (Tradução da T12 de volta para o idioma de origem BT1 e BT2); 4. Revisão por um comitê de especialistas (Formação da versão pré-final); 5. Pré-Teste (Aplicação em 30 puérperas bolivianas) e 6. Apresentação à comissão de avaliação do processo de adaptação. Após a fase de tradução e adaptação transcultural, o MGI - versão boliviana foi aplicada em 120 puérperas bolivianas entre trinta e quarenta e cinco dias após o parto, nos meses de novembro de 2014 e fevereiro de 2015. Todos os participantes, incluindo puérperas e juízes, foram informados sobre os objetivos do estudo e após leitura em conjunto com o pesquisador, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado mediante concordância dos participantes. A validação de conteúdo foi verificada por meio do julgamento de cinco juízes e pelo índice de validação de conteúdo (IVC=1,00). A validade de construto foi analisada pela comparação da pontuação final do questionário entre os grupos e da associação dessa pontuação com variáveis sociodemográficas e obstétricas das puérperas. Considerou-se o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) para todos os testes. Os dados do MGI foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. No passo 1, foram identificadas 20 diferentes áreas, que foram afetadas ou influenciadas pelas puérperas bolivianas; deste total, 13 foram afetadas de forma negativas e sete influenciadas de forma positivas. No passo 2, oito áreas apresentaram maiores pontuações para a qualidade de vida. No passo 3, apenas uma área foi muito importante para a vida real destas mulheres. Dentre as 20 áreas citadas pelas mulheres bolivianas, observou-se que o escore médio global primário foi de 4,916, revelando que as puérperas bolivianas apresentam baixa qualidade de vida. Enquanto o resultado do escore médio global secundário foi de 0,567, manifestando que estas áreas não apresentam nenhuma importância nesse momento na vida da mulher boliviana. O MGI - versão boliviana constitui-se em um instrumento que investiga as singularidades que envolvem o puerpério, possibilitando melhores esclarecimentos acerca dos acontecimentos biopsicossociais que interpõem este período, proporcionando maiores habilidades aos enfermeiros e permitindo-lhes uma assistência integral às mulheres bolivianas.

Descritores: Enfermagem; Qualidade de vida; Período pós-parto; Questionários

ABSTRACT

The postpartum period is characterized by several changes and adjustments that occur in the vicinity of the woman and are extremely important for physical and mental health. Knowing the peculiarities surrounding the puerperal period is important, as they allow better explanations about the biopsychosocial events that interpose this period. The study aims to translate, adapt culturally and validate The Mother-Generated Index (MGI) to assess the quality of life in the puerperal period in the context of Bolivia. It is a study of the methodological type of cross-cultural adaptation and validation of instruments. The phase of translation and cultural adaptation followed the following steps: 1. Initial Translation (Two translations into Spanish T1 and T2); 2. Summary of Translations (Formation T12); 3. Back-Translation (Translation T12 back to the source language BT1 and BT2); 4. Review by a committee of experts (formation of the pre-final version); 5. Pre-Test (Application 30 Bolivian mothers) and 6. Presentation to the evaluation committee of the adaptation process. After the phase of translation and cultural adaptation, MGI - Bolivian version was administered to 120 Bolivian mothers between thirty and forty-five days after delivery, in November 2014 and February 2015. All participants, including mothers and judges were informed about the objectives of the study and after reading in conjunction with the researcher, informed consent and informed consent were signed by the participants. The content validation was verified by the trial of five judges and the content validity index (CVI = 1.00). Construct validity was assessed by comparing the final score of the questionnaire between the groups and the association of this score with sociodemographic and obstetric variables of mothers. It was considered confidence interval of 95% ($p < 0.05$) for all tests. The MGI data were compiled and analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. In step 1, 20 different areas were identified that were affected or influenced by the Bolivian mothers; of this total, 13 were affected in a negative way and seven influenced in positive way. In step 2, eight areas had higher scores for the quality of life. In step 3, only one area was very important to the real lives of these women. Among the 20 areas cited by Bolivian women, it was observed that the primary overall average score was 4,916, showing that the Bolivian mothers have low quality of life. As the result of secondary overall average score was 0.567, showing that these areas do not have any importance at this moment in the life of Bolivian women. MGI - Bolivian version constitutes an instrument investigating the singularities involving puerperium, providing better explanations about the biopsychosocial events that interpose this period, providing higher skills to nurses and allowing them full assistance to Bolivian women.

Descriptors: Nursing; Quality of life; Postpartum period; Questionnaires

RESUMEN

El puerperio se caracteriza por varios cambios y ajustes que se producen en el entorno de la mujer y son extremadamente importantes para la salud física y mental. Conocer las peculiaridades que rodean el puerperio es importante, ya que permiten una mejor explicación acerca de los eventos biopsicosociales que se interponen en este período. Este estudio tiene como objetivo traducir, adaptar culturalmente y validar el *The Mother Generated-Index* (MGI) para evaluar la calidad de vida en el período puerperal en el contexto de Bolivia. Es un estudio de tipo metodológico de adaptación cultural y validación de instrumentos. La fase de traducción y adaptación cultural siguió los siguientes pasos: 1. Traducción inicial (dos traducciones al español T1 y T2); 2. Resumen de las traducciones (Formación T12); 3. *Back-Translation* (Traducción de la T12 de vuelta para el idioma original BT1 y BT2); 4. Revisión por un comité de expertos (Formación de la versión pre-final); 5. Pre-Test (Aplicación a 30 madres de Bolivia) y 6. Presentación al comité de evaluación del proceso de adaptación. Después de la fase de traducción y adaptación cultural, el MGI - versión boliviana fue administrado a 120 madres bolivianas entre treinta y cuarenta y cinco días después del parto, entre noviembre de 2014 y febrero de 2015. Todas las participantes, incluidas las madres y los jueces fueron informados sobre los objetivos del estudio y después de leer en conjunto con el investigador, el consentimiento informado libre e informado fue firmado por los participantes. La validación de contenido se verificó mediante cordura de cinco jueces y el Índice de Validez de Contenido (IVC = 1,00). La validez de constructo se evaluó mediante la comparación de la puntuación final del cuestionario entre los grupos y la asociación de esta puntuación con variables sociodemográficas y obstétricas de las madres. Se consideró intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$) para todas las pruebas. Los datos de MGI fueron compilados y analizados utilizando el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20.0. En el paso 1, se identificaron 20 áreas diferentes que se vieron afectadas o influenciadas por las madres bolivianas; De este total, 13 fueron afectados de manera negativa y siete influenciado de manera positiva. En el paso 2, ocho áreas tenían las puntuaciones más altas para la calidad de vida. En el paso 3, sólo un área se mostro muy importante para la vida real de estas mujeres. Entre las 20 áreas citadas por las mujeres bolivianas, se observó que la puntuación media global primario fue 4,916, lo que demuestra que las madres bolivianas tienen una baja calidad de vida. Como resultado de la puntuación media global secundario fue 0,567, lo que demuestra que estas áreas no tienen ninguna importancia en este momento en la vida de la mujer boliviana. El MGI - versión boliviana se constituye un instrumento que investiga las singularidades que implican el puerperio, proporcionando una mejor explicación acerca de los eventos biopsicosociales que se interponen este período, proporcionando mayores capacidades a los enfermeros y permitiéndoles una asistencia integral a las mujeres bolivianas.

Descriptores: Enfermería; Calidad de vida; Período de postparto; Cuestionarios

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1-** Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural recomendada por Beaton *et al.*, (2007)..... 64
- Figura 2** - Demonstração do preenchimento da etapa 3 do MGI, versão boliviana, com a utilização de feijões 69
- Quadro 1** - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, base de dados, periódicos em que foram publicados, títulos, objetivos, delineamento e amostras, instrumentos utilizados, definição, país de origem e idiomas. Fortaleza – Ceará, 2015. 40
- Quadro 2** - Critérios para seleção dos juízes especialistas de conteúdo adaptados de Fehring (1987). Fortaleza – Ceará, 2015. 66
- Quadro 3** - Resumo dos ajustes efetuados na tradução do instrumento original MGI, e as versões traduzidas T1, T2, T12, BT1 e BT2. 78
- Quadro 4** - Índice de validação de conteúdo das assertivas do MGI - Versão boliviana. Cobija – Pando – Bolívia, 2015. 84
- Quadro 5** - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3, segundo as áreas mais afetadas na qualidade de vida das participantes. Cobija – Pando – Bolívia, 2015. 91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de artigos encontrados nas diferentes bases de dados, segundo os descritores selecionados e critérios de inclusão. Fortaleza, 2015.	38
Tabela 2 - Distribuição do número de puérperas segundo características sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	86
Tabela 3 - Distribuição no número de puérperas segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	88
Tabela 4 - Distribuição no número de puérperas segundo características conceituais. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	89
Tabela 5 - Distribuição das 20 áreas afetadas, segundo escores primários e secundários do MGI. Cobija – Pando – Bolívia, 2015.	94
Tabela 6 - Associação entre as áreas afetadas positivamente: felicidade pelo bebê, relacionamento com parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade e realização pessoal segundo variáveis sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	96
Tabela 7 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo segundo variáveis sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	100
Tabela 8 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer segundo variáveis sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	104
Tabela 9 - Associação entre as áreas afetadas positivamente: felicidade pelo bebê, relacionamento com parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade e realização pessoal, segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	108
Tabela 10 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo, segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	111
Tabela 11 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer, segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Antes de Cristo
BMC	<i>BioMed Central</i>
Bs	Bolivianos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
CNPV	<i>Censo Nacional de Población y Vivienda</i>
CPE	Constituição Política do Estado
CVI	<i>Content Validity Index</i>
DP	Desvio Padrão
DUKE	<i>Duke Health Profile</i>
ED5D	<i>Euro QoL 5D</i>
ENDSA	<i>Encuesta Nacional de Demografia y Salud</i>
EUA	Estados Unidos de America
EuroQoL	<i>European Quality of Life Scale</i>
EVA	Escala Visual Analógica
FIQOL	<i>Fecal Incontinence Quality of Life Scale</i>
FSFI	<i>Female Sexual Function Index</i>
HRGT	Hospital Roberto Galindo Terán
I-CVI	<i>Item-Level Content Validity Index</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIQ-7	<i>Incontinence Impact Questionnaire</i>
IMC	Índice de Massa Corporal

INE	<i>Instituto Nacional de Estadística</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
KHQ	<i>King`s Health Questionnaire</i>
LILACS	<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
MAEC	<i>Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación</i>
MAPP-QOL	<i>Maternal Postpartum Quality of Life</i>
MedLine	<i>Medical Literature Analysis and retrieval System On-line</i>
MEFP	<i>Ministerio de Economía y Finanzas Públicas</i>
MGI	<i>Mother Generated-Index</i>
MQLI	<i>Multicultural Quality of Life Index</i>
MSD	<i>Ministerio de Salud y Deportes</i>
MSNM	<i>Metros Sobre o Nível do Mar</i>
MTEPS	<i>Ministerio de Trabajo, Empleo y Prevision Social</i>
NHP	<i>Nottingham Health Profile</i>
ODM	<i>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio</i>
OEA	<i>Organización de los Estados Americanos</i>
OMS	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
ONU	<i>Organização das Nações Unidas</i>
OPS	<i>Organização Pan-americana da Saúde</i>
PGI	<i>Patient-Generated Index</i>
PIB	<i>Produto Interno Bruto</i>
PQOL	<i>Quality of Life of Postpartum women</i>
QLDS	<i>Quality of Life in Depression Scale</i>
QLI	<i>Quality of Life</i>
QoLS	<i>Quality of Life Scale version Turkish</i>

QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RPC	Renda Per Capita
RPQoL	<i>Rural Postpartum Quality of Life</i>
SAFCI	<i>Salud Familiar, Comunitária e Intercultural</i>
S-CVI/Ave	<i>Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method</i>
S-CVI/UA	<i>Scale-Level Content Validity Index</i>
SF-12	<i>Short-Form Health survey</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey</i>
SNiP	<i>Survey of Neonates in Pomerania</i>
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUMI	<i>Seguro Universal Materno Infantil</i>
UAP	<i>Universidad Amazónica de Pando</i>
UDI-6	<i>Urogenital Distress Inventory</i>
UE	União Europeia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNESCO	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
USD	<i>United States Dollar</i>
UTI	<i>Unidad de Terapia Intensiva</i>
WHO	World Health Organization
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Puerpério: Definição, fases e características.....	18
1.2 Qualidade de vida.....	21
1.3 Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS).....	24
1.4 Qualidade de vida e puerpério na prática de enfermagem.....	26
1.5 Justificativa e relevância do estudo.....	28
2. OBJETIVO GERAL	30
3. ESTADO DA ARTE	31
3.1 Políticas e práticas em saúde da mulher boliviana.....	31
3.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida	35
Grupo 1. Instrumentos gerais objetivos	47
Grupo 2. Instrumento geral subjetivo	52
Grupo 3. Instrumentos específicos sobre qualidade de vida no ciclo gravídico puerperal.....	53
Grupo 4. Instrumentos específicos sobre qualidade de vida de puérperas em associação às alterações físicas ou emocionais	56
3.3 Justificativa e relevância do instrumento escolhido.....	59
4. METODOLOGIA	62
4.1 Tipo e natureza do estudo	62
4.2 Etapas do estudo.....	62
4.2.1 Processo de tradução e adaptação do MGI.....	62
Etapa I: Tradução Inicial	64
Etapa II: Síntese das Traduções.....	65
Etapa III: Tradução de volta ao idioma original (Back-Translation).....	65
Etapa IV: Revisão por um comitê de especialistas.....	65
Etapa V: Pré-Teste.....	67
Etapa VI: Apresentação da documentação para a comissão de avaliação do processo de adaptação	69
4.2.2 Processo de validação	70
População e amostra	71
Cenário da pesquisa.....	72
Instrumentos de coleta de dados	73

Coleta dos dados	74
4.2.3 Considerações éticas	74
4.2.4 Organização e análise dos dados	75
5. RESULTADOS	77
5.1 Etapa de tradução e adaptação transcultural do MGI	77
5.2 Etapa de validação do índice	83
5.2.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas	85
5.2.2 Aplicação do MGI: principais áreas afetadas na qualidade de vida das puérperas bolivianas (Passo 1)	89
5.2.3 Análise da qualidade de vida segundo as pontuações primárias e secundárias (Passo 2 e 3)	93
5.2.4 Associação de variáveis sociodemográficas e obstétricas de acordo com as áreas mais afetadas na qualidade de vida das participantes	95
6. DISCUSSÃO	117
6.1 Tradução, adaptação transcultural do MGI	117
6.2 Validação do MGI	118
6.2.1 Caracterização sociodemográfica das puérperas	118
6.2.2 Caracterização obstétricas das puérperas	122
6.2.3 Caracterizações segundo as áreas afetadas na qualidade de vida	126
7. CONCLUSÃO	142
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICE A – Carta convite para juízes da etapa IV da Tradução	165
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para juízes da etapa IV da Tradução	166
APÊNDICE C – Instrumento do perfil dos juízes da etapa IV da Tradução	167
APÊNDICE D – Instrumento de avaliação das equivalências da etapa IV da Tradução	168
APÊNDICE E – 1ª Tradução - Versão T1	170
APÊNDICE F – 2ª Tradução - Versão T2	171
APÊNDICE G – 3ª Tradução - Versão T12	172
APÊNDICE I – 5ª Tradução - Versão BT2	174
APÊNDICE J – The Mother Generated Index - Versão boliviana em espanhol	175
APÊNDICE K – Carta convite para juízes da etapa de Validação em espanhol	176
APÊNDICE L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para juízes da etapa de Validação em espanhol	177

APÊNDICE M – Instrumento do perfil dos juízes da etapa de Validação em espanhol	178
APÊNDICE N – Instrumento de avaliação de equivalências da etapa de Validação em espanhol	179
APÊNDICE O – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para mães da etapa de Validação em espanhol.....	181
APÊNDICE P – Formulário de coleta de dados conceituais da etapa de Validação em espanhol	182
ANEXO A – The Mother Generated Index (Original)	185
ANEXO B – Autorização do Autor The Mother Generated Index (Andrew Symon) .	186
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética (Universidade Federal do Ceará - UFC)	187
ANEXO D – Autorização para coleta de dados	188

1. INTRODUÇÃO

1.1 Puérperio: Definição, fases e características

O puérperio ou pós-parto é um período cronologicamente variável durante o qual as modificações locais e sistemáticas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam às condições anteriores à gravidez. As transformações que se iniciam no pós-parto, com a finalidade de restabelecer o organismo da mulher a um estado semelhante ao período que antecedeu à gestação, ocorrem não somente nos aspectos genitais e endócrinos, mas, também, nos âmbitos físicos, psicológicos e sociais (BRASIL, 2006; THOMPSON; BUKOWSKI, 2007; RETT *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2010).

O período puerperal inicia-se no momento da expulsão da maior parte do conteúdo do útero gravídico, no qual cessa a interação hormonal no organismo materno. Geralmente isto ocorre quando termina o descolamento da placenta, logo depois do nascimento do bebê, embora possa também ocorrer com a placenta ainda inserida, se houver morte do ovo (MONTENEGRO *et al.*, 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

O término do puérperio é impreciso, aceitando-se, em geral, que ele conclui quando ocorrem todas as manifestações involutivas com a recuperação da genitália materna e quando retorna a ovulação e a função reprodutiva da mulher. Nas puérperas que não amamentam poderá ocorrer a primeira ovulação 6 a 8 semanas após o parto. Nas que estão amamentando, poderá demorar até 6 a 8 meses, a depender da frequência das mamadas (MONTENEGRO *et al.*, 2010; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2014).

Todo este período é dividido em três fases: o puérperio imediato (uma ou duas horas após a saída da placenta até o décimo dia), o puérperio tardio (do décimo primeiro dia até o quadragésimo quarto dia) e o puérperio remoto (do quadragésimo quinto dia até o início dos ciclos menstruais (LOWDERMILKD *et al.*, 2013).

O período puerperal é caracterizado por diversas mudanças e reajustes que são extremamente importantes para a saúde física e mental da mulher. Enfrentar esta transição nem sempre é uma tarefa fácil, pois exige grande capacidade de adaptação por

parte da puérpera, e concomitantemente de paciência e entendimento por parte dos seus familiares e profissionais de saúde (BARROS, 2006; MERIGHI; GONÇALVES; RODRIGUES, 2006; SANTANA *et. al.*, 2011).

Entre as mudanças físicas presentes no puérperio se têm as de origem local, que ocorrem no sistema reprodutor, com a involução uterina. O abdômen macio, pressionável, apresenta na sua parte inferior um aspecto ovoide, que mal chega ao umbigo, é o único que livre do produto da concepção, lentamente retorna ao estágio pré-gravídico. A vagina, vulva e períneo são locais de dor e sensação de queimação, que ficam exasperados com a micção, diminuição da vascularidade do canal vaginal e da cérvix. Ademais há retorno do tônus muscular da vagina. Também ocorrem as mudanças gerais: o padrão respiratório é restabelecido, passando o diafragma a exercer funções que haviam sido limitadas pelo aumento do volume abdominal. A volta das vísceras abdominais à sua situação original, além da descompressão do estômago, que promove um melhor esvaziamento gástrico. O sistema cardiovascular experimenta, nas primeiras horas pós-parto, um aumento do volume circulante, que pode se traduzir pela presença de sopro sistólico de hiperfluxo. O sistema endócrino também é permeado de alterações, verificando-se uma diminuição acentuada do estrógeno e da progesterona após a dequitação da placenta (RICCI, 2008; FILGUEIRAS, 2014).

As mudanças também ocorrem em nível sociocultural. Após o nascimento da criança, as rotinas, tanto da mãe quanto do pai, são facilmente modificadas. A presença desse novo participante na vida dos pais, principalmente quando este é o primeiro filho do casal, é sentida não apenas num ciclo mais intimista e pessoal, e sim num aspecto mais abrangente, surgindo o que se chama de família, ainda que, os pais da criança não tenham um relacionamento, a sociedade entende essa conformação como uma tríade familiar (PICCININI *et al.*, 2012).

Ademais, com a chegada do novo membro à família, existe a necessidade de uma reorganização familiar e social, o que pode gerar um aumento na tensão familiar, trazendo consigo a necessidade de uma reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento do lar. Assim, a mulher é obrigada a um súbito aumento nas responsabilidades, ocorrendo privações de sono e isolamento social (SARAIVA, 2007).

Alem disso, numa época como a atual, em que o dinheiro é à base da organização da sociedade, o nascimento de um novo bebê traz consigo uma série de

responsabilidades econômicas. Para muitas famílias que não estão preparadas, pode resultar em insatisfação, desconforto, preocupação e desespero, podendo agravar ainda mais a saúde mental da mulher puérpera (DELASSUS, 2002).

Diante do exposto, as dificuldades vivenciadas pelas mulheres no período puerperal, relacionadas à dimensão social podem refletir não somente no funcionamento individual, mas, também, nas interações que ela estabelece com o filho, o cônjuge ou outros membros da sua família, afetando negativamente o aspecto emocional da mãe (GUALDA, 2009).

Este período pode também significar uma carga superior daquela que imaginava suportar, experimentando sentimentos contraditórios e inconciliáveis com a imagem idealizada e romanceada de mãe acolhedora, tranquila, compreensiva, capaz de enormes sacrifícios (AZEVEDO; ARRAIS, 2006).

Além disso, os sentimentos emocionalmente vulneráveis frente às inseguranças, ansiedades, dúvidas e medos relacionados às novas demandas interpessoais, como a adaptação de um novo elemento familiar, medo de não ser capaz de cuidar e responder às necessidades do bebê e não ser uma boa mãe ou quando tiver alguns sentimentos de decepção com o filho, seja pelo sexo ou aparência física, instaurando um sofrimento psíquico que pode vir apresentar sintomas, que caracterizam a chamada depressão pós-parto, que podem afetar negativamente o desenvolvimento do bebê (MALDONADO; NAHOUM; DICKSTEIN, 1997; ZAGONELI *et al.*, 2003; BARBOSA *et al.*, 2008).

Dentre todas as fases da vida, o puérperio é o período de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais. Os primeiros dias após o parto são retratados por uma série de emoções e expectativas, e por sua vez, uma turbulência de sentimentos que promovem uma instabilidade no quadro emocional (VIEIRA *et al.* 2010), tornando-se uma fase de contradições, na adaptação à maternidade. Por outro lado há imensa alegria de olhar o novo ser e por outro lado a intranquilidade própria dessa nova realidade que obriga a assumir esse novo papel de mãe (SARAIVA, 2007).

Estas alterações que ocorrem na esfera social da mulher coincidem com a queda brusca dos hormônios estrógeno e progesterona, atingindo os níveis mais baixos naqueles dias, tornando-se ainda em problemas mais graves, podendo levar até ao requerimento ou desempenho profissional mais especializado (CURY; VOLICH, 2010).

Ressalta-se ainda que, devido as vulnerabilidades desse período, as mulheres estão sujeitas a algumas complicações, tais como: hemorragias, infecções, intercorrências mamárias e, ainda, a depressão puerperal (GUALDA, 2009).

De modo geral, as modificações anatômicas e fisiológicas que ocorrem na mulher, a responsabilidade cultural e social de prover saúde, afeto e proteção ao recém-nascido, ansiedade e medo de não desempenhar esse novo papel de mãe, são fatores que contribuem para transformar o puerpério em um período extremamente complexo, que está cercado de emoções e sentimentos que fazem a mulher necessitar de cuidado, apoio, esclarecimento e segurança para enfrentar essas etapas de forma harmônica (GUALDA, 2009).

Assim, os estudos que investigam as singularidades que envolvem o período puerperal, são importantes, pois possibilitam melhores esclarecimentos acerca dos acontecimentos biopsicossociais que interpõem este período, proporcionando maiores habilidades aos enfermeiros e permitindo-lhes uma assistência que atenda às necessidades mais específicas das mulheres (CAMACHO *et al.*, 2006).

O campo do conhecimento e da prática relacionadas à qualidade de vida é central para a promoção da saúde materna, portanto, devem ser exploradas, no sentido de fundamentar uma prática assistencial que modifique os determinantes sociais que afetam a saúde dos grupos de mulheres (CAMACHO *et al.*, 2006).

1.2 Qualidade de vida

O significado da expressão qualidade de vida tem sido investigado por filósofos desde a antiguidade, com relatos até mesmo antes da era cristã. Aristóteles, em escritos como o *The Nicomachean Ethics* (350 a.c.), fez relação entre a “vida-boua ou bem-estar” e felicidade, porém concluiu que há divergências sobre o significado de felicidade, podendo variar de indivíduo para indivíduo bem como de momento para momento, dependendo das experiências vividas. Já Sócrates (469-399 a.c.), mencionava que o importante não era o tempo de vida, mas sim, o modo como se vive (VIDO, 2006; FERNANDES *et al.*, 2007).

Para as civilizações egípcias, hebraicas, gregas e romanas, a qualidade de vida era o cuidado pela saúde do indivíduo, especialmente em aspectos alimentares e cuidados pessoais. No final da Idade Média, tornou-se a preocupação pela saúde pública

e se espalhou aos direitos humanos, trabalhistas e dos cidadãos (MORENO; XIMENEZ, 1996),

A expressão qualidade de vida desde a antiguidade já era compreendida como resultados de percepções individuais, podendo variar conforme a experiência do indivíduo em um determinado momento (FERNANDES *et al.*, 2007).

Em 1920, o termo qualidade de vida foi mencionado por Pigou (1920), em um livro sobre economia e bem-estar, que discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado, mas este termo não foi valorizado e foi esquecido (WOOD; DAUPHINEE, 1999).

Após a segunda guerra mundial, o avanço da industrialização trouxe desenvolvimento econômico e melhoria das condições de vida em geral, assim o termo, passou a ser muito utilizado com a noção de sucesso associada à melhoria do padrão de vida, principalmente relacionado com a obtenção de bens materiais, como casa própria, carro, salário e bens adquiridos (PASCHOAL, 2001; NAHAS, 2001).

Desse modo, o termo foi ampliado e surgiram os indicadores que possibilitaram a mensuração e comparação da qualidade de vida, entre diferentes regiões, cidades, países e culturas. Estes indicadores, classificados como objetivos passaram a ser usados para medir a qualidade de vida, entre eles, destacam-se: o Produto Interno Bruto (PIB), a Renda Per Capita (RPC) e a taxa de desemprego. Inferia-se que nos países cujos indicadores fossem melhores, suas populações teriam uma melhor qualidade de vida. Então, o termo qualidade de vida foi usado para criticar as políticas, nas quais o objetivo era o crescimento econômico sem limite (PASCHOAL, 2001).

Este índice foi criticado como uma medida de bem-estar e passou a se tornar relevante o conceito de nível de vida por meio do qual se procurava integrar áreas de necessidades da população que ultrapassaram os aspectos materiais. De fato, em 1954, as Nações Unidas publicaram um relatório sobre a expressão e medição do nível de vida no qual foram incluídos os indicadores de saúde, alimentação, condições de trabalho, habitação, lazer, segurança, meio ambiente e educação (CASAS, 1991; LINDSTROM, 1994).

Nos anos 50 e 60, cresceu o interesse pelo bem-estar social e sua medição, promovido pelas ciências sociais e ficou conhecido como o movimento dos indicadores sociais, que foram caracterizados como medidas objetivas e normativas de uma população ou grupo determinado (AROSTEGI, 1998).

Só em 1964, o termo qualidade de vida ganhou destaque na mídia, quando Lyndon Johnson (1964), então presidente dos Estados Unidos da América (EUA), o utilizou em referência ao sistema bancário norte-americano, referindo que: “*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas*” (FLECK, 2008).

Nesse contexto, começou-se a questionar não só o bem estar material, mas, também se o bem-estar social produzia realmente bem-estar pessoal. A expressão qualidade de vida expandiu sua composição, integrando aspectos de bem-estar pessoal e social em todas suas dimensões (GARCIA, 1991; VEENHOVEN, 1997).

Assim, o termo qualidade de vida começou a atrair o interesse dos pesquisadores na década de 1960, mostrando diversos problemas tanto na definição do conceito, as dimensões que o compõem, a sua medição e os fatores que podem influenciar (TAILLEFER *et al.*, 2003). O termo tem sido associado a outros conceitos como: satisfação com a vida, bem-estar subjetiva, saúde e felicidade. Mesmo utilizadas como sinônimos tais conceitos gera confusão em torno a sua definição (MEEBERG, 1993). Acredita-se que as dificuldades de chegar a um acordo sobre uma definição única é devido à grande multidimensionalidade que tem este termo, já que houve tentativas de definição por profissionais da saúde, das ciências econômicas e ciências sociais, o que introduziu pontos de vista diferentes na hora de tentar realizar uma concepção universal (CUMMINS, 2004).

Fernandez-Ballesteros (1998) identificou basicamente dois pontos de discussão em torno do conceito de qualidade de vida: 1) A qualidade de vida corresponde a uma percepção puramente subjetiva das pessoas sobre algumas condições; 2) A qualidade de vida refere-se a um conceito que o próprio sujeito estabelece seus componentes (ideográficos) ou um critério geral para todos os sujeitos (nomotéticas). Dentre os acordos estão: a) a qualidade de vida é subjetiva; b) cada pessoa atribui uma pontuação diferente para cada dimensão; c) o valor atribuído a cada uma das dimensões pode mudar ao longo do ciclo de vida (FERNANDEZ-BALLESTEROS, 1998). Sobre este

último ponto, alguns autores sugerem a necessidade de incorporar aspectos evolutivos na avaliação específica da qualidade de vida (TRUJILLO; TOBAR; LOZANO, 2004).

A partir daí houve uma evolução muito importante da expressão qualidade de vida que passou da compreensão do bem-estar em termos objetivos a incluir perspectivas subjetivas de satisfação com a vida. Este novo perfil deu uma entidade própria, separada dos indicadores sociais e enfatizando a percepção do sujeito sobre sua vida e sobre as condições objetivas da sua existência.

Os avanços dos últimos tempos conseguiram aprimorar a compreensão do termo, sua importância e seu uso, embora alguns aspectos do construto qualidade de vida estão em sua etapa inicial (SHALOCK; VERDUGO, 2002) e ainda hoje continua a ser uma fonte de debate.

1.3 Qualidade de Vida Relacionado à Saúde (QVRS)

O termo qualidade de vida foi introduzido na área da saúde por volta da década de 1970, que estava fortemente vinculado aos efeitos das drogas para direcionar a terapêutica médica em tratamentos de câncer, hipertensão e outras patologias; além de avaliar a eficácia e a segurança da droga. Foi um dos principais objetivos que se tem perseguidos nos ensaios clínicos randomizados como a terceira dimensão a ser avaliada, além da eficácia (modificação da doença pelo efeito da droga) e da segunda (reação adversa à droga) (BECH, 1999).

Porém, a oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com tratamentos propostos, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “ anos à vida ”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “ vida aos anos ” (KATCHNIG, 2006).

Todas as questões sobre qualidade de vida foram discutidas amplamente em diferentes campos científicos, por exemplo: na sociologia, é entendida como compreensão subjetiva de bem-estar, pois leva em conta as necessidades e compreensão individuais; na economia é o padrão de vida; e na medicina, é relação de saúde e doença com os fatores que influenciam o estilo de vida saudável.

Todas estas definições de qualidade de vida foram influenciadas pela definição de saúde dada, em 1948, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças” que se mantém até os dias de hoje (WHO, 1946). A partir daí, pode-se concluir que a saúde não é um conceito limitado aos elementos clínicos que se relacionam somente aos aspectos biológicos, mas também deve-se considerar aspectos objetivos, tais como condições de vida e aspectos subjetivos, como a satisfação do indivíduo, para ter uma visão mais abrangente da saúde de uma pessoa.

Posteriormente em 1994, partindo desse pressuposto de saúde, observando que o termo qualidade de vida tinha aspectos subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal, entre outros) e aspectos objetivos (renda, escolaridade, e todos os fatores relacionados ao desenvolvimento econômico e social), começou-se a sistematizar um conceito em que os aspectos subjetivos têm relação com estilo de vida (se fuma ou não, se alimenta de forma saudável, se faz exercícios, etc.) e os aspectos objetivos tem relação com as condições de vida (renda, local onde mora, se tem acesso à educação, etc.). Além da subjetividade, a qualidade de vida possuía um aspecto multidimensional (como as dimensões físicas, psicológicas e sociais) além de dimensões positivas (como a mobilidade) e negativas (como a dor) (GREGORY, 2009).

Desse modo, o conceito segundo a OMS, qualidade de vida foi definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações que integram a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e sua relação com as principais características do ambiente”. A qualidade de vida pode variar de acordo com a cultura da pessoa, com seus objetivos e com suas expectativas. Ademais, que alguns aspectos são comuns e universais, como o bem-estar físico, psicológico, relações sociais, o ambiente, o nível de independência e as crenças pessoais ou religiosidade. A estes seis itens deram o nome de “domínios”, ou seja, são os principais aspectos que dominam a qualidade de vida de uma pessoa (WHOQOL, 1995).

Cada um destes domínios possui suas características. No caso do domínio físico, o que determina a qualidade de vida seria a existência ou não de dor e desconforto, a energia e a fadiga, e a qualidade do sono e repouso. Já no domínio psicológico, os itens

importantes seriam os sentimentos positivos e negativos, a autoestima, a imagem corporal e aparência, e os aspectos cognitivos, como pensar, aprender, memória e concentração. A esses subitens ou subdomínios, se dá o nome de “ facetas ”.

As relações pessoais, o suporte ou apoio social e a vida sexual são itens importantes para a qualidade de vida e que estão inseridos no domínio das relações sociais. O domínio do ambiente inclui a segurança física e proteção, o ambiente no lar, os recursos financeiros, a disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, o transporte, a oportunidade de lazer e aspectos do ambiente físico, como ruído, poluição, trânsito e clima. No domínio nível de independência, ressalta-se a importância da capacidade de trabalho, da mobilidade, de manter-se apto para as atividades da vida cotidiana, ou os prejuízos da dependência de medicamentos. Por último, tem-se o domínio dos aspectos espirituais, religião e crenças pessoais, que influenciam as perspectivas e objetivos de uma pessoa, trabalhando assim, com sua qualidade de vida (KOBAN *et al.*, 2010; MAGEE; JAMES; SCERRI, 2012).

Desse modo nos últimos anos, foram identificadas duas tendências quanto ao uso do termo qualidade de vida na área de saúde: qualidade de vida como um conceito geral e qualidade de vida relacionada à saúde. No primeiro caso, é utilizado como um conceito mais amplo sem fazer referência específica a disfunções ou agravos a saúde. No segundo caso, inclui aspectos diretamente relacionados às enfermidades e intervenções em saúde e refere-se ao impacto dos sintomas, das incapacidades ou limitações sobre o funcionamento e a percepção do bem-estar (SEIDL; ZANNON, 2004).

Para este trabalho, o termo qualidade de vida é mais geral que inclui uma variedade potencial de condições que podem afetar a percepção das mulheres no seu período puerperal, tanto nos sentimentos e comportamentos relacionados com o funcionamento diário, incluindo aspectos físicos, mentais, emocionais, sociais, sexuais e de bem-estar espiritual, mas não se limitando só a sua condição de saúde e às intervenções médicas (NAHAS, 2001).

1.4 Qualidade de vida e puerpério na prática de enfermagem

A preocupação no período puerperal normalmente é centrada na atenção da criança, tanto pelos profissionais da enfermagem quanto pelas mães, principalmente no

que se refere à função materna de oferecer cuidados ideais para o desenvolvimento adequado do seu filho, esquecendo que a mãe vivenciou uma fase de profundas mudanças que podem interferir em sua vida e colocar seu filho numa situação de sofrimento (BRASIL, 2006; SILVA *et al.*, 2009).

Assim, muitas vezes, os profissionais da saúde tratam o período puerperal de forma não integrada. Mesmo sabendo que, neste período a mulher passa por diversas modificações e precisa de uma atenção em sua totalidade, por meio de uma visão integral que considere aspectos gerais que influenciam na sua qualidade de vida (VIEIRA *et al.*, 2010).

A consulta de enfermagem neste período configura-se como uma estratégia eficaz, já que neste momento podem ser levantados diferentes diagnósticos que são diretamente ligados a situações específicas do evento, o que possibilitaria ao enfermeiro realizar planos de cuidados ou de intervenções específicas. Assim os profissionais da enfermagem devem estar capacitados e disponíveis para perceber e atender as reais necessidades apresentadas por cada mulher, qualificando o cuidado dispensado. (MARTINS; RIBEIRO; SOLER, 2011).

Ademais, com o intuito de possibilitar cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a promoção da saúde e a prevenção de complicações, nos aspectos físicos, emocionais e sociais com ações educativas que possam subsidiar a mulher no cuidado do filho, devem reduzir os riscos psicológicos e fisiológicos que as mulheres estão expostas nesse período (MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010).

Nesse sentido, os profissionais de saúde que atuam diretamente na saúde materna, especialmente no período puerperal, devem desenvolver conhecimentos, competências, habilidades e ferramentas para compreender as demandas biológicas, mentais e sociais, as quais têm influência direta sobre a qualidade de vida destas mulheres.

Entretanto, o construto final do presente estudo é adaptar um instrumento de avaliação de qualidade de vida em mulheres no período puerperal, que englobe os aspectos mais subjetivos e pessoais, que seja válido e confiável para ser utilizado no contexto da Bolívia.

1.5 Justificativa e relevância do estudo

Na literatura internacional, existem diferentes instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida de mulheres puérperas (SOTO; FAILDE, 2004; BARKIN *et al.*, 2010). Entre eles temos: *The Maternal Postpartum Quality of Life* MAPP – QoL (HILL *et al.*, 2006; HILL; ALDAG, 2007); *The Quality of Life of Postpartum women* PQOL (DE VELLIS, 2003); *The Rural Postpartum Quality of Life* RPQoL (HUANG *et al.*, 2011), além do *The Mother Generated-Index* MGI (SYMON *et al.*, 2003b).

A maioria destes instrumentos são elaborados a partir de um conjunto estruturado de perguntas pré-definidas ou estruturadas. No entanto, outros foram elaborados de forma aberta, permitindo à puérpera identificar as áreas de sua vida que foram influenciadas ou afetadas após o nascimento do bebê.

Na Bolívia, é notória a escassez de instrumentos no campo da enfermagem. As provas em matéria do bem-estar e qualidade de vida são nulas, sobretudo quando se trata de índices específicos para avaliar a qualidade de vida relacionada ao período puerperal.

O puerpério é caracterizado como um período de maior vulnerabilidade para as mulheres deste país, sendo que 17% das causas de mortalidade materna são por causa de infecções. Ademais, o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de habitação e ambiente, tem um papel muito importante na condição de vida e saúde da mulher boliviana.

Existe uma grande preocupação pelo contato do profissional de saúde com a puérpera durante os primeiros meses após o parto; sendo esta, nula ou escassa, dependendo do interesse da mãe em visitar o hospital ou algum centro de saúde, e mesmo assim o atendimento concentra-se exclusivamente no bem-estar físico da criança, esquecendo muitas vezes o bem-estar físico e psicológico da própria mãe.

Nesse sentido, na ausência de uma ferramenta específica e válida para avaliar a qualidade de vida das mulheres bolivianas. E dada às evidências deslumbradas na promoção da qualidade de vida da mulher no período puerperal registradas na literatura aqui apresentadas, é perceptível a relevância de estudos que se relacionem com a temática.

Na finalidade de suprir esta carência no contexto boliviano, tem se optado pela adaptação de instrumentos já existentes em outros países. Assim, para a presente tese, foi escolhido o *The Mother Generated-Index* (MGI) (SYMON *et al.*, 2003b) para tradução, adaptação transcultural e validação no contexto boliviano.

Este instrumento foi desenvolvido na Escócia e validado para avaliar a qualidade de vida de mulheres no ciclo gravídico puerperal, tendo-se revelado como um índice aberto, o que favorece uma melhor compreensão das áreas mais afetadas após o nascimento do bebê, e que precisam de maior atenção em saúde.

O MGI visa ajudar e sensibilizar aos profissionais da saúde sobre a realidade da vida das puérperas. É investigado a partir do olhar da entrevistada, desvelando as características reais que circundam esse momento na vida da mulher e trazendo maior riqueza às informações.

Portanto, o MGI, configurando-se como um instrumento confiável para ser inserido no contexto boliviano, possibilitando aprofundar um conhecimento, fundamentando às intervenções em saúde, capazes de viabilizar um atendimento integral e humanizado às mulheres deste país.

De modo geral, este estudo permite a divulgação de um instrumento traduzido, adaptado transculturalmente e validado para ser utilizado por enfermeiros e outros profissionais da saúde no contexto boliviano, possibilitando a construção de novas evidências referentes à temática nas diferentes regiões do país, aumentando as suas discussões na comunidade científica e clínica, para que culmine em melhorias nas ações da Promoção da Saúde nas mulheres bolivianas.

2. OBJETIVO GERAL

- Traduzir, adaptar transculturalmente e validar o *The Mother Generated-Index (MGI)* para uso em espanhol no contexto da Bolívia.

2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar a validação de face, de conteúdo e clínica do MGI no contexto boliviano;
- Descrever as principais áreas afetadas na qualidade de vida das mulheres puérperas bolivianas;
- Avaliar a associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas com os índices de qualidade de vida das puérperas.

3. ESTADO DA ARTE

3.1 Políticas e práticas em saúde da mulher boliviana

Bolívia, oficialmente Estado Plurinacional de Bolívia, é um país localizado no centro-oeste da América do Sul. Está estruturada política e administrativamente em nove departamentos (estados), 112 províncias, 339 municípios e 1.384 distritos, os quais obtiveram maior autonomia com a lei de Descentralização Administrativa de 1995. A capital e sede do órgão judicial é Sucre, e a sede de governo (órgão executivo e judicial) se localiza na cidade de La Paz. É um país em desenvolvimento, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,675, Renda Per-Capita (RPC) 2.640 United States Dollar (USD) e uma Esperança de vida de 66,6 anos (BOLIVÍA, 2012; SITEAL, 2013).

A população boliviana é de 10.027.254 habitantes, sendo que 6.751.305 moram em áreas urbanas e o restante na área rural; é um país multiétnico, possuindo ameríndios, mestiços, europeus, asiáticos e africanos. A constituição boliviana reconhece 36 povos indígenas e 36 línguas oficiais, além do espanhol (BOLIVIA-INE, 2012).

Bolívia está constituída por três zonas geográficas: **Andina**, cobre 28% do país com uma extensão estimada de 307 mil km². Esta área está localizada a mais de 3.000 metros sobre o nível do mar, entre as cordilheiras ocidental e oriental; **Sub-andina**, região intermediária entre as terras altas e as planícies do leste, cobrindo 13% do território, com uma altura média de 2.500 metros sobre o nível do mar; **Llanos**, cobrem 59% do território, está localizado ao norte da cordilheira Oriental e compreende as planícies e florestas extensas, ricas em flora e fauna, com uma temperatura média anual de 22 a 25° C (BOLIVIA, 2000).

Esta diversidade geográfica boliviana faz com que o país seja um cenário propício para o desenvolvimento de diferentes culturas, dando origem a uma diversidade de grupos humanos com suas próprias características culturais e sociais, existindo uma pluriculturalidade nos cuidados de saúde (doutrinas que regem problemas de saúde e doença em culturas determinadas), e da medicina tradicional.

Com a promulgação do Código de Saúde, em 1978, a Bolívia iniciou uma série de planos de políticas públicas no setor, que tem evoluído e flexibilizado, fazendo-se cada vez mais descentralizadas e participativas (BOLIVIA-MAEC, 2013).

A saúde boliviana em geral, está reconhecida como um direito fundamental em todo o país. A Constituição Política do Estado (CPE) garante o acesso gratuito aos serviços de saúde para toda a população e obriga o estado a assumir a responsabilidade de efetuar esse direito. O estado também garante a participação da população na gestão da saúde, que dá ao público a oportunidade de participar na determinação dos problemas dos serviços de saúde e sua resolução (BOLIVIA-MAEC, 2013).

Em relação à saúde materna, a redução da mortalidade materna tem sido durante anos, uma questão prioritária para o país. Segundo dados da *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (BOLIVIA-ENDSA, 2008), a evolução dos indicadores da Razão de Mortalidade Materna (RMM) por cada 100,000 nascidos vivos, evidencia uma estagnação nos últimos anos (1990 = 416; 1994 = 390; 2000 = 235; 2003 = 229; 2005 = 290 e 2008 = 310).

Sendo as principais causas biológicas de morte materna a: hemorragia 33%, infecções 17%, aborto 9%, hipertensão 5%, e parto prolongado 2%. Ainda destaca o percentual de 34% por outras causas, estas incluem a violência doméstica, acidentes, homicídios e suicídios (BOLIVIA-MEFP, 2014).

As consequências da mortalidade e morbidade materna não só afetam as mulheres, mas, também, as famílias e a comunidade. De modo, que, as crianças que são deixadas sem mães, correm um maior risco de morrer ou de ter outros problemas, como a desnutrição. Assim, a perda de mulheres durante seus anos mais produtivos, tem um efeito devastador não só na família, também na comunidade e na sociedade em geral.

Os dados apresentados, não são consistentes com os esforços nem com as obrigações universais e regionais dos direitos humanos, o que tornou ainda mais difícil alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, de reduzir a mortalidade materna a 104 para 2015 (BOLIVIA-OPS/OMS, 2011).

Do mesmo modo, em conformidade com as obrigações internacionais assumidas pelo Estado, no que diz respeito ao direito à saúde materna e infantil, a CPE reconhece o direito das mulheres à maternidade segura, com uma visão e prática intercultural, indicando que as mulheres gozam de assistência especial e proteção do estado durante a gravidez, parto e puerpério através do *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI), ademais do *Bono Juana Azurduy de Padilla* (BOLIVIA-OPS/OMS, 2011).

O *Seguro Universal Materno Infantil* (SUMI), criado em 2002, beneficia a crianças menores de cinco anos, mulheres durante a gravidez, parto e puerpério até os seis meses. Eliminando assim, as barreiras financeiras, o estado assume o compromisso de garantir o acesso gratuito a um conjunto de intervenções de comprovada eficácia para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidades neste grupo. A partir de dezembro de 2005, este benefício é ampliado para toda mulher em idade fértil.

O *Bono Juana Azurduy de Padilla* é implementado em 2009, com objetivo de incentivar as mães, realizar cuidados institucionais para elas e seus bebês, através de uma bolsa monetária em pesos bolivianos (Bs.). Durante a gestação é incentivadas a realizar pelo menos quatro consultas pré-natais, recebendo em cada uma delas, um valor de Bs. 50 (Rs. 25), pelo parto institucional Bs. 120 (Rs. 60) e pelos controles bimensais em atenção integral para o menor de dois anos Bs. 125 (Rs. 62.5), podendo chegar até Bs. 1500 (Rs. 750) (BOLIVIA-OPS/OMS, 2011; BOLIVIA-INE, 2012).

Ademais, a fim de fornecer suporte para a saúde materna, aprovou-se o Consenso Estratégico Interagencial, enquadrando-se, tanto na prestação de cuidados contínuos para a mãe, o recém-nascido e infante. Este esforço institucional orienta a implementação de intervenções comprovadas e eficazes, a fim de criar ambientes favoráveis para o desenvolvimento e a promoção de políticas públicas, fortalecer os sistemas de saúde, promover intervenções de base comunitária, desenvolver monitoramento e avaliação que podem ser aplicados em todos os níveis, com uma abordagem intercultural.

Deste modo a Bolívia é apresentada como um país pluricultural, multiétnico, e plurilíngue. A sua riqueza cultural favorece a origem de diversas concepções em torno do puerpério nas diferentes regiões do país. Nas zonas rurais muitas mulheres optam pelo parto assistido por parteiras, na sua própria casa, buscando o respeito por seus costumes e sua forma de conceber e atuar nesse momento. Deste modo, cada grupo humano cria e recria todo um sistema de conhecimentos e práticas que lhe dá significado a sua própria experiência, e ao mundo que lhe rodeia.

Nesse sentido, a medicina tradicional boliviana passa por uma nova fase e é apresentada em nível político e normativo pelo Vice-ministério de Medicina Tradicional e Intercultural criado em 2006, com objeto de valorizar, proteger, promover e pesquisar a medicina tradicional assim como encontrar estratégias eficazes para coordenação e

complementaridade com o Sistema Público de Saúde. Assim, a nova CPE inclui a medicina tradicional no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e propõe investigação para o desenvolvimento por meio do resgate e recuperação de médicos tradicionais como peças-chaves na saúde da população.

A Lei *Salud Familiar, Comunitária e Intercultural* (SAFCI), adotada pelo Decreto Supremo 29601, de 11 de junho de 2008, estabelece o quadro geral para o funcionamento do sistema nacional de saúde, “ tornando-se a nova forma de sentir, pensar, compreender e fazer saúde, envolvendo, vinculando e articulando os médicos acadêmicos e tradicionais com a pessoa, família, comunidade e suas organizações nas áreas de gestão e assistência à saúde ” (BOLIVIA-MSD, 2008).

Portanto, a nova CPE aponta a obrigação do acesso universal à saúde para todas as pessoas, sem qualquer distinção, em todos os níveis da nova estrutura do estado (Nacional, Estadual e Municipal). O novo paradigma é a construção de um sistema de saúde universal, equitativo, intercultural, proporcionando qualidade e controle social.

Apesar dos esforços realizados nos últimos anos pelas autoridades bolivianas em relação à saúde materna, o país ainda apresenta problemas, especialmente na redução da mortalidade materna.

O documento Estado Mundial das Mães 2015, classifica os melhores e piores países para ser mãe, com base na saúde e bem-estar das mães e crianças. Noruega foi classificada em primeiro lugar, seguido pelos outros países nórdicos, enquanto a Somália permaneceu em último lugar pelo segundo ano consecutivo (SAVE THE CHILDREN FEDERATION, 2015).

Embora a Bolívia apresente as maiores taxas de mortalidade materna e infantil da América do Sul, no ranking mundial esta se situa na 88ª colocação de 177, abaixo de países como Brasil, que está na colocação 77, Chile 48 e Argentina 36, mas acima do Paraguai e vários países centro-americanos como Guatemala, República Dominicana, Honduras e Haiti (SAVE THE CHILDREN FEDERATION, 2015).

A saúde materna na Bolívia é uma questão de equidade e justiça social. As mulheres indígenas são as mais vulneráveis a morrer, especialmente as que vivem na área rural, onde têm mais probabilidades de complicações no período puerperal que as da zona urbana.

O risco é ainda maior ante a ausência de conhecimentos sobre possíveis problemas que podem surgir durante o puerpério (hemorragia, infecções e hipertensão); ademais, a má alimentação durante o ciclo reprodutivo, baixos níveis de educação, falta de recursos econômicos leva a menos acesso aos serviços de saúde, que em muitas vezes dependem também do seu poder de decisão.

É importante resaltar que a gravidez e a maternidade na adolescência boliviana, são registradas com maior frequência em mulheres com menor acesso a educação, que vivem nas zonas rurais e em situação de pobreza (BOLIVIA-UNFPA, 2009). Nesse sentido, tornar-se mãe muito jovem é um fator de risco que pode ter graves consequências para a saúde psicológica da mulher boliviana.

Todos estes fatores sociais se relacionam com o estado psicológico da puérpera, afetando negativamente a saúde emocional da mulher boliviana. Ademais, a violência física, psicológica, moral e sexual, contribuem de maneira significativa para os resultados adversos no período puerperal.

Nesse sentido, conhecer e avaliar a qualidade de vida da mulher boliviana no seu período puerperal é muito importante e pode contribuir com a ciência da enfermagem deste país. Também poderá contribuir para a qualidade da atenção à saúde da mulher, auxiliar nas intervenções e lançar um olhar diferente sobre algumas dimensões nesse período, de maneira que os enfermeiros e outros profissionais de saúde possam compreendê-las e melhorar a assistência em relação ao período puerperal, promovendo qualidade de vida das mulheres bolivianas.

3.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

Na última década do século XX, houve um acréscimo na produção de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvida nos EUA, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas. A adaptação transcultural por meio da tradução de qualquer instrumento de avaliação é um tema controverso. Alguns autores criticam a possibilidade de que o conceito de qualidade de vida possa não ser ligado à cultura (FOX-RUSHBY, 1995).

Por outro lado, em um nível abstrato, alguns autores têm considerado que existe um “universo cultural” de qualidade de vida, isto é, que, independente da nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas

condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes (BULLINGER; ANDERSON; CELLA, 1993).

Assim, a elaboração teórica do conceito de qualidade de vida sugere a necessidade de fazer uso de diferentes instrumentos e procedimentos para obtenção de informações subjetivas e objetivas necessárias à sua delimitação enquanto conceito, sabendo-se que todo esse conjunto será influenciado pelos profissionais que irão fazer uso dele (ABREU, 2005).

Existem instrumentos genéricos que avaliam a qualidade de vida, e se aplicam às mais diferentes condições de saúde e refletem os diversos aspectos da vida das pessoas. Esta diversidade de aspectos organiza-se em conjuntos, chamados de dimensões ou domínios, que são medidas de forma individualizada e ponderada. Habitualmente são avaliadas cerca de seis a oito dimensões que compreendem a mobilidade física, o repouso, as funções cognitivas, a satisfação sexual, a comunicação, a nutrição, a reserva energética, a presença de dor, o comportamento emocional, as atividades recreativas, as atividades de trabalho, as atividades domésticas e os relacionamentos sociais. Alguns exemplos de instrumentos genéricos são: *European Quality of Life Scale (EuroQoL)* (HUNT *et al.*, 1981), *World Health Organization's Quality of Life Scale (WHOQoL)* (WHOQoLGrup, 1994), e *Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survery (SF-36)* (MAGEE *et al.*, 2002).

Os instrumentos genéricos são amplamente testados, validados e com alto coeficiente de reprodutibilidade para um mesmo observador e entre diferentes observadores. São úteis para documentar a extensão das incapacidades em qualquer estudo, seja na população geral ou em grupos de pacientes, independentemente das condições subjacentes, facilitando a comparação do impacto entre diferentes programas terapêuticos. Porém, um determinado instrumento genérico pode omitir domínios importantes às mulheres grávidas ou puérperas relacionadas com a sua experiência única de gravidez e outras condições relacionadas ao puerpério. Quanto à aplicação de um instrumento específico, é indispensável, ainda assim, os perfis genéricos de saúde que são recomendados como avaliação complementar, para permitir a comparação com populações e condições diferentes. Esta comparação é fundamental no planejamento da política de assistência à saúde e alocação dos recursos (LUDERITZ; JUNG, 2000; ENGELMANN; PEHRSON, 2003).

Também existem instrumentos específicos que são especialmente dirigidos aos aspectos da qualidade de vida relevantes aos pacientes que se pretende estudar ou às suas condições particulares. Por exemplo: domínio ou doença específica, população específica, sintomas específicos ou questionário específico de um determinado estudo. Os questionários específicos podem ser direcionados para avaliação de determinadas funções (capacidade funcional, sono, função sexual, aspectos sociais), população (idosos, jovens, mulheres climatéricas) ou doença (câncer de mama, câncer de ovário, diabetes) (LUDERITZ; JUNG, 2000; ENGELMANN; PEHRSON, 2003).

Em relação aos transtornos biopsicossociais da mulher no período puerperal, tem consequências quase sempre negativas, para a mãe e seu filho. No entanto, pouco se sabe sobre a maternidade e a percepção da qualidade de vida neste período. Especialmente no contexto boliviano, onde não existe publicação alguma sobre o efeito da maternidade no status funcional da saúde, relacionada à qualidade de vida em puérperas bolivianas.

Ademais, a depressão pós-parto é cada vez mais reconhecida, tendo um impacto significativo sobre a saúde da puérpera (MICHALAKA *et al.*, 2004). Ultimamente são reconhecidos fatores não clínicos, tais como mudanças nos papéis sociais, adaptação ambiental, relações interpessoais, distúrbios psicológicos e outros problemas sociais que se tornam determinantes importantes da saúde da puérpera. Assim, qualquer indicador de morbi-mortalidade isolado é insuficiente para refletir a saúde geral das mulheres no pós-parto.

Os instrumentos mais utilizados no puérperio têm sido avaliados em termos de sua aplicabilidade e propriedades psicométricas. Portanto, é possível determinar a partir de uma investigação científica que determinados instrumentos podem ser aplicados a um ambiente clínico (BECK; BUDÓ; GONZALES, 1999; FOWLES; HOROWITZ, 2006).

No intuito de conhecer instrumentos que avaliam a qualidade de vida de mulheres no período puerperal, foi realizada uma revisão integrativa. Teve como base a seguinte pergunta norteadora: *quais os instrumentos de avaliação que são utilizados para a medição da qualidade de vida de mulheres puérperas na produção científica internacional?*

Foram utilizadas as seguintes bases eletrônicas de dados bibliográficos: o portal de revista *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line (MedLine)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Biblioteca Cochrane e na (PubMed) US National Library of Medicine and National Institutes of Health*.

A avaliação foi realizada a partir do achado dos descritores controlados em ciências da saúde: *Quality of Life / Calidad de Vida / Qualidade de Vida; Postpartum Period / Período de Postparto / Período Pós-Parto e Questionnaires / Cuestionarios / Questionários*. A busca e seleção dos artigos ocorreram entre os meses de fevereiro e junho de 2014, respeitando os critérios de inclusão: artigos em português, inglês ou espanhol com textos completos disponíveis nas bases de dados supracitados; artigos originais, ou seja, artigos que divulguem os resultados de uma pesquisa e que incluam instrumentos de mensuração em sua metodologia.

A Tabela 1 mostra todo o processo da busca integrativa e o resultado dos artigos encontrados nas bases de dados eletrônicos.

Tabela 1 - Distribuição do número de artigos encontrados nas diferentes bases de dados, segundo os descritores selecionados e critérios de inclusão. Fortaleza, 2015.

Descritores	MedLine	CINAHL	LILACS	Cochrane	PubMed	TOTAL
Quality of Life	199.905	60.515	5.474	6.326	219.997	492.217
Postpartum Period	171	24	05	07	319	526
Questionnaires	76	14	01	01	100	192
Critérios de inclusão						
Acessíveis 1ª leitura	35	07	-	-	77	119
Segunda Leitura	28	04	-	-	43	75
Terceira Leitura	27	02	-	-	25	54
Última Leitura e Resultado Final	20	01	-	-	18	39

Na busca na base de dados *MedLine*, utilizando o descritor *Quality of Life* encontrou-se 199.905 artigos. Acrescentando o termo *Postpartum Period* foram reduzidos a 171, e incluindo a palavra *Questionnaires* o número de achados reduziu-se para 76 artigos. Destes resultados, somente 35 foram acessíveis para realizar a primeira leitura, logo se verificou que só 28 estavam relacionados com o objetivo da revisão e

desse total um estava repetido e os outros sete não cumpriam com os critérios de inclusão, chegando a um total de 20 trabalhos para a leitura final.

A base de dados *CINAHL*, demonstrou 60.515 publicações com o termo *Quality of Life*. Ao incluir *Postpartum Period* o número caiu para 24, e ao refinar somente 14 publicações tinham o descritor *Questionnaires* com texto completo. Deste resultado, somente sete artigos foram acessíveis na primeira leitura, três repetidos, dois não tinham relação com o assunto e um não estava especificado o instrumento utilizado. Como resultado final, somente um artigo ficou para a análise.

Na pesquisa base de dados *LILACS*, foram encontrados 5.474 trabalhos com o descritor *Quality of Life*, e ao incluir a expressão *Postpartum Period*, esse número caiu para cinco, ainda incluindo a palavra *Questionnaires* encontrou-se apenas um título porém não estava acessível para a leitura.

Na base de dados da Biblioteca *Cochrane*, utilizando o descritor *Quality of Life* encontrou-se 6.326 artigos. Incluindo a palavra *Postpartum Period*, reduziu o número de artigos para sete, e ainda ao acrescentar *Questionnaires*, o número de achados reduziu-se para um, o qual também não estava acessível para a leitura.

Por último, na base de dados **PubMed**, foram encontrados 219.997 artigos com o termo *Quality of Life*, ao incluir a palavra *Postpartum Period*, o número reduziu para 319, e incluindo o descritor *Questionnaires* foram encontrados 100 títulos. Desse resultado, 77 estavam acessíveis para a primeira leitura e 34 eram repetidos, restando 43. Destes, 18 não tinham nenhuma relação com a pesquisa, restando apenas 25 artigos, deste 7 não tinham especificados os instrumentos utilizados, o resultado final ficou com 18 artigos para a revisão.

Dessa forma ao final foram 39 artigos selecionados, apresentando no quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo autores, ano de publicação, base de dados, periódicos em que foram publicados, títulos, objetivos, delineamento e amostras, instrumentos utilizados, definição, país de origem e idiomas. Fortaleza – Ceará, 2015.

Nº	Autores e ano de publicação	Base de dados e Periódicos em que foram publicados	Título dos artigos	Objetivos	Delineamento e amostras	Instrumentos utilizados	Definição de QV	País de origem e Idioma de Publicação
01	Akyn <i>et al.</i> , (2009)	PUBMED Journal compilation Japan Society of Obstetrics and Gynecology	Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey	Determinar a qualidade de vida em mulheres no período de 12 meses pós-parto e examinar fatores relacionados às características sociodemográficas, fertilidade e fatores ambientais.	Estudo transversal 1.749 mulheres no primeiro ano pós-parto	Quality of Life Scale version Turkish (QoLS)	(QoLS) Qualidade de vida Genérica	TURQUIA Inglês
02	Aragaki e Silva (2011)	PUBMED Revista da Escola de Enfermagem da USP	Nursing mothers' perception about their quality of life	Compreender a percepção de nutrízes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no município de São Paulo, acerca de sua Qualidade de Vida.	Estudo exploratório descritivo qualitativo 202 mulheres nutrízes	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica	BRASIL Inglês e Português
03	Baghirzada, Downey e Macarthur (2013)	MEDLINE International Journal of Obstetric Anesthesia	Assessment of quality of life indicators in the postpartum period	Avaliar as características psicométricas do Perfil de Saúde de Nottingham, no período pós-parto	Estudo transversal prospectivo 133 mulheres	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF) Nottingham Health Profile (NHP)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica (NHP) Qualidade de Vida Genérica	INGLATERRA Inglês
04	Bertozzi <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE BioMed Central BMC Women's Health	Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study	Avaliar a função de episiotomia na preservação do períneo de modo a evitar a influência de desordens do assoalho pélvico e no bem-estar psicofísico das mulheres após o sexto mês pós-parto	Estudo retrospectivo 377 mulheres que deram à luz por via vaginal	King's Health Questionnaire (KHQ)	(KHQ) Qualidade de Vida Específica	ITALIA Inglês
05	Beyersdorff <i>et al.</i> , (2008)	PUBMED International Journal of Public Health	Survey of Neonates in Pomerania (SniP): A population based analysis of the mothers' quality of life after delivery with special relations to their social integration	Verificar a qualidade de vida das mulheres antes de dar a luz e as mudanças esperadas pelas mães dentro de um futuro próximo	Estudo de coorte prospectivo, de base populacional com 553 mulheres	Survey of Neonates in Pomerania (SniP)	(SniP) Qualidade de Vida Específica	ALEMANHA Inglês
06	Chang <i>et al.</i> , (2010)	CINAHL International Journal of Nursing Studies	Use of Sheng-Hua-Tang and health-related quality of life in postpartum women: a population-based cohort study in Taiwan	Explorar a relação entre os diferentes padrões de uso de Sheng-Hua-Tang e a qualidade de vida de saúde em mulheres no pós-parto	Estudo de coorte longitudinal prospectivo 24.200 puérperas e seus bebês	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	TAIWAN Inglês

07	Chang <i>et al.</i> , (2010)	MEDLINE International Journal of quality of life aspects of treatment.	Women's perceptions of their husband's drinking behavior as a risk factor of their health-related QoL in the postpartum period	Investigar a associação entre a percepção das mulheres sobre o consumo de álcool do seu marido e sua QV no período pós-parto	Estudo de coorte longitudinal prospectivo 24.200 puérperas	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	TAIWAN Inglês
08	Cockell <i>et al.</i> , (2003)	PUBMED Quality of Life Research	Postpartum Flatal and Fecal Incontinence Quality-of-Life Scale: A Disease- and Population-Specific Measure	Modificar a Escala FIQL de modo que seja mais utilizado em população e doença específica, portanto, que seja mais adequado para estudo de intervenção em lacerações do esfíncter anal obstétrico, resultando em incontinência anal pós-parto	Estudo controlado randomizado 10 participantes	Fecal Incontinence Quality-of-Life (FIQL) King's Health Questionnaire (KHQ)	(FIQOL) Qualidade de Vida Específica (KHQ) Qualidade de Vida Específica	CANADÁ Inglês
09	Coyle (2011)	PUBMED Research in Nursing & Health	Maternal Concern, Social Support, and Health-Related Quality of Life Across Childhood	Examinar as relações entre a preocupação materna, apoio social, e qualidade de vida relacionada a saúde	Estudo descritivo transversal exploratório 234 mães.	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	USA Inglês
10	Da Costa <i>et al.</i> , (2006)	PUBMED Archives of Women's Mental Health	Health-related quality of life in postpartum depressed women	(A) Avaliar a saúde da QV em mulheres com depressão pós-parto, (B) examinar a associação entre a gravidade dos sintomas depressivos e o nível de comprometimento do estado de saúde física e mental e (C) delinear os fatores associados ao estado de saúde físico mental entre as mulheres deprimidas no pós-parto	Ensaio clínico randomizado 78 mulheres no período pós-parto (4-38 semanas) experimentando sintomas de depressão pós-parto	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	CANADA Inglês
11	Dalfra <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE Quality of Life Research	Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients	Avaliar as gestantes com diabetes, sendo acompanhadas em clínicas que cuidam de mulheres grávidas com diabetes.	Estudo descritivo prospectivo em 176 grávidas com diabetes	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	ITALIA Inglês
12	Darcy <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE The Journal of the American Board of Family Medicine	Maternal Depressive Symptomatology: 16-Month Follow-up of Infant and Maternal Health-Related Quality of Life	Documentar fatores de risco sobre sintomas depressivos no pós-parto, e determinar os efeitos longitudinais de sintomas depressivos maternos na saúde relacionados com a QV e desenvolvimento infantil.	Estudo de coorte prospectivo com 217 mães.	Short-Form health survey (SF-12)	(SF-12) Qualidade de Vida Genérica	USA Inglês
13	De Tychey <i>et al.</i> , (2008)	PUBMED Journal of Clinical Nursing	Quality of life, postnatal depression and baby gender	Estudar o impacto da depressão pós-parto sobre a qualidade de vida das jovens mães francesas e avaliar se o sexo do seu filho influencia isso.	Estudo transversal de 181 mulheres durante o período pós-natal	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	FRANÇA Inglês
14	Gutke <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE European Spine Journal	Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms	Avaliar a prevalência de subgrupos de dor lombo-pélvica, incapacidade, intensidade da dor, QVRS, nível de atividade, e cinesiofobia em mulheres pós-parto para investigar a associação entre fatores e incapacidade, incluindo sintomas depressivos.	Estudo descritivo prospectivo com 457 mulheres	Euro QoL 5D (EQ5D)	(EQ5D) Qualidade de Vida Genérica	SUECIA Inglês

15	Handa <i>et al.</i> , (2007)	MEDLINE Journal of Obstetrics & Gynecology	The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth	Investigar o impacto da incontinência fecal pós-parto e incontinência urinária na qualidade de vida.	Estudo de coorte prospectivo com 759 mulheres seis meses pós-parto	Health Survey (SF-12)	(SF-12) Qualidade de Vida Genérica	USA Inglês
16	Hill e Aldag (2007)	MEDLINE Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	Maternal Perceived Quality of Life Following Childbirth	Analisar prematuros, a curto prazo, e a percepção subjetiva da qualidade de vida das mães "no período pós-parto precoce.	Estudo prospectivo de escala longitudinal com 184 mães	Maternal Postpartum Quality of Life (MAPP-QOL)	(MAPP-QOL) Qualidade de Vida Específica	USA Inglês
17	Hoedjes <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE BIRTH Journal compilation	Poor Health-related Quality of Life After Severe Preeclampsia	Descrever as alterações em todos os domínios da qualidade de vida em saúde entre 6 e 12 semanas pós-parto e após pré-eclâmpsia leve e grave; avaliar o grau em que ele difere e para avaliar quais fatores contribuem para essas diferenças	Estudo de coorte prospectivo 128 puérperas que tiveram pré-eclâmpsia	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	HOLANDA Inglês
18	Huang <i>et al.</i> , (2011)	MEDLINE Journal of Clinical Nursing	Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China?	Explorar o impacto do tipo de parto na qualidade de vida no pós-parto das mulheres na China rural e investigar os fatores que influenciam a qualidade de vida pós-natal.	Estudo transversal de 343 mulheres dentro de 12 meses pós-parto	Rural Postpartum Quality of Life (RPQoL)	(RPQoL) Qualidade de Vida Específica	CHINA Inglês
19	Jansen <i>et al.</i> , (2007)	PUBMED Springer Acta Obstetrica et Gynecologica Informa Healthcare	New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery	Investigar a fadiga e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres após o parto vaginal, cesarianas eletivas e de emergência, e sua relação com os níveis de hemoglobina pós-parto, durante as primeiras 6 semanas após o parto.	Estudo de coorte prospectivo 141 mulheres	Euro QoL 5D (EQ-5D) Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(EQ5D) Qualidade de Vida Genérica (SF-36) Qualidade de Vida Genérica	HOLANDA Inglês
20	Khabiri <i>et al.</i> , (2013)	PUBMED International Journal of Preventive Medicine	Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality-of-Life Instrument	Validar o questionário MGI para uso no Iran	Estudo transversal 96 mulheres puérperas	Mother Generated Index (MGI)	(MGI) Qualidade de Vida Específica	IRÃ Inglês
21	Martinez-Schallmoser, Telleen e MaCMullen (2003)	PUBMED SAGE Journal of Transcultural Nursing	The Effect of Social Support and Acculturation on Postpartum Depression in Mexican American Women	Examinar a depressão pós-parto em mulheres americanas mexicanas perinatais	Estudo longitudinal prospectivo Com 66 mulheres multíparas no pós-parto	Quality of Life Index (QLI)	(QLI) Qualidade de Vida Específica	USA Inglês e Espanhol
22	Mautner <i>et al.</i> , (2009)	MEDLINE Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology	Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth	Explorar a influência de distúrbios hipertensivos, diabetes gestacional e parto prematuro como fatores de risco para a saúde relacionados com qualidade de vida e sintomas depressivos durante a gravidez e pós-parto tardio	Estudo prospectivo longitudinal 90 mulheres	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica	ÁUSTRIA Inglês

23	Nagpal <i>et al.</i> , (2008)	MEDLINE BioMed Central Health and Quality of Life Outcomes	An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India	Avaliar a utilidade da adaptação do Mother-Generated-Index na avaliação da qualidade de vida pós-parto (QVPP) na Índia	Estudo randomizado 195 mulheres	Mother Generated Index (MGI)	(MGI) Qualidade de Vida Específica	INDIA Inglês
24	Pauls, Occhino e Dryfhout (2008)	MEDLINE Journal of Sexual Medicine.	Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study	Avaliar prospectivamente a função sexual feminina a partir do primeiro trimestre da gravidez após 6 meses do pós-parto através da imagem corporal e sintomas pélvicos.	Estudo de coorte prospectivo com 63 mulheres grávidas	Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) Fecal Incontinence Quality of life Scale (FIQOL)	(IIQ-7) Qualidade de Vida Específica (FIQOL) Qualidade de Vida Específica	USA Inglês
25	Pauls <i>et al.</i> , (2008)	MEDLINE International Urogynecology Journal	Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study	Avaliar prospectivamente os efeitos da gravidez e do parto pélvica relacionada com a qualidade de vida, dos sintomas e do impacto resultante sobre imagem corporal.	Estudo de coorte prospectivo com 107 mulheres grávidas	Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) Fecal Incontinence Quality of life Scale (FIQOL)	(IIQ-7) Qualidade de Vida Específica (FIQOL) Qualidade de Vida Específica	USA Inglês e Espanhol
26	Setse <i>et al.</i> , (2009)	PUBMED Maternal and Child Health Journal	Longitudinal Study of Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life During Pregnancy and After Delivery: The Health Status in Pregnancy (HIP) Study	(1) Estimar a prevalência de sintomatologia depressiva durante a gravidez e o puerpério e (2) estimar o efeito independente de sintomatologia depressiva na QV durante a gravidez e após o parto (dentro de 3 dias após o parto), através de uma abordagem longitudinal.	Estudo de coorte quantitativo, longitudinal, prospectivo de 200 mulheres que receberam assistência pré-natal	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	USA Inglês
27	Symon, McGreavey e Picken (2003)	PUBMED An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index	Determinar a validade, tanto no puerpério (em seis a oito semanas) e, mais tarde, no primeiro ano após o parto (seis a oito meses)	Estudo Transversal com 102 mulheres	Mother Generated Index (MGI)	(MGI) Qualidade de Vida Específica	ESCOCIA Inglês
28	Symon, MacKay e Ruta (2003)	PUBMED BIRTH Journal of Advanced Nursing	Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index	Comparar os aspectos de suas vidas nomeados por mulheres com baixa e alta qualidade de vida, pontuação (índice primário), e examinar a respectiva importância dessas áreas.	Estudo exploratório descritivo com 103 mulheres	Mother Generated Index (MGI) Short-Form health survey (SF-12)	(MGI) Qualidade de Vida Específica (SF-12) Qualidade de Vida Genérica	ESCOCIA Inglês
29	Symon, McDonald e Ruta (2002)	PUBMED BIRTH	Postnatal Quality of Life Assessment: Introducing the Mother-Generated Index	Avaliar a qualidade de vida da mulher e identificar aqueles aspectos que são de maior preocupação para ela	Estudo piloto Exploratório de desenvolvimento de nova escala com 103 mulheres	Mother Generated Index (MGI) Short-Form health survey (SF-12)	(MGI) Qualidade de Vida Específica (SF-12) Qualidade de Vida Genérica	ESCOCIA Inglês
30	Torkan <i>et al.</i> , (2009)	PUBMED BioMed Central Pregnancy and Childbirth	Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section	Comparar a qualidade de vida em mulheres após o parto normal e cesariana.	Estudo prospectivo com 100 mulheres	Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)	(SF-36) Qualidade de Vida Genérica	IRÃ Inglês

31	Valeton e Do Amaral (2011)	MEDLINE International Urogynecological J.	Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study	Avaliar a prevalência da incontinência urinária, e do assoalho pélvico, bem como a qualidade de vida durante a gravidez e no pós-parto.	Estudo longitudinal com 343 grávidas no terceiro trimestre.	King's Health Questionnaire (KHQ)	(KHQ) Qualidade de Vida Específica	BRASIL Inglês e Português
32	Wang, Liou e Cheng (2013)	MEDLINE BioMed Central	Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study	Medir os níveis de QV durante e imediatamente após a gravidez em mulheres com gestações complicadas. Investigar as relações entre as dimensões da QV, e determinar se a QV pré-natal pode prever o parto prematuro e baixo peso ao nascer	Estudo longitudinal prospectivo com 198 mulheres desde a gravidez até o período pós-parto	Duke Health Profile (DUKE)	(DUKE) Qualidade de Vida Genérica	TAIWAN Inglês
33	Webster <i>et al.</i> , (2011)	PUBMED Midwifery	Quality of life and depression following childbirth: impact of social support	Avaliar o impacto do apoio social sobre depressão pós-parto e saúde relacionada com qualidade de vida.	Estudo de coorte prospectivo 320 mulheres	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica	AUSTRALIA Inglês
34	Webster <i>et al.</i> , (2010)	MEDLINE The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology	Validation of the WHOQOL-BREF among women following childbirth	Avaliar as propriedades psicométricas de 26 itens WHOQOL -BREF (versão curta de avaliação da World Health Organization Quality of Life) entre mulheres após o parto.	Estudo de coorte prospectivo com 222 mulheres	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica	AUSTRALIA Inglês
35	Yonkers <i>et al.</i> , (2001)	PUBMED American Journal of Psychiatry	Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System	Determinar se os fatores de risco e a taxa de transtorno depressivo é maior após o parto.	Estudo de análise de regressão logística 802 puérperas	Quality of Life in Depression Scale (QLDS)	QLDS Qualidade de Vida Específica	USA Inglês e Espanhol
36	Zhou, Wang e Wang (2009)	MEDLINE Quality of Life Research	Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China	Projetar um instrumento para medir a qualidade de vida (QV) de mulheres pós-parto na China 0-12 meses após o parto.	Procedimento padronizado com 101 participantes	Quality of life of postpartum women (PQOL)	(PQOL) Qualidade de Vida Específica	CHINA Inglês
37	Zubaran e Foresti (2011)	MEDLINE Women and Birth	Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period	Avaliar a qualidade de vida de uma amostra de mães no Sul do Brasil, a fim de investigar a associação entre a depressão pós-parto e qualidade de vida	Estudo transversal com 101 mulheres	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF) Multicultural Quality of Life Index (MQLI)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica (MQLI) Qualidade de Vida Específica	BRASIL Inglês e Português
38	Zubaran (2011)	PUBMED BREASTFEEDING MEDICINE	The Correlation Between Breastfeeding and Maternal Quality of Life in Southern Brazil	Examinar a relação entre a eficácia da amamentação e da qualidade de vida no sul do Brasil.	Estudo transversal com 89 mães lactantes	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF) Multicultural Quality of Life Index (MQLI)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica (MQLI) Qualidade de Vida Específica	BRASIL Inglês e Português

39	Zubaran <i>et al.</i> , (2009)	MEDLINE CLINICAL SCIENCE	An assessment of maternal quality of life in the post partum period in southern Brazil: A comparison of two questionnaires	Avaliar a qualidade de vida maternal, durante o período pós-parto e comparar o desempenho dos dois questionários de qualidade de vida em mulheres do sul do Brasil	Estudo transversal com 101 mulheres	World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-BREF) Multicultural Quality of Life Index (MQLI)	(WHOQOL-BREF) Qualidade de Vida Genérica (MQLI) Qualidade de Vida Especifica	BRASIL Inglês e Português
----	-----------------------------------	--------------------------------	--	--	-------------------------------------	---	--	------------------------------

Dos 39 trabalhos que foram examinados nas diferentes bases de dados, encontrou-se uma variedade de instrumentos entre genéricos e específicos, mas o foco foi encontrar os instrumentos utilizados em relação à qualidade de vida no período puerperal.

Como resultado final pôde se constatar 18 diferentes instrumentos. Dentre os quais, destacam-se os seguintes:

1. The Duke Health Profile (DUKE)
2. The Euro QoL 5D (ED5D)
3. The Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQOL)
4. The Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7)
5. The King's Health Questionnaire (KHQ)
6. The Maternal Postpartum Quality of Life (MAPP-QOL)
7. The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)
8. The Mother Generated-Index (MGI)
9. The Multicultural Quality of Life Index (MQLI)
10. The Nottingham Health Profile (NHP)
11. The Quality of Life in Depression Scale (QLDS)
12. The Quality of Life (QLI)
13. The Quality of Life of Postpartum women (PQOL)
14. The Quality of Life Scale version Turkish (QoLS)
15. The Rural Postpartum Quality of Life (RPQoL)
16. The Short-Form Health survey (SF-12)
17. The Survey of Neonates in Pomerania (SNiP)
18. The World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-Bref)

Dentre os instrumentos genéricos e específicos para mulheres no período puerperal, se observam instrumentos específicos relacionados a alguma condição física ou psíquica que pode interferir na saúde da mulher nesse período.

Assim, estes instrumentos identificados foram agrupados em quatro grupos: 1) instrumentos gerais objetivos, 2) instrumentos gerais subjetivos, 3) instrumentos específicos sobre qualidade de vida no ciclo gravídico puerperal e 4) instrumentos

específicos sobre qualidade de vida em associação com alguma alteração específica, como depressão ou disfunção do assoalho pélvico.

Grupo 1. Instrumentos gerais objetivos

Classificou-se como instrumentos gerais objetivos, aqueles que não foram construídos para avaliar a qualidade de vida especificamente da mulher no ciclo gravídico puerperal e que são aplicados na população em geral, mas nos estudos avaliados foram utilizados em puérperas. Neste primeiro grupo apresenta-se os seis primeiros instrumentos com as seguintes características:

The Duke Health Profile (DUKE) é um instrumento genérico de 17 itens, derivado do Duke-UNC, Health Profile Instrument de 63 itens. Contém seis medidas de saúde (física, mental, social, geral, saúde percebida e autoestima) e quatro medidas de disfunção (ansiedade, depressão, dor e invalidez). As pontuações em todas as subescalas do Duke são convertidas para faixa de 0 a 100, os escores mais altos indicam uma melhor saúde. O DUKE é usado como uma breve técnica para medir a saúde como um resultado da intervenção médica e promoção da saúde. Neste estudo foi utilizado para medir a qualidade de vida em mulheres no ciclo gravídico-puerperal (PARKERSON; BROADHEAD; TSE, 1990).

O primeiro artigo (WANG; LIOU; CHENG, 2013), utilizou o DUKE, para demonstrar que as mulheres grávidas não perceberam que tinham um alto nível de qualidade de vida, enquanto as grávidas no final da gestação experimentaram uma diminuição significativa no seu nível de saúde física e geral; após o parto, embora as mães tivessem melhor saúde física, tinham pior saúde social. A qualidade de vida ruim no final da gravidez foi preditora do nascimento prematuro.

The Euro QoL 5D (EQ-5D) é um instrumento genérico para medir a qualidade de vida que pode ser utilizado em indivíduos relativamente saudáveis (população geral) e em grupos de doentes com diversas patologias. Com este instrumento o indivíduo avalia seu próprio estado de saúde, primeiro em níveis de gravidade por tamanho (sistema descritivo) e, em seguida, em uma Escala Visual Analógica (EVA) de avaliação mais geral. Um terceiro elemento do EQ-5D é o índice de valores sociais, obtidos para cada estado de saúde gerado pelo instrumento. O sistema descritivo contém

cinco dimensões da saúde: mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor / desconforto e ansiedade / depressão (RABIN; DE CHARRO, 2001).

Este instrumento foi utilizado por dois artigos: no *artigo um* os pesquisadores utilizaram uma combinação de diferentes instrumentos. O estudo mostrou que as mulheres relataram uma qualidade de vida um pouco maior, utilizando o EQ-5D, em comparação com mulheres de um estudo de tratamento (GUTKE *et al.*, 2011). Isso poderia ser explicado pelo fato de que as mulheres que tiveram toda a gama de problemas de dor lombo pélvicas foram incluídas neste estudo, ao passo que o estudo de Bastiaenen *et al.*, 2008 incluiu apenas as mulheres com problemas graves com necessidade de tratamento. No *artigo dois* (JANSEN *et al.*, 2007), também utilizaram uma combinação de vários instrumentos. Neste artigo, os pesquisadores descobriram que as pacientes após o parto normal tiveram maior média de escores de qualidade de vida relacionada com a saúde física do que as cesarianas, enquanto a qualidade de vida média relacionada com a saúde mental foi similar entre as de parto vaginal eletivo e as de cesárea de emergência. Foram observadas diferenças importantes na pontuação de fadiga e qualidade de vida relacionada à sua saúde entre os três modos de parto.

The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36) é um instrumento genérico utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde, amplamente utilizado em populações específicas com estados de doença (WARE; SHERBOURNE, 1992; HUANG; WU; FRANGAKIS, 2006). Composta por 36 itens, agrupados em oito domínios seguintes: funcionamento físico (10 itens); limitações da função devido a problemas de saúde física (4 itens); dor corporal (2 itens); percepção sobre a saúde geral (5 itens); vitalidade, energia ou fadiga (4 itens); funcionamento social (2 itens); limitações da função devido a problemas emocionais (3 itens); e saúde mental geral (5 itens). A pontuação em cada escala varia de 0 a 100, uma pontuação maior indica um melhor funcionamento na saúde. Foi encontrada a versão Taiwanesa que demonstrou boa confiabilidade e validade em amostras de adultos saudáveis utilizando no estudo um e dois (TSENG; LU; TSAI, 2003 a-b).

Este instrumento foi utilizado em 10 artigos citados a seguir: o *artigo um* mediu a relação entre qualidade de vida e os diferentes padrões do uso do Sheng-Hua-Tang (fórmula de ervas chinesa que estimula a circulação sanguínea) (CHANG *et al.*, 2010a). O resultado teve um efeito positivo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde das

mulheres, especialmente em termos de limitações de função devido à saúde física e problemas emocionais. O *artigo dois* (CHANG *et al.*, 2010b), utilizou o SF-36 para medir a qualidade de vida relacionada à saúde das mulheres no período puerperal, associando com o consumo de bebidas alcoólicas do marido. Este estudo mostrou evidências que sustentam associação negativa entre o consumo de álcool dos maridos e a saúde das esposas, especialmente para a saúde mental. No *artigo três*, as mães relatam um baixo nível de preocupação, e este era só um preditor significativo para sua qualidade de vida (COYLE, 2011). O problema de saúde das mães foi demonstrado principalmente nos componentes de saúde mental e qualidade de vida. O efeito do apoio social foi mínimo e limitado ao domínio da saúde mental.

O *artigo quarto*, avaliou a qualidade de vida relacionada à saúde entre as mulheres com depressão pós-parto, e examinou a associação entre a gravidade dos sintomas depressivos e o nível de comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde física e mental (DA COSTA *et al.*, 2006). O estudo mostrou deficiências significativas na qualidade de vida das mulheres deprimidas no período puerperal. Descobriu que as puérperas deprimidas mostraram pior funcionamento nas oito dimensões do SF-36. O *artigo cinco*, mostrou que a gravidez está associada a uma má percepção de problemas de saúde geral em mulheres com Diabetes Mellitus tipo 1 e Diabetes Mellitus Gestacional (DALFRA *et al.*, 2011). Após o parto, os sintomas depressivos foram significativamente piores nos dois grupos. O domínio físico e bem-estar psicológico foram piores em mulheres com DM1. O *artigo seis* (DE TYCHEY *et al.*, 2008), mostrou que a depressão puerperal influencia negativamente em todas as dimensões da qualidade de vida, como também o sexo do bebê (menino) reduz significativamente a qualidade de vida, independentemente do estado depressivo. Existe assim, uma relação entre o sexo do bebê e a depressão pós-parto. O *artigo sete*, mostrou que as mulheres que tiveram pré-eclâmpsia grave tinham uma saúde relacionada com a sua qualidade de vida no pós-parto inferior àquelas que tiveram pré-eclâmpsia leve (HOEDJES *et al.* 2011). As com pré-eclâmpsia grave tinham uma qualidade de vida no domínio da saúde mental menor em 12 semanas pós-parto. O *artigo oito*, foi utilizado junto ao instrumento *Euro QoL 5D (EQ-5D)* acima mencionado e explicado, no segundo estudo do grupo do *EQ-5D* (JANSEN *et al.*, 2007). O *artigo nove*, mostrou a porcentagem de mulheres com sintomas depressivos 15%, 14% e 30% no primeiro, segundo e terceiro trimestres, e de 9% após o parto (SETSE *et al.*, 2009). As alterações

na sintomatologia depressiva tiveram um efeito substancial sobre o funcionamento da qualidade de vida durante a gravidez e após o parto. O *artigo dez*, embora não mostrasse um benefício claro em favor dos partos normais ou cesarianas, os resultados sugerem que o parto normal pode levar uma melhor qualidade de vida, especialmente no resultado de uma saúde física superior (TORKAN *et al.*, 2009).

The Quality of Life Scale version Turkish (QoLS), foi desenvolvido com base na Escala Original da Qualidade de Vida de Flanagan (BURCKHARDT; ARCHENHOLTZ; BJELLE, 2002; BURCKHARDT; ANDERSON, 2003; BURCKHARDT *et al.*, 2003), e foi testada a sua validade e confiabilidade (ERCI, 2005), e utilizado para medir a qualidade de vida materna. O QoLS é uma escala de Likert de 7 pontos que consiste em 16 questões. As pontuações variam de 16 a 112. A avaliação é feita com base nos escores totais; quanto maior a pontuação, melhor é a qualidade de vida. Esta escala tem sido aceita como uma ferramenta adequada de medida a ser utilizada na avaliação das características dos indivíduos saudáveis na Turquia.

O artigo estudado que utilizou o QoLS, observou que ter a idade superior a 35 anos, ter um cônjuge com um baixo nível de educação, ter uma renda baixa, ter um grande numero de crianças, não tendo o apoio social do cônjuge ou outros membros da família e não ter tempo para descansar ou dormir, estavam relacionados diretamente com a baixa qualidade de vida das mulheres puérperas (AKYN *et al.*, 2009).

The Short-Form Health survey (SF-12) é uma versão mais curta do SF-36 que utiliza apenas 12 perguntas para medir a saúde funcional e bem-estar do ponto de vista do paciente. O SF-12 é uma medida prática confiável e válida de saúde física e mental e é particularmente útil em grandes levantamentos de dados de saúde da população ou para aplicações que combinam um inquérito de saúde genérica e específica para a doença. É uma escala de 0 a 100 itens, os escores mais elevados indicam melhor qualidade de vida. Está disponível em vários idiomas e abrange os mesmos oito domínios de saúde que o SF-36 com uma ou duas perguntas por domínio (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996).

Os artigos que utilizaram o SF-12 foram quatro. O *artigo um*, mostrou que a depressão pós-parto e a qualidade de vida materna estão associadas a uma pior saúde infantil (DARCY *et al.*, 2011). Os dados revelam claramente que uma grande proporção

de mães que trabalham experimentam sintomas elevados de depressão, e os sintomas depressivos no pós-parto prevêm a qualidade de vida mais pobre da criança. O *artigo dois*, mostra que tanto a incontinência fecal como sintomas de incontinência urinária foram associados com a diminuição da avaliação de saúde geral (HANDA *et al.*, 2007), bem como um impacto negativo substancial sobre outras dimensões da qualidade de vida. A incontinência fecal e a incontinência urinária, juntas têm um impacto maior que qualquer condição só. Os *artigos três* (SYMON; McDONALD; RUTA, 2002) e *quatro* (SYMON *et al.*, 2012), utilizaram o SF-12 para validar e testar o The Mother Generated Index (MGI) apresentado e descrito no terceiro e quinto estudo do grupo do MGI.

The World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-Bref), versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, é um instrumento que contém 26 questões. As duas primeiras questões do WHOQOL-bref avaliam a qualidade de vida geral e, calculadas em conjunto, geram um escore independente dos domínios. A primeira refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões se referem aos quatro domínios: Físico (7), Psicológico (6), Relações Social (3) e Meio Ambiente (8). As respostas de cada questão obedecem a uma escala tipo Likert com cinco alternativas, em escalas de avaliação (muito insatisfeita a muito satisfeita; muito ruim a muito boa), de intensidade (nada a extremamente) e de frequência (nunca a sempre) Os escores para cada domínio são escalados em uma direção positiva e os escores brutos são convertidos em notas de 0 a 100; escores mais altos indicam melhor qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2000).

Este instrumento foi utilizado por oito artigos nesta revisão. O *artigo um*, constatou a importância do planejamento de uma assistência de enfermagem acerca da amamentação desde o pré-natal, que incentive principalmente a participação do companheiro no cuidado com a criança e promova o preparo da família para apoiar a nutriz, o que certamente levará a uma melhor percepção acerca de sua qualidade de vida (ARAGAKI; SILVA, 2011). O *artigo dois*, utilizou o WHOQOL-bref para comparar e avaliar as características psicométricas do Nottingham Health Profile (NHP) citado no estudo do NHP (BAGHIRZADA; DOWNEY; MACARTHUR, 2013). O *artigo três* utilizou o WHOQOL-bref num estudo prospectivo, longitudinal realizado em três avaliações (MAUTNER *et al.*, 2009). Mulheres do grupo pré-termo tiveram escores de depressão mais elevados e menores escores de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

(QVRS) no domínio físico durante a gravidez que aquelas sem complicações. QVRS física e global melhorou e os sintomas depressivos diminuíram significativamente desde o final da gravidez e no pós-parto imediato até pós-parto tardio. O *artigo quatro* (WEBSTER *et al.*, 2011), concluiu que as mulheres com baixo apoio social são mais propensas a depressão pós-parto e menor qualidade de vida do que as mulheres bem suportadas. No *artigo cinco* (WEBSTER *et al.*, 2010), o WHOQOL-bref foi um instrumento bem aceito e válido na população australiana, que pode ser utilizado em ambientes clínicos pós-natal ou para avaliar os efeitos de intervenção em estudos de investigação. No *artigo seis*, os pesquisadores verificaram que tanto o status socioeconómico como a qualidade de vida têm sido influenciados significativamente à sintomatologia depressiva e fenómenos correlacionados (ZUBARAN, 2011). O nível socioeconómico das participantes só foi significativamente correlacionado com os escores gerados pelo WHOQOL-Bref. O *artigo sete*, indica que a eficácia da amamentação é significativamente relacionada com a qualidade de vida entre as mães (ZUBARAN; FORESTI, 2011). A associação entre a qualidade de vida e a eficácia da amamentação parece ser independente da condição socioeconómica. O *artigo oito* (ZUBARAN *et al.*, 2009), mostra que o WHOQOL-bref pode ser mais sensível que o MQLI na detecção do impacto do estado socioeconómico na qualidade de vida de mulheres pós-parto. A amostra de puérperas avaliadas neste estudo apresentou escores de qualidade de vida favoráveis de acordo com ambos os instrumentos.

Grupo 2. Instrumento geral subjetivo

Classificam-se como instrumentos gerais subjetivos, aqueles que podem ser aplicados na população em geral e que medem o ponto de vista do público alvo sobre a qualidade de vida. Este tipo de instrumento propõe avaliar o estado de saúde em geral, mas não especificamente da mulher no ciclo gravídico puerperal, e que no estudo analisado foi utilizado em puérperas. Nesta categoria encontrou-se apenas um instrumento que visa avaliar as características descritas:

The Nottingham Health Profile (NHP) foi criado na década de 1980, como uma medida do funcionamento da saúde e a necessidade de cuidados de saúde. É um questionário genérico autoadministrado que tem dois componentes: a primeira parte é composta por 38 declarações distribuídas em seis dimensões: mobilidade física, dor, sono, reações emocionais, isolamento social e energia; a segunda parte, composta de

sete declarações, descreve a desvantagem dos problemas de saúde (neste caso, a dor pós-parto) na ocupação, o emprego da vida diária, a vida social e sexual, passatempos e feriados. Sim / Não são respostas usadas por todas as partes, tornando este questionário relativamente fácil de administrar. Um sistema de pontuação ponderada para cada questão é utilizado para calcular pontuação para cada dimensão, que vão de 0-100 (escores mais altos indicam uma menor qualidade de vida) (HUNT *et al.*, 1980; HUNT *et al.*, 1981).

O artigo analisado, utilizou o instrumento NHP, para ser comparado com o WHOQOL-Bref. Ele mostra que o NHP é uma avaliação possível da qualidade de vida no pós-parto, com validade e confiabilidade aceitável (BAGHIRZADA; DOWNEY; MACARTHUR, 2013). Ele também mostra que pode ser utilizado na prática clínica, bem como em situações de pesquisa para avaliar a eficácia das intervenções.

Grupo 3. Instrumentos específicos sobre qualidade de vida no ciclo gravídico puerperal

Neste grupo encontram-se aqueles instrumentos que foram construídos para avaliar a qualidade de vida, especificamente no ciclo gravídico puerperal da mulher. Portanto, neste grupo foram identificados cinco instrumentos que estão relacionados diretamente com a mulher:

The Maternal Postpartum Quality of Life (MAPP-QOL) é um instrumento autoadministrado e projetado para medir a qualidade de vida materna no período puerperal precoce (HILL; ALDAG, 2007). Este instrumento tem cinco dimensões que compõem 40 itens: psicológico do bebê, socioeconômico, relacionamento com parceiro ou cônjuge, relacionamento de familiares ou amigos, saúde e funcionamento. A validade do conteúdo é suportada por itens baseando-se tanto em uma extensa revisão da literatura sobre questões relacionadas com a qualidade de vida da nova mãe. A consistência interna é apoiada por um Alfa de Cronbach coeficiente global de 0,96 variando 0,82 - 0,91 para cinco domínios/subescalas (FERRANS; POWERS, 1992).

O instrumento avaliado examinou a qualidade de vida no período puerperal de mães com prematuros extremos (HILL; ALDAG, 2007). Este estudo mostrou que as puérperas tiveram maiores alterações psicológicas em comparação com mães de prematuros e de nascidos a termo.

The Mother Generated-Index (MGI) é um instrumento subjetivo e específico baseado no Patient-Generated Index (PGI) (RUTA *et al.*, 1994). Foi desenvolvido e validado para avaliar a qualidade de vida de mulheres no ciclo gravídico puerperal (SYMON; Mc GREEVEY; PICKEN, 2003). É um índice aberto que permite uma maior aproximação com a puérpera e a sua qualidade de vida é investigada a partir de um olhar da entrevistada. O MGI está disposto em uma única folha e subdividido em três etapas que permitem identificar com precisão até oito áreas da vida no período puerperal que estão mais afetadas como positivo, negativo ou ambos / nenhum (Passo 1). A mulher atribui a cada área uma pontuação de 0 - 10 de acordo como ela se sente (Passo 2), e por último ela aloca 20 pontos entre as áreas, com mais pontos para as áreas que considerar mais importante para ela (Passo 3). A distribuição dos pontos informa ao profissional de saúde a perspectiva da mulher sobre os fatores que influenciam na sua qualidade de vida (SYMON, 2003).

Este instrumento foi analisado por cinco trabalhos. O *artigo um*, validou o MGI para ser usado no Irã (KHABIRI *et al.*, 2013). A validade do critério foi examinada utilizando o Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey (SF-36). A versão Iraniana do MGI teve bom desempenho, os dados mostram que é uma medida válida para avaliar a qualidade de vida entre as mulheres puérperas desse país. O *artigo dois* verificou a utilidade do MGI para avaliar a qualidade de vida de mulheres no período puerperal da Índia (NAGPAL *et al.*, 2008). O estudo documenta que o MGI, com suas vantagens inerentes, é uma potencial ferramenta, útil para avaliação da qualidade de vida das mulheres puérperas desse país. No *artigo três* (SYMON; Mc DONALD; RUTA, 2002), o MGI deu um índice primário (qualidade de vida) e um índice secundário, que identifica as áreas consideradas mais importantes pela mãe. A partir deste estudo piloto o índice primário parece ser um passo útil para avaliar a qualidade de vida das mães. Ele identifica as áreas de sua vida mais importantes para ela, e lhe permite indicar onde ela gostaria de ver melhorias. No *artigo quatro*, os pesquisadores avaliaram o MGI em mulheres puérperas de Tayside, na Escócia (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003). O índice mostrou boa correlação com as medidas estabelecidas de bem-estar físico e psicológico, e as atitudes foram rastreadas com precisão em relação ao bebê e o parceiro. O *artigo quinto* é um estudo piloto que compara os aspectos de suas vidas nomeados por mulheres com baixa e alta qualidade de vida (índice primário), e examina a respectiva importância dessas áreas (HILL;

ALDAG, 2007). Nesse estudo foi relatada uma grande variedade de aspectos da qualidade de vida, incluindo as preocupações emocionais, sociais e financeiras.

The Quality of Life of Postpartum women (PQOL) é um instrumento de 40 itens que foi baseado em um procedimento padrão para o desenvolvimento de uma ferramenta sobre qualidade de vida específica. A validade do conteúdo do PQOL é assegurada pela utilização de uma coleção ampla de questões sobre qualidade de vida puerperal. Os domínios utilizados são quatro: cuidados da criança (oito itens), função física (12 itens), função psicológica (oito itens), e apoio social (12 itens). A validade e confiabilidade ainda precisam ser estabelecidas no futuro (DE VELLIS, 2003).

No estudo analisado, os pesquisadores deram um grande passo no desenvolvimento de um questionário sobre qualidade de vida para mulheres chinesas no seu período puerperal (ZHOU; WANG; WANG, 2009). E recomendaram que este questionário devesse passar por uma fase de tradução e validação transcultural, porque ele poderia ser usado com grande efeito em outros países, especialmente outras culturas do leste asiático.

The Rural Postpartum Quality of Life (RPQoL) foi preparado em base a um procedimento padronizado incluindo as seguintes atividades: (1) desenvolvimento conjunto de itens por meio de entrevista em profundidade e discussão de grupo focal de mulheres no período pós-parto e membros da família, painel de especialistas, observação dos participante e revisão da literatura, (2) modificação dos itens por especialistas e mulheres no pós-parto, e (3) a seleção dos itens usando vários métodos, incluindo: consulta a um especialista, o alfa de Cronbach, coeficiente de correlação e análise fatorial. A escala final é uma escala de Likert de 10 pontos composta por 20 perguntas dos 25 itens originais, cobrindo ajustes fisiológicos, psíquicos e sociais (HUANG *et al.*, 2011).

O artigo estudado, avalia a qualidade de vida pós-natal de seis dimensões: queixas físicas e dor, sono e energia, satisfação sexual, comunicação interpessoal, auto-avaliada estresse de estar e satisfação com a vida percebida (HUANG *et al.*, 2011). Nos resultados nenhuma das seis dimensões, nem a pontuação total da qualidade de vida mostrou uma diferença significativa entre as mulheres com parto normal e cesareanas. Ademais verificou que as visitas domiciliares pós-natais são relacionadas com boa qualidade de vida puerperal. O menor nível de educação do marido e o sexo masculino

do bebê foram associados com má qualidade de vida. Os resultados mostraram que o tipo de parto não afetou a qualidade de vida no pós-parto na China rural.

The Survey of Neonates in Pomerania (SNiP) é um instrumento realizado pelo Departamento de Pediatria, em colaboração com a rede de investigação de Medicina Comunitária da Universidade de Greifswald – Alemanha é um compilado de um registro de todas as mães puérperas que habitavam na área pesquisada (BEYERSDORFF *et al.*, 2008). O SNiP é um questionário padronizado, usado para obter informações sobre questões relativas à qualidade de vida e condições de vida das mães.

O estudo analisado contém uma análise dos dados sobre qualidade de vida no momento do interrogatório e as suas expectativas quanto às alterações após o parto. A maioria das mulheres declarou sua própria qualidade de vida como positiva, nenhuma tinha expectativa séria. Emprego, finanças e relações sociais, foram fatores com forte relação com a avaliação destas mães (BEYERSDORFF *et al.*, 2008).

Grupo 4. Instrumentos específicos sobre qualidade de vida de puérperas em associação às alterações físicas ou emocionais

Nesta categoria, foram identificados instrumentos de condições específicas, construídos para avaliar exclusivamente a qualidade de vida em associação com alguma alteração específica como sintomas depressivos, bem-estar físico, emocional, satisfação com a vida e disfunções do assoalho pélvico das mulheres no período puerperal. Neste grupo apresentam-se os últimos seis instrumentos:

The Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQOL) é um questionário de 29 itens que avalia os domínios relacionados à qualidade de vida com a incontinência fecal. Neste instrumento são medidas quatro áreas: estilo de vida, enfrentamento / comportamento, depressão / autopercepção, e constrangimento. As pontuações mais baixas indicam um status inferior funcional da qualidade de vida (pontuação máxima, 5 por escala) (ROCKWOOD *et al.*, 2000).

Os autores do *artigo um* identificaram 10 mulheres que sofriam de flatos e/ou incontinência fecal, relacionado a um ou mais partos vaginais anteriores (COCKELL *et al.*, 2003). Os pesquisadores utilizaram o FIQoL para avaliar se a escala tinha capturado

suas experiências. Também utilizaram análise qualitativa para gerar temas das entrevistas e modificar a escala existente, adicionando novos itens e temas para capturar experiência de sintomas em particular dessa população. O *artigo dois* utilizou o FIQoL junto a outros instrumentos: The Urogenital Distress Inventory (UDI-6) and Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7). Este estudo mostra que no início da gravidez, a função sexual baixa foi associada com a imagem do corpo prejudicada, enquanto que no período pós-parto, sintomas urinários piores foram relacionados com o Female Sexual Function Index (FSFI) (PAULS; OCCHINO; DRYFHOUT, 2008). Verificou-se que a função sexual piora durante a gravidez e não é recuperado no pós-parto após seis meses. O *artigo três* é continuação do artigo dois. Este estudo mostrou que os sintomas urinários pioraram durante a gravidez, com melhora após o parto. No entanto, o impacto da qualidade de vida na incontinência fecal era estável (PAULS *et al.*, 2008).

The Urogenital Distress Inventory (UDI-6) and The Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) ambos os instrumentos em combinação são índices validados para avaliar a qualidade de vida de mulheres com impacto da incontinência urinária. Separados a UDI-6 avalia sintomas de angústia e IIQ-7 avalia o impacto de vida associado com a incontinência. Menores escores nessas escalas refletem menos sintomas. A pontuação máxima é 100 (AVERY *et al.*, 2007; SHUMAKER *et al.*, 1994).

Estes instrumentos foram utilizados por dois artigos: O *artigo um* (PAULS; OCCHINO; DRYFHOUT, 2008), e *dois* (PAULS *et al.*, 2008), foram descritos no estudo dois e três do grupo anterior The Fecal Incontinence Quality of Life Scale (FIQoL).

The King's Health Questionnaire (KHQ) é um instrumento autoadministrado de medida, baseada com preferência na condição específica de saúde; foi originalmente concebido para avaliar a qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária e sintomas do trato urinário inferior (UEBERSAX *et al.*, 1995). Consta com vinte e um itens, relacionados a oito dimensões da saúde: sintomas urinários da gravidez; limitações de funções; funcionamento físico; funcionamento social; problemas emocionais; relações pessoais; distúrbios do sono e saúde geral. Maiores pontuações indicam maior comprometimento na qualidade de vida.

Este instrumento foi utilizado por dois artigos: o *artigo um*, mostra uma associação entre episiotomia e uma baixa pontuação no uso do KHQ, mostrando que as mulheres que com episiotomia que apresentam sintomas do trato urinário inferior nos 12 meses com acompanhamento no pós-parto, tinham uma maior qualidade de vida (BERTOZZI *et al.* 2011). O *artigo dois* mostrou uma diminuição da incontinência urinária e pressão vaginal no pós-parto (VALETON; DO AMARAL, 2011). A incontinência urinária foi associada com a multiparidade. Resultados do KHQ indicam uma redução da qualidade de vida e sintomas nos domínios avaliados.

The Multicultural Quality of Life Index (MQLI) é um questionário autoadministrado, projetado para medir a qualidade de vida de acordo com 10 domínios que incluem: o bem-estar físico e emocional, autocuidado, funcionamento ocupacional e interpessoal, apoio comunitário e serviços, realização pessoal e espiritual, bem como uma percepção global da qualidade de vida. O sujeito em intervenção classifica cada domínio, circulando um número em uma linha de 10 pontos, a partir de 1 (ruim) a 10 (excelente). A principal pontuação do índice é a medida dos 10 itens (pontuação máxima média = 10). A versão em Português do MQLI foi testada em uma amostra mista de pacientes e profissionais de saúde no Brasil, examinando a relação entre a eficácia da amamentação e da qualidade de vida (KELLEHER *et al.*, 1997).

Este instrumento foi utilizado em três trabalhos: o *artigo um* (ZUBARAN, 2011), *dois* (ZUBARAN; FORESTI, 2011), e *três* (ZUBARAN *et al.*, 2009), foram utilizados em combinação com The World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref (WHOQOL-Bref), portanto foram descritos acima, nos artigos seis, sete e oito do grupo do WHOQOL-Bref.

The Quality of Life (QLI) é um questionário composto de quatro subescalas (MEZZICH; COHEN; RUIPEREZ, 1996). Cada subescala consiste em duas partes: uma de satisfação e uma secção de importância. O QLI contém 34 itens que medem a qualidade de vida de indivíduos saudáveis e doentes, e tem sido usado para prever a depressão (FERRANS, 1990). A subescala da família foi utilizada no estudo porque as outras subescalas tinham altas correlações significativas com a pontuação total do QLI (0,60-0,96) o que levaria a um problema de multicolinearidade (FERRANS; POWERS, 1985). Esta subescala da família aborda perguntas de satisfação e importância sobre o relacionamento da mãe com o cônjuge, companheiro e filhos.

No instrumento estudado as mulheres que expressaram depressão no pré-natal e eram mais propensas a sofrer de depressão no pós-parto (HUANG *et al.*, 2011). Outros preditores incluíram uma elevada necessidade de apoio pós-parto, características específicas da rede de apoio, aculturação e relações de má qualidade de vida dentro da família.

The Quality of Life in Depression Scale (QLDS) é um instrumento autoadministrado pelo paciente, específico da doença, que avalia o impacto que a depressão tem na qualidade de vida do paciente. QLDS é um questionário de 34 elementos (MARTINEZ-SCHALLMOSER, 1992), que consiste em perguntas de respostas dicotômicas, tendo resposta de pontuação tanto de Verdadeiro, Não Verdadeiro ou Sim/Não (DORAISWAMY *et al.*, 2002). Ele é marcado binomial (0-1), elevados escores indicam uma baixa qualidade de vida (BERLE; McKENNA, 2004). Desde o seu desenvolvimento, o QLDS foi adaptado e validado em 12 diferentes línguas, exceto o inglês no Reino Unido (CALLAGHAN *et al.*, 2011). Isto permitiu que pudesse ser utilizado em estudos clínicos e pesquisas em todo o mundo.

O estudo que utilizou o instrumento QLDS (YONKERS; RAMIN; RUSH, 2001), demonstrou que as taxas de depressão no período pós-parto entre latinas e afro-americanas são semelhantes às taxas epidemiológicas para mulheres caucasianas. As caucasianas apresentaram transtorno depressivo maior no período pós-parto e muitas mulheres afro-americanas e latinas começam antes do parto.

3.3 Justificativa e relevância do instrumento escolhido

Após examinar os diferentes artigos e instrumentos utilizados em diferentes países, optou-se por escolher o *The Mother Generated-Index (MGI)*, para traduzir, adaptar transculturalmente e validar para uso em espanhol no contexto da Bolívia.

O MGI, foi baseado num instrumento válido já existente o *The Patient-Generated Index (PGI)*, (RUTA *et al.*, 1994), foi aplicado em estudos que examinam os efeitos da dermatite e apneia do sono e foi recentemente adaptado para uso pela enfermagem (TORRES, 2010). Estas ferramentas tentam medir todos os aspectos da qualidade de vida que o paciente ou cliente (neste caso a mãe) percebe. Foi desenvolvido por pesquisadores do Reino Unido, mensura a experiência global das mães após o parto, ou sua qualidade de vida (SYMON; Mc DONALD; RUTA, 2002).

O MGI foi desenvolvido e validado para avaliar a qualidade de vida de mulheres no ciclo gravídico puerperal. É um índice subjetivo que permite uma maior aproximação com a mulher puérpera e a qualidade de vida é investigada a partir um olhar da entrevistada, desvelando características reais que circundam esse momento na vida da mulher, trazendo maior riqueza às informações.

As questões fechadas tendem a risco de deixar passar alguma informação importante. Deste modo, o índice aberto favorece uma melhor compreensão das áreas mais afetadas após o nascimento do bebê e que precisa de uma maior atenção em saúde, o que permite que as mulheres puérperas selecionem as questões de qualidade de vida que são mais importantes para elas.

O MGI original está disposto em uma única folha e subdividido em três etapas (ANEXO A).

No passo 1 - A mãe é solicitada a identificar as áreas de sua vida que foram influenciadas ou afetadas após o nascimento do bebê. A mulher ainda deve apontar se essas áreas foram positivas, negativas ou ambos/nenhum.

No passo 2 - A mãe atribui uma pontuação de cada área citada no passo 1, de zero (o pior que ela poderia sentir) a 10 (o melhor que ela poderia sentir), com base em como tinha sido afetada após o nascimento do bebê, e como elas se sentem a respeito desta questão em relação ao mês anterior. As áreas com baixa pontuação necessitam de uma maior atenção pelos profissionais de saúde, direcionando suas estratégias de atuação, com vistas à promoção da qualidade de vida da puérpera.

No passo 3 - A mãe devera distribuir 20 pontos, entre as áreas, de acordo com a importância na sua vida em relação à qualidade de vida. Esta etapa é útil para se avaliar a importância relativa de potencial melhoria das áreas escolhidas.

Assim, o MGI permite identificar com precisão as áreas da vida no período puerperal que estão mais afetadas, o que poderia passar despercebido pelos instrumentos de mensuração pré-formulados (SYMON; Mc DONALD; RUTA, 2002).

Num estudo de revisão sistemática, que analisou instrumentos de avaliação de qualidade de vida no parto e puerpério, verificou-se que o MGI foi o segundo

instrumento de avaliação de qualidade de vida mais utilizado para avaliar esse conceito entre puérperas (MOGOS, 2012).

O MGI já foi validado na Escócia (SYMON *et al.*, 2003b), Índia (NAGPAL *et al.*, 2008), e Irã (KHABIRI *et al.*, 2013). Ele também tem sido traduzido e validado na Polônia (NOWAKOWSKA-GLAB *et al.*, 2010), Portugal e China (SYMON *et al.*, 2012), no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2015), na Alemanha e Suíça (GRYLKA-BAESCHLIN *et al.*, 2015) e está atualmente em processo de validação em estudos nos Estados Unidos, República Checa e Grécia.

O MGI combina aspectos qualitativos e quantitativos, foi usada como um Resultado de Medida que uma Paciente Informa (*Patient-Reported Outcome Measure* [PROM]) em um estudo randomizado controlado (SYMON *et al.*, 2015).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

A presente tese trata-se de um estudo do tipo metodológico de tradução, adaptação transcultural e validação de instrumento (PASQUALI *et al.*, 2010; POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa metodológica investiga os métodos de obtenção, organização e análise de dados, com a finalidade de elaborar, validar e avaliar instrumentos de pesquisa, direcionada ao desenvolvimento de ferramentas específicas para a coleta de dados, questionários, escalas ou instrumentos psicométricos (POLIT; BECK, 2011).

As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados, tem levado ao crescente interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores (RIBEIRO, 2015).

As pesquisas metodológicas têm como meta a elaboração, a validação e a avaliação de instrumentos confiáveis, precisos, utilizáveis e que possam ser empregados por pesquisadores e outras pessoas. Este estudo cabe a qualquer disciplina científica, lidando com fenômenos complexos como o comportamento ou saúde dos indivíduos, tal qual ocorre nas pesquisas de enfermagem (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Etapas do estudo

4.2.1 Processo de tradução e adaptação do MGI

O primeiro aspecto importante a ser considerado, ao adaptar um instrumento, é a sua tradução do idioma de origem para o idioma alvo. Tal processo é complexo, exigindo uma série de cuidados, a fim de se obter uma versão final adequada para o novo contexto, mas também congruente com a versão original.

O processo de adaptação transcultural envolve a versão de um instrumento de avaliação que seja equivalente ao original, porém adaptada, em termos linguísticos e culturais, a um contexto diferente daquele ao qual foi originalmente desenvolvido. Portanto, a adaptação de instrumentos de avaliação permite que resultados obtidos por estudos realizados em diferentes culturas sejam comparados, subsidiando a troca de

informações com a comunidade científica internacional e reduzindo custos e tempo no processo (BEATON *et al.*, 2007).

Existem vários estudos que propõem diferentes métodos para o processo de tradução e adaptação transcultural que, em sua essência, assemelham-se. Beaton *et al.*, (2007), definiu que as etapas descritas abaixo são essenciais no processo de adaptação de instrumentos:

1. **Tradução Inicial:** recomenda-se uma tradução da escala original por um profissional bilíngue.
2. **Retradução:** Preconiza-se uma tradução de volta para o idioma original da escala com a finalidade de identificar as intercorrências ocorridas durante as traduções.
3. **Comitê de especialistas:** Nessa etapa, admite-se a formação de um comitê de especialistas habilitados que possuem a responsabilidade de unificar o que foi discutido nas etapas anteriores para formar a versão pré-final da escala.

Buscando alcançar o maior grau de equivalência semântica entre instrumentos aplicados em diferentes idiomas, a tradução e adaptação da versão original em inglês foram baseadas nas recomendações internacionais para o processo de adaptação de medidas em diferentes culturas. Utilizou-se como referencial metodológico para a apresentação e análise dos dados referentes ao presente estudo, as etapas descritas por Beaton *et al.*, (2007).

Segundo Beaton *et al.*, (2007), a escala em idioma original deve passar pelas seguintes etapas para ser considerada traduzida e adaptada transculturalmente: 1. Tradução Inicial; 2. Síntese das Traduções; 3. Tradução de volta ao idioma original (*back-translation*); 4. Revisão por um comitê de especialistas; 5. Pré-teste; 6. Apresentação à comissão de avaliação do processo de adaptação transcultural, conforme figura 1.

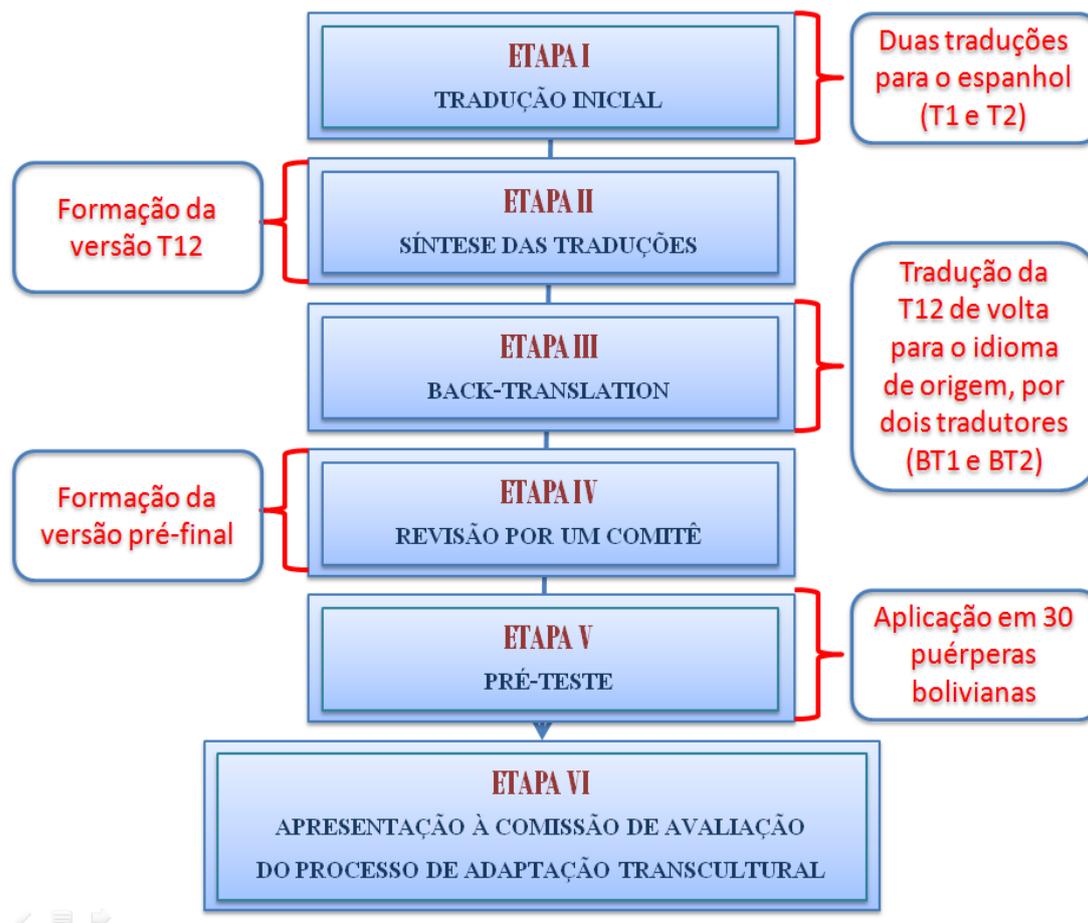


Figura 1- Representação gráfica do processo de tradução e adaptação transcultural recomendada por Beaton *et al.*, (2007).

Etapa I: Tradução Inicial

A primeira etapa na adaptação é a tradução do instrumento, que deve ser feita do instrumento original para a língua alvo. Este processo deve ser realizado por pelo menos dois tradutores bilíngues, cuja língua materna seja o idioma alvo que dominem bem o idioma original, estes deverão realizar duas traduções independentes para o Espanhol (BEATON *et al.*, 2007).

A tradução inicial do MGI, foi realizada por dois tradutores bilíngues com perfis diferentes. A primeira tradutora (T1), foi uma profissional da área da Saúde (Médica boliviana) com fluência em inglês que foi informada do objetivo da tradução. O segundo tradutor (T2), foi um profissional da área Ciências Jurídicas (Advogado boliviano) que não foi informado do objetivo da tradução, segundo recomendação de Beaton *et al.*, (2007).

Etapa II: Síntese das Traduções

Nessa etapa, as duas versões de cada tradutor (T1 e T2) foram sintetizadas por uma terceira pessoa e reunidas em um único instrumento final o (T-12). O autor do trabalho reuniu-se com uma doutora em Filologia Espanhola, professora e tradutora da língua Espanhola da Universidade Federal do Ceará (UFC). Esta pessoa com amplo conhecimento nos idiomas inglês e espanhol foi a mediadora da síntese e produção de um documento escrito do processo.

Portanto, para conclusão dessa etapa e com o intuito de minimizar as possibilidades de erros típicos da tradução e omissão ou acréscimo de palavras, que podem mudar o real significado das palavras, todos os problemas são resolvidos por consenso, para não comprometer os sentimentos de uma só pessoa.

Etapa III: Tradução de volta ao idioma original (Back-Translation)

Nesta fase, outros dois tradutores que desconheciam a versão original do índice, realizaram uma nova tradução para o idioma original (inglês), a partir da versão T-12 produzida na etapa anterior.

Este é um processo de verificação de validade que permite averiguar se a versão obtida reflete o mesmo conteúdo da versão original, revelando as inconsistências e os erros conceituais cometidos durante o processo de tradução inicial e síntese das traduções.

Tal como aconteceu com as duas traduções na etapa I, outros dois tradutores bilíngues (BT1 e BT2), com nacionalidade inglesa e com domínio na língua espanhola, participaram da etapa *back-translation*. O contato com os mesmos foi via correio eletrônico e os mesmos não tinham conhecimento do conteúdo original do MGI, nem dos conceitos explorados, como preconizado por Beaton *et al.*, (2007).

Etapa IV: Revisão por um comitê de especialistas

A seleção do comitê de juízes é uma etapa importante e determinante para obtenção da plena adaptação transcultural do índice. No presente estudo, o comitê foi composto por cinco juízes doutores, com amplo conhecimento da cultura boliviana e do idioma espanhol, que foram selecionados de acordo com os critérios de Fehring (1987).

Para Pasquali (1998), um número de seis juízes é recomendável para realizar esta tarefa, porém, optou-se por um número ímpar (cinco) com o intuito de evitar o empate de opiniões. Todos os juízes devem obter uma pontuação mínima de cinco pontos (Quadro 2).

Quadro 2 - Critérios para seleção dos juízes especialistas de conteúdo adaptados de Fehring (1987). Fortaleza – Ceará, 2015.

ESPECIALISTA	PONTUAÇÃO
Tese na temática Saúde da Mulher	2 pontos
Dissertação na temática Saúde da Mulher	2 pontos
Experiência prática na área de Saúde da Mulher	1 pontos
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática Saúde da Mulher	1 pontos
Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher	1 pontos
Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos	2 pontos

A etapa do comitê de especialistas aconteceu de forma presencial, em um grupo composto pelos juízes selecionados, pelo pesquisador e pelo autor da escala original MGI. A estratégia adotada foi considerada apropriada pelos juízes, além de ser marcado pela riqueza de experiências compartilhadas entre os participantes do grupo, sendo estes os encarregados da validação do MGI para uso no Brasil.

A análise do material pelo comitê de juízes teve duração de duas horas. O encontro foi realizado em uma sala do Departamento de Enfermagem da UFC, disponibilizada para este fim.

O papel do comitê especialista foi consolidar todas as versões e componentes do questionário, incluindo o instrumento original, instruções, documentação de pontuação, e todas as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1, BT2), e desenvolver a versão pré-final do questionário para testes de campo. O comitê teve a tarefa de rever todas as traduções e chegar a um consenso sobre qualquer discrepância encontrada.

Cada juiz recebeu um kit composto por: 1) Carta convite (APÊNDICE A); 2) Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B); 3) Instrumento do perfil dos juízes (APÊNDICE C); 4) Instrumento de avaliação de equivalências (APÊNDICE D); e todas as versões do índice T1 (APÊNDICE E); T2 (APÊNDICE F); T12 (APÊNDICE G); BT1 (APÊNDICE H); BT2 (APÊNDICE I); bem como o índice original (ANEXO A).

Os critérios avaliados pelo comitê de juízes foram: análise da equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual (GUILLEMIN, 1993).

Equivalência Semântica – Refere-se à equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário.

Equivalência Idiomática – Refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas que geralmente são difíceis de traduzir.

Equivalência Experiencial – Refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida diária da população a qual se destina o estudo, no entanto, muitas vezes, num país ou cultura diferente, uma determinada tarefa pode simplesmente não ser experienciada na cultura alvo (mesmo que seja traduzível).

Equivalência Conceitual – Refere-se a verificar se determinadas palavras ou expressões tem significado conceitual diferente entre culturas ou ainda se possuem a mesma importância em diferente cultura, apesar de se equivalerem semanticamente.

Ao final, após a aprovação da versão final pelos membros do comitê, o pesquisador acatou todas as considerações feitas pelos juízes e assim formou-se a versão pré-final.

Etapa V: Pré-Teste

A etapa final do processo de tradução e adaptação transcultural é o pré-teste. Este teste de campo do novo questionário da versão pré-final (APÊNDICE J), usou-se em pacientes do local alvo (puérperas bolivianas), com a finalidade de verificar a adaptação do índice traduzido. O pré-teste foi utilizado em uma população de 30 mulheres puérperas. Segundo recomendações de Beaton *et al.*, (2007).

A seleção das 30 puérperas desta etapa de pré-teste, foi ao azar, abordadas nos diferentes centros de saúde da cidade de Cobija – Bolívia, à qual elas faziam consultas de controles para seus bebês. Como critério de inclusão desta etapa foi: mães entre 30 e 45 dias após o parto e sem limite de idade, ademais sem intercorrências neste período. Critérios de exclusão: mães com limitações cognitivas e menores de idade sem consentimento dos pais ou tutores.

Foram selecionadas mães entre 30 e 45 dias após o parto, com o intuito de que nesse momento, as mulheres já tinham uma noção sobre a experiência vivida e as mudanças percebidas até então.

O novo instrumento versão boliviana, foi empregado de forma auto-aplicável, com a finalidade de conferir a compreensão das participantes, do índice traduzido. Mas verificaram-se na ocasião, que as puérperas tinham dificuldade em compreender as etapas do MGI, já que a maioria era de baixo grau educacional, demonstrando assim uma falta de interesse e atenção por parte das mulheres, além do fator de tempo, visto que o recém-nascido requeria uma maior atenção para amamentar. Portanto, optou-se por mudar a estratégia para serem aplicadas em forma de entrevista. Desse modo, a maioria das mulheres entrevistadas conseguiu terminar a entrevista com satisfação, ademais, relataram ter melhor compreensão em todas as assertivas, não sendo necessário, portanto, nenhuma modificação na versão pré-final (RIBEIRO, 2015).

Desse modo, o MGI – versão em espanhol foi utilizado em forma de entrevista, no contexto boliviano. Cada puérpera respondeu ao novo instrumento, sendo verificada a compreensão e as respostas escolhidas por parte do público alvo. Isto assegurou que a versão adaptada mantivesse a sua equivalência em uma situação de aplicação.

Em relação ao tempo de aplicação do índice, observou-se que variou entre 20 e 30 minutos, sendo apenas o passo 3 do instrumento, o de maior tempo necessário. Deste modo, as mulheres foram estimuladas a distribuir grãos de feijões nas áreas que considerassem mais importantes para sua qualidade de vida. Optou-se por utilizar os feijões por ter bons resultados no processo de validação do mesmo instrumento no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2015), o que favoreceu a redução no tempo de aplicação e melhor compreensão do índice, conforme a figura 2.

The figure displays a worksheet titled 'INDICE GENERADO POR LA MADRE' and 'EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA'. It is divided into three steps:

- Paso 1: Identificación de áreas**: Lists areas of life such as 'Hogar organizado y limpio', 'Espasa ejemplar', 'Hijos Valientes', 'Economía muy bien', 'Siente que agusto', 'Duerme mejor', 'Afecta un poco en trabajo', and 'Feliz por el bebé'. It includes instructions on how to identify positive or negative areas.
- Paso 2: Puntuación de cada área**: A scale from 'Peor' (1) to 'Mejor' (10) is shown. Circles are drawn on the scale to indicate the score for each area.
- Paso 3: Asignación de puntos**: Beans are placed on the scale to represent the scores. For example, 'Hogar organizado y limpio' has 10 beans, 'Espasa ejemplar' has 8, 'Hijos Valientes' has 7, 'Economía muy bien' has 6, 'Siente que agusto' has 5, 'Duerme mejor' has 4, 'Afecta un poco en trabajo' has 3, and 'Feliz por el bebé' has 2.

Figura 2 - Demonstração do preenchimento da etapa 3 do MGI, versão boliviana, com a utilização de feijões

Etapa VI: Apresentação da documentação para a comissão de avaliação do processo de adaptação

A fase final do processo de adaptação foi a apresentação de todos os formulários ao comitê de adaptação transcultural.

Esta comissão composto por diferentes profissionais no âmbito da saúde boliviana, entre eles: Representantes do *Servicio Departamental de Salud* (SEDES - PANDO); Diretor da área da saúde e Coordenadora do Programa de Enfermagem da *Universidad Amazonica de Pando* (UAP); Diretores dos diferentes Centros de Saude, ademais do *Hospital Roberto Galindo Teran* (HRGT) da cidade de Cobija – Pando – Bolivia.

A comissão verificou se os estágios recomendados foram seguidos, e se os relatórios refletiam bem esse processo. Com efeito, este foi um processo de auditoria para assegurar que todos os passos foram seguidos segundo os relatórios necessários escritos e apresentados.

Uma vez a avaliação concluída, o comitê aprovou a versão adaptada do índice, sendo esta autorizada e disponibilizada para uso por outras pessoas.

Todo este processo (Etapa I: Tradução inicial; Etapa II: Síntese das traduções; Etapa III: Tradução de volta ao idioma original (Back-Translation); Etapa IV: Revisão por um comitê de especialistas; Etapa V: Pré-Teste; e Etapa VI: apresentação da

documentação para a comissão coordenadora de avaliação do processo de adaptação foi realizado entre os meses de julho e outubro de 2014.

4.2.2 Processo de validação

Existem diversos modos para validar uma ferramenta que dependerá do construto a ser mensurado, bem como do próprio instrumento. Segundo Pasquali (2010), verifica-se a validade de um instrumento mediante a validade de conteúdo, a validade de critério e a validade do construto.

A validade de critério deixa de ser a técnica parceria de validação dos testes psicológicos em favor da validação de construto (PASQUALI, 2010).

A validade de construto é o esforço para testar hipóteses, em geral, relacionadas com a perspectiva teórica. Os construtos são aplicados em termos de conceitos abstratos. A validade de construto é um processo complexo que envolve estudos e abordagens, entre as quais, existem testagem de hipótese, fator analítico, convergente e divergente, e abordagens de grupos contrastados (POLIT; BECK, 2011).

No presente estudo, a validade de critério não foi realizada pela ausência de um instrumento padrão ouro para verificar a qualidade de vida em puérperas. Da mesma forma, a validade de construto não foi analisada, pois o instrumento não contém questões fechadas ou afirmações pré-concebidas, impossibilitando a verificação da análise fatorial.

De acordo com Polit e Beck (2011), quanto mais abstrato o conceito, mais difícil o estabelecimento da validade de construto e menos adequado é o uso da validade de critério. Assim, optou-se nessa pesquisa por utilizar a validação de aparência, a validação de conteúdo e a validação clínica.

A *validação de aparência* ou de face trata-se de uma forma subjetiva de validar um instrumento, consistindo no julgamento de um grupo de juízes, quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento, entretanto, não deve ser utilizada de forma isolada (WILLIAMSON, 1981).

A validação de aparência checa a compreensão da população alvo (puérperas) quanto ao instrumento. Indica se o instrumento parece estar medindo o construto

apropriado, especialmente de acordo com aqueles que vão utilizar o instrumento (POLIT; BECK, 2011).

Na *validação de conteúdo*, verificou-se se os conceitos estavam representados adequadamente e se conseguiram abordar todo o domínio do conteúdo o qual o instrumento se propõe por meio de juízes especialistas (FEHRING, 1987; POLIT; BECK, 2011).

Formou-se um comitê de cinco juízes especialistas, enfermeiras bolivianas com experiência em saúde materna, diferentes dos participantes da fase IV da tradução e adaptação transcultural, selecionadas de acordo com os critérios de Fehring (1987). Estas avaliaram o grau de relevância, usando uma escala que varia de 1 a 4 pontos (APÊNDICE N) (1 = não relevante, 2 = pouco relevante, 3 = bastante relevante e 4 = muito relevante). Tal escala serviu de base para o cálculo do Índice de Validade de conteúdo (IVC) ou *Content Validity Index* (CVI) em três abordagens: a) I-CVI (*Item-Level Content Validity Index*); b) S-CVI/Ave (*Scale-Level Content Validity Index, Average Calculation Method*); c) S-CVI/UA (*Scale-Level Content Validity Index*) (LINN, 1986).

A *validação clínico* consiste na aplicação do novo instrumento validados pelas enfermeiras especialistas no ambiente clínico. Assim a validação clinica é a aplicação do MGI versão boliviana nas 120 mulheres bolivianas selecionadas de acordo a critérios de inclusão.

Todo este processo de validação foi realizado entre os meses de novembro de 2014 e fevereiro de 2015.

População e amostra

A *população da fase de validação do conteúdo* (comissão de especialistas) foi composta por cinco enfermeiras bolivianas, com ampla experiência prática na área de Saúde da Mulher, e com amplo conhecimento nos dos idiomas Inglês e Português.

Ao igual que na etapa IV da tradução, foram selecionadas de acordo com os critérios de Fehring (1987). Optou-se por um numero impar (cinco) com o intuito de evitar o empate de opiniões.

As juízas bolivianas também receberam um kit composto por: 1) Carta convite (APÊNDICE K); 2) Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE L); 3) Instrumento do perfil dos juízes (APÊNDICE M); 5) Instrumento de avaliação de equivalências (APÊNDICE N); e todas as versões do índice T1 (APÊNDICE E); T2 (APÊNDICE F); T12 (APÊNDICE G); BT1 (APÊNDICE H); BT2 (APÊNDICE I); bem como o índice original (ANEXO A).

A amostra da fase de validação clínica do estudo foi calculada segundo o proposto por Kass e Tinley (1979) que recomendam um número de 5 a 10 participantes por variável. Deste modo, adotou-se as oito áreas mencionadas na etapa 1 do instrumento como variáveis, assim o estudo precisaria de um mínimo de 40 mulheres entrevistadas, entretanto a pesquisa foi composta por 120 mulheres, selecionadas aleatoriamente, o que equivale a uma proporção de 15 sujeitos por item, logo superando o número de participantes sugerido Kass e Tinley (1979) e garantindo maior rigor ao processo (RIBEIRO, 2013).

Na etapa de validação, os critérios de inclusão definiram-se: mães de recém-nascidos a termos, entre 30 e 45 dias de pós-parto e sem limite de idade, ademais sem intercorrências neste puerpério, com telefone e endereços nos prontuários. Os critérios de exclusão foram: mães com limitações cognitivas, idioma diferente ao espanhol e mães menores de idade sem consentimento dos pais ou tutores. Os critérios de descontinuidade foram: desistência de participar da pesquisa após início da coleta de dados e mudanças de números telefônicos ou endereços.

A seleção do período de 30 e 45 dias após o parto foi realizada com o intuito de que nesse período, as mulheres já tinham uma noção sobre a experiência vivida e as mudanças percebidas até então.

Cenário da pesquisa

A etapa de validação clínica do estudo foi realizada em quatro Centros de Saúde, ademais de um hospital de nível terciário de atenção, todos pertencentes à rede pública da cidade de Cobija – Pando - Bolívia. Este último é considerado referência estadual no atendimento de Medicina Interna, Cirurgia, Maternidade, Pediatria, Neonatología, UTI, Emergência e consultas externas, que oferecem a população, junto com os serviços de banco sangue, consultas ambulatoriais de pré-natal, ginecologia, puerpério e pediatria,

atendimentos de emergência em obstetrícia e ginecologia, acompanhamento clínico (internação) e cirúrgico, além de realizações de exames diagnósticos e terapêuticos.

Dentre as unidades que compõem tal complexo hospitalar, situa-se a unidade de internamento. Trata-se do serviço de maternidade destinado para pacientes no pré e pós-parto, com um total de 44 leitos. Com profissionais de saúde como: médicos ginecologistas e enfermeiras.

Também é válido ressaltar que esta instituição recebe atividades de estágio de estudantes de diversas universidades de toda Bolívia, tanto em nível de graduação, como especialização, constituindo-se em um centro de formação acadêmica.

Ademais, dos centros de saúde e hospital, as entrevistas para aplicação da nova versão em espanhol do MGI, foram realizadas em domicílios particulares das mães.

Instrumentos de coleta de dados

Antes da aplicação do MGI – versão boliviana, investigou-se o conhecimento das mulheres acerca das definições “qualidade de vida e puerpério” por meio de um primeiro formulário de coleta de dados referente a questões conceituais (APÊNDICE P). Quando a participante desconhecia alguns destes conceitos, o entrevistador tinha que explicar para melhor compreensão dos instrumentos de coleta de dados.

Ademais, durante a coleta de dados, as participantes responderam um segundo formulário contendo questões sociodemográficas e obstétricas (APÊNDICE Q) e por último a versão em espanhol do MGI (APÊNDICE J).

Na aplicação do MGI, verificaram-se as principais áreas afetadas na qualidade de vida das puérperas bolivianas.

No passo 1, as mães identificaram as áreas de sua vida que foram influenciadas ou afetadas após o nascimento do bebê. As mulheres ainda apontaram se essas áreas eram positivas, negativas, ambos/nenhum de acordo as respostas mencionadas.

No passo 2, foram identificadas as pontuações de cada área citada no passo 1, de zero (o pior que ela poderia sentir) a 10 (o melhor que ela poderia sentir), com base em como tinha sido afetada após o nascimento do bebê, e como elas se sentiam a respeito desta questão em relação ao mês anterior.

No passo 3, mostra-se a distribuição dos 20 pontos entre as áreas citadas pelas mães, de acordo com a importância na sua vida em relação à qualidade de vida. Esta etapa é útil para se avaliar a importância relativa de potencial para melhoria das áreas escolhidas.

Coleta dos dados

A coleta dos dados na fase de validação clínica foi realizada pelo pesquisador e por duas enfermeiras da *Universidad Amazónica de Pando* (UAP), que foram treinadas criteriosamente para posterior aplicação do instrumento, sendo que o pesquisador esteve presente em todas as coletas de dados dos sujeitos da amostra, intercalando em dupla com estas outras enfermeiras.

O período da coleta de dados da fase de validação ocorreu entre os meses de novembro de 2014 e fevereiro de 2015. Os dados foram coletados em dois momentos: primeiro, de posse da autorização (ANEXO D) do diretor do *Hospital Roberto Galindo Terán* (HRGT), realizou-se uma revisão nos prontuários das parturientes entre 30 e 45 dias após o parto, com o intuito de explorar dados pessoais, fase do puerpério, números telefônicos e endereço delas para possível entrevista; no segundo momento, a partir dos dados coletadas, foram localizadas e agendadas por meio de ligações telefônicas para posterior visita domiciliar com fins a realizar as entrevistas em seus domicílios.

Cabe ressaltar, que o número de puérperas entrevistadas em domicílio, não chegava ao total previsto de 120 puérperas no trabalho de campo. Nesse sentido, optou-se por visitar quatro centros de saúde, assim como o hospital de referência da cidade para realizar as entrevistas. A seleção das puérperas foi ao azar, abordadas nos centros de saúde (Cobija, Santa Clara, 27 de Mayo e Mapajo), à qual elas faziam consultas de controles para seus bebês. Com os mesmos critérios de inclusão: mães entre 30 e 45 dias após o parto e sem limite de idade, puérperas sem intercorrências neste período. Critérios de exclusão: mães com limitações cognitivas e menores de idade sem consentimento dos pais ou tutores. As entrevistas foram realizadas individualmente com uma duração de 20 a 30 minutos.

4.2.3 Considerações éticas

Para a construção deste projeto de tese, estabeleceu-se contato prévio com o autor do índice MGI versão original, por meio de correio eletrônico, evidenciando os

objetivos da presente pesquisa. O autor da pesquisa mostrou interesse e autorizou o processo de tradução e adaptação do MGI para o idioma espanhol e uso no contexto boliviano, além de esclarecer os questionamentos que surgiram ao longo do desenvolvimento deste estudo (ANEXO B).

Todos os participantes, incluindo puérperas e juízes, foram informados sobre os objetivos do estudo e após leitura em conjunto com o pesquisador, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado mediante concordância dos participantes (APÊNDICE L), no caso das mães adolescentes, os termos foram assinados pelos responsáveis (pais ou tutores) (APÊNDICE O), dando-lhes a garantia de sigilo da identidade e privacidade, bem como a liberdade de recusar o consentimento sem qualquer tipo de penalização. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará, mediante o parecer nº 086/11 (ANEXO C).

A Bolívia tem se beneficiado dos avanços da biotecnologia, produto da investigação técnica científica. Portanto, afirma-se que não há suficientes órgãos para proteger à pessoa humana como sujeito da pesquisa biomédica neste país e que as pesquisas em seres humanos são praticadas sem controle rigoroso (ZWAREVA-MASHIRI, 2010).

Nesse sentido, seguindo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, foram incorporados ao estudo os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, com o intuito de assegurar os direitos e deveres correspondentes à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa, levando em consideração o respeito pela dignidade e proteção dos direitos humanos de forma consistente (UNESCO, 2005).

4.2.4 Organização e análise dos dados

Os dados foram apresentados por meio de quadros.

Os dados sociodemográficos e concernentes à história obstétrica, bem como os dados referentes à aplicação do MGI, foram compilados e analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

O SPSS 20.0 é um programa estatístico que aborda todo o processo analítico, desde o planejamento da coleta de dados para relatórios, à compilação, à análise e à implantação. Com mais de uma dúzia de módulos totalmente integrados pode-se utilizar os recursos especializados para favorecer melhores análises estatísticas (IBM, 2014).

Após a compilação dos dados, se procedeu à análise descritiva simples, a partir da verificação de frequências relativas, absolutas, medianas e desvios-padrão para as variáveis numéricas (faixa etária, anos de estudo, naturalidade, estado civil, ocupação atual, remuneração, renda familiar, religião e raça).

Foram calculados os escores primários e secundários do MGI. O escore primário representa a qualidade de vida das mulheres segundo as áreas afetadas ou influenciadas durante o puerpério, estes podem ser negativos ou positivos, dependendo ao resultado que se obtenha. Já o escore secundário reflete a importância de cada uma destas áreas para a vida real das mulheres entrevistadas, dependendo se afeta ou não a sua qualidade de vida.

O escore primário é obtido a partir das pontuações atribuídas nas áreas citadas no passo 1, de zero (o pior que ela poderia sentir) a dez (o melhor que ela poderia sentir), foi calculada a média das pontuações primárias (média das pontuações de 0 a 10). Para se calcular o escore secundário considerou-se a soma dos mesmos valores do passo 2, multiplicado pelos pontos de gastos do passo 3 e dividida por 20 (GRYLKA-BAESCHLIN *et al.*, 2015).

Avaliou-se a associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas de acordo as áreas mais afetadas na qualidade de vida das puérperas, sendo a qualidade de vida a variável dependente e as variáveis sociodemográficas e obstétricas as variáveis independentes.

As médias do MGI foram analisadas pelos testes t de *Student* e as associações entre as variáveis qualidade de vida com as áreas afetadas durante o puerpério com as variáveis sociodemográficas e obstétricas, foram feitos pelo teste de χ^2 ; quando cabível, e seu respectivo IC 95%. Para as análises inferenciais consideraram-se estatisticamente significantes o $p < 0,005$ (RIBEIRO, 20013).

5. RESULTADOS

5.1 Etapa de tradução e adaptação transcultural do MGI

O processo de adaptação transcultural requer austeridade, pois vai além de uma simples tradução literal de palavras de um idioma ao outro, sendo formado por uma associação de etapas que visam adequar o instrumento à cultura e ao estilo de vida da população alvo.

Na fase das traduções, poucos ajustes foram feitos pelo terceiro tradutor, produzindo a síntese das traduções em uma nova versão consolidada, a T12. Apesar de não possuir diferenças significativas na tradução do índice, algumas palavras foram melhores selecionadas pelo profissional especialista em linguística, cuja tradução refletiu uma linguagem mais usada pela população comum. O uso de duas traduções geralmente enfatiza significados mais ambíguos do questionário original, favorecendo a compreensão por parte do público alvo (BEATON *et al.*, 2007).

Na fase de back-translation, os resultados dos outros dois tradutores, que retraduziram a versão BT1 e BT2, também foram semelhantes à versão original do MGI. A análise do significado das palavras na língua inglesa permitiu perceber que no contexto boliviano elas apresentassem praticamente o mesmo significado, e não se configuraram uma inconsistência no andamento do percurso metodológico.

Posteriormente, a etapa do comitê de especialistas aconteceu um dos momentos mais importantes do processo de adaptação transcultural, no qual foram verificadas as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o documento original e o criado para o idioma espanhol no contexto da Bolívia. Nesta fase, para o desenvolvimento da versão pré-final, ocorreu de forma presencial com os juízes selecionados, que analisaram todos os questionários traduzidos de volta para os itens de equivalência e consolidaram todas as versões e componentes do questionário, incluindo o instrumento original, as instruções, a documentação de pontuação e as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1, BT2). Todos estes, foram muito semelhantes à versão original do MGI.

O quadro 3 apresentado a seguir reúne a versão original do MGI e as diferentes versões traduzidas de forma independente pelos tradutores.

<p style="text-align: center;">A QUALITY OF LIFE ASSESSMENT</p> <p style="text-align: center;">Step 2: Scoring each area</p>	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA</p> <p style="text-align: center;">Paso 2: Puntuación de cada área</p>	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA</p> <p style="text-align: center;">Paso 2: Puntuación de cada área</p>
<p>Now please score the areas you mentioned in Step 1. The score should reflect how you have been affected by this area over the past MONTH. Please place a cross along the line in each case:</p> <p>0 is the worst – you couldn't feel any worse than this 10 is the best – you couldn't feel any better than this.</p> <p style="text-align: center;">Worst Best</p> <p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES. Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso:</p> <p>0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p style="text-align: center;">Peor Mejor</p> <p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES. Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso:</p> <p>0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p style="text-align: center;">Peor Mejor</p> <p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>	<p style="text-align: center;">0_1_2_3_4_5_6_7_8_9_10</p>	<p style="text-align: center;">0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10</p>
<p style="text-align: center;">Step 3: Allocating Points</p>	<p style="text-align: center;">Paso 3: Asignación de puntos</p>	<p style="text-align: center;">Paso 3: Asignación de puntos</p>
<p>Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to the areas you think are most important. Write the points in the boxes below.</p>	<p>Por favor, piense lo importante que son estas áreas a su calidad de vida. Usted tiene 20 puntos para asignar. Usted no precisa asignar puntos a un ítem si usted no desea. Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son más importante. Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>	<p>Por favor, piense lo importante que son estas áreas a su calidad de vida. Usted tiene 20 puntos a asignar. Usted no tiene que asignar puntos a un ítem si usted no desea. Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son lo más importante. Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>

EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA Paso 2: Puntuación de cada área	QUALITY OF LIFE ASSESSMENT Step 2: Marking each area	QUALITY OF LIFE ASSESSMENT Step 2: Scoring each area
<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES.</p> <p>Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso: 0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p>Peor Mejor</p> <p>0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>Now please score the areas you mentioned in Step 1. The score should reflect how you have been affected by this area over the past MONTH.</p> <p>Please place a cross along the line in each case: 0 is the worst - you couldn't feel any worse than this 10 is the best - you couldn't feel any better than this.</p> <p>Worst Best</p> <p>0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>Now please give a mark to the areas you mentioned in Step 1. The marks should reflect how you have felt about each area during the last MONTH.</p> <p>Please place a cross on the line for each area. 0 is the worst - you couldn't feel any worse than this 10 is the best - you couldn't feel any better than this.</p> <p>Worst Best</p> <p>0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
<p>Paso 3: Asignación de puntos</p> <p>Por favor, piense lo importante que son estas áreas para su calidad de vida. Usted tiene 20 puntos para asignar. No precisa asignar puntos a un ítem si usted no desea. Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son las más importantes. Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>	<p>Step 3: Assigning Points</p> <p>Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to the areas you think are most important. Write the points in the boxes below.</p>	<p>Step 3: Allocating Points</p> <p>Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to the areas you think are most important. Write the points in the boxes below.</p>

Como se trata de um instrumento curto, as principais inconsistências observadas foram relacionadas à sintaxe, à ortografia e aos tempos verbais das frases, inconsistências pertencentes à equivalência semântica.

Destaca-se que por alguns momentos, várias dúvidas surgiram quanto à definição de qual equivalência estava em discussão, principalmente entre as equivalências experiencial e conceitual que são, muitas vezes, de difícil diferenciação. A vantagem de ter todos os juízes presentes na comissão, foi muito importante para as discussões sobre todo nos ajustes, as alterações no texto foram sendo feitas imediatamente.

Na etapa do pré-teste, a nova versão pré-final, foi aplicada em 30 mulheres bolivianas entre 30 e 45 dias de pós-parto, selecionadas aleatoriamente ao realizarem consultas de controle para seus bebês nos diferentes centros de saúde da cidade de Cobija. Na ocasião, as puérperas tinham dificuldade em compreender as etapas do MGI, já que a maioria era de baixo grau educacional, demonstrando assim uma falta de interesse e atenção por parte das mulheres, além do fator de tempo, visto que o recém-nascido requeria uma maior atenção para amamentar. Portanto, optou-se por mudar a estratégia para serem aplicadas em forma de entrevista. Deste modo, a maioria das mulheres entrevistadas conseguiu terminar a entrevista com satisfação, também relataram ter melhor compreensão em todas as assertivas, não sendo necessário, portanto, nenhuma modificação na versão pré-final.

Ademais, nesta etapa as mães entrevistadas foram estimuladas a distribuir os grãos de feijões nas áreas que considerassem mais importantes para sua qualidade de vida do passo 3 do instrumento, favorecendo na redução do tempo de aplicação e melhorando a compreensão do índice.

A fase do processo de adaptação transcultural foi realizada por uma comissão composta por diferentes profissionais no âmbito da saúde boliviana. Foram convidados diferentes autoridades de saúde, entre eles: Representantes do *Servicio Departamental de Salud* (SEDES - PANDO); Diretor da área da saúde e Coordenadora do Programa de Enfermagem da *Universidad Amazonica de Pando* (UAP); Diretores dos diferentes Centros de Saúde, ademais do Diretor do *Hospital Roberto Galindo Teran* (HRGT) da cidade de Cobija – Pando – Bolívia.

Este foi um processo de auditoria para assegurar que todos os passos foram seguidos segundo os relatórios necessários escritos e apresentados. Deste modo, o comitê aprovou a versão adaptada do índice, sendo esta autorizada e disponibilizada para ser validado no contexto boliviano.

5.2 Etapa de validação do índice

Após o rigoroso processo de tradução e adaptação transcultural, procedeu-se à etapa de validação. Tal etapa é um critério importante para avaliação de um instrumento, que indica em que grau o instrumento mede aquilo que se propõe a medir (POLIT; BECK, 2011).

Este processo de validação foi realizado por um comitê de juízes especialistas, enfermeiras bolivianas com experiência em saúde materna. Estas avaliaram a compreensão, o grau de relevância e a importância no índice para avaliar a qualidade de vida, usando um instrumento pré-formulado que varia de 1 a 4 pontos (APÊNDICE N) (1 = não relevante, 2 = pouco relevante, 3 = bastante relevante e 4 = muito relevante) e foi a base para o cálculo do IVC.

Os dados obtidos a partir do registro no instrumento de validação de conteúdo do comitê de juízes especialistas foram compilados no programa *Excel 7.0*. O IVC foi calculado a partir da média dos índices de validação de conteúdo para todas as assertivas. A proporção dos itens do instrumento atingiu o total de concordância (bastante relevante e muito relevante), por todos os juízes (S-CVI/UA), atingiu valor de 1,00. A média do IVC para todos os itens do instrumento, que representa a validade de conteúdo global do instrumento (S-CVI/Ave) foi, também, 1,00, ou seja, todos os especialistas concordaram que o item do conteúdo é válido (POLIT; BECK, 2006).

Este resultado é concordante com as orientações fornecidas por Lynn (1986) que preconiza o IVC aceitável, considerando a relação do número de peritos. A autora defendeu que, quando há 5 ou menos especialistas, o IVC deve ser 1,00, isto é, todos os especialistas devem concordar que o conteúdo do item é válido. Quando há mais de 5 especialistas, pode haver uma quantidade modesta de desacordo (por exemplo, quando há 6 peritos, o IVC deve ser de pelo menos 0,83, refletindo um pequeno desacordo).

No quadro 4 estão dispostas as assertivas que os juízes especialistas avaliaram.

Quadro 4 - Índice de validação de conteúdo das assertivas do MGI - Versão boliviana. Cobija – Pando – Bolívia, 2015.

Assertivas	Ítems IVC
<p>Paso 1: Identificación de áreas</p>	1
<p>Nos gustaría que usted piense en las áreas más importantes de su vida que fueron afectadas por haber tenido un bebé. Estos pueden ser POSITIVOS o NEGATIVOS, o tal vez AMBOS o quizás NINGUNO de los dos. Por favor, escriba un máximo de ocho áreas en las siguientes casillas e indique si considera que esta área es positiva, negativa o ninguno de los dos.</p>	1
<p>Ejemplos que dieron otras madres son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sienten en relación a sí misma? • ¿Cómo se sienten en relación a su bebé? • ¿Cómo se sienten en relación a su pareja u otros miembros de la familia? • Problemas físicos o emocionales (bueno o malo) • ¿Cómo se sienten en relación a volver al trabajo? • ¿Cómo se sienten en relación a su vida social? <p><i>Estos son sólo ejemplos.</i> <i>Queremos que diga lo que usted siente.</i></p>	1
<p>Por favor, coloque un círculo, si usted piensa que esta área es Positivo, Negativo o Ambos/Ninguno</p>	1
<p>Paso 2: Puntuación de cada área</p>	1
<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES.</p> <p>Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso: 0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p>Peor Mejor</p> <p>0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10</p>	1
<p>Paso 3: Asignación de puntos</p>	1
<p>Por favor, piense en lo importante que son estas áreas para su calidad de vida.</p> <p>Usted tiene 20 puntos para asignar.</p> <p>Usted no precisa asignar puntos a un ítem si usted no desea.</p> <p>Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son las más importantes.</p> <p>Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>	1

Desse modo, o processo de validação assegurou que todos os passos foram seguidos segundo os relatórios necessários escritos e apresentados. Assim, o comitê de especialista aprovaram a versão final do MGI em espanhol – versão boliviana, sendo esta autorizada e disponibilizada para seu uso no contexto boliviano.

Portanto, a nova versão do MGI em espanhol foi validada em uma amostra de 120 puérperas bolivianas, especificamente na cidade de Cobija, no departamento de Pando. Todos os dados concernentes a aspectos conceituais, sociodemográficos e obstétricos, são apresentados a seguir.

5.2.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas

A fim de descrever e analisar as características sociodemográficas das 120 mulheres puérperas, envolvidas na aplicação do MGI – versão boliviana - foram utilizadas as variáveis: idade, procedência, raça, estado civil, escolaridade, ocupação atual, com quem reside, tipo de moradia, renda familiar, benefício do governo e religião (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número de puérperas segundo características sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características sociodemográficas	nº	%	Média (Desvio Padrão)	Valor numérico Menor - Maior
<i>Faixa Etária</i>				
≤ a 20 anos	40	33,3		
21 – 30 anos	60	50	24,1 (6,059)	12 - 42
31 ou mais anos	20	16,7		
<i>Procedência</i>				
Oriente (Amazônia)	83	69,2		
Ocidente (Andes)	37	30,8		
<i>Raça</i>				
Branca	15	12,5		
Negra	9	7,5		
Parda	52	43,3		
Asiática	3	2,5		
Indígena	41	34,2		
<i>Estado civil</i>				
Solteira	17	14,2		
Casada	21	17,5		
União Estável	80	66,7		
Separada	2	1,7		
<i>Escolaridade</i>				
Primária (fundamental)	15	12,5		
Secundária (médio)	88	73,3		
Superior em andamento	12	10		
Nível superior completo	5	4,2		
<i>Ocupação</i>				
Do lar	74	61,7		
Comerciante	14	11,7		
Estudante	12	10		
Trabalho temporal	14	11,7		
Funcionária pública	6	5		
<i>Com quem reside</i>				
Companheiro e filhos	97	80,8		
Pais	20	16,7		
Só com Filhos	1	0,8		
Outros familiares	2	1,7		
<i>Tipo de Moradia</i>				
Própria	58	48,3		
Alugada	48	40		
Cedida	14	11,7		
<i>Renda familiar Bs.*</i>				
< de 1000 Bs.	7	5,8		
1100 – 2000 Bs.	20	16,7		
2100 – 3000 Bs.	37	30,8	2948,3 (2692,72)	0 – 20,000
3100 ou mais Bs.	45	37,5		
Sem informação	11	9,2		
<i>Benefício do governo</i>				
Juana Azurduy *	50	41,7		
Juancito Pinto *	18	15		
Nenhum	47	39,2		
Ambos	5	4,2		
<i>Religião</i>				
Católica	72	60		
Evangélica	34	28,3		
Sem religião	14	11,7		

* Bs.: =Pesos Bolivianos (1 Real Brasileiro = 2 Pesos Bolivianos)

*Juana Azurduy = Bolsa monetária para incentivar as mães a realizar consultas no pré-natal, parto institucional e consultas medicas de crianças menores de dois anos.

*Juancito Pinto = Bolsa monetaria para incentivar a matricula à escola de crianças até oitavo curso.

A idade mínima encontrada foi 12 anos e a máxima 42, com uma média de 24,1 anos e desvio padrão de 6,0. A faixa etária predominante foi o intervalo entre 21-30 anos, com 60 (50%) mulheres.

Referente à procedência, houve uma predominância nas mães da região amazônica com 83(69,2%). Em relação à raça, as mães de pele parda, foram 52(43,3%) e indígena 41(34,2%). Acerca do estado civil, 80(66,7%) mulheres estavam em união estável. Quanto à escolaridade, 88(73,3%) ainda cursavam ou apenas tinham terminado o ensino médio. Somente 5(4,2%) participantes possuíam uma profissão. 74(61,7%) se denominavam do lar. 97(80,8%) moravam com o esposo e filhos e 20(16,7%) em casa dos pais. Concernente ao tipo de moradia 58(48,3%) vivia em casa própria e 48(40%) de aluguel. Quase a metade, 47(39,2%), não recebia nenhum tipo de auxílio social oferecido pelo governo. A religião católica foi a predominante 72(60%).

Os dados referentes às histórias obstétricas das 120 mulheres bolivianas no período puerperal são descritas na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição no número de puérperas segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características obstétricas	n°	%	Média (Desvio Padrão)	Valor numérico Menor - Maior
Gestações				
1 – 2	78	65		
3 – 4	31	25,8	2,35 (1,406)	1 - 7
5 ou mais	11	9,2		
Partos				
1 – 2	87	72,5		
3 – 4	27	22,5	2,10(1,253)	1 - 7
5 ou mais	6	5		
Abortos				
Sim	24	20		
Não	96	80		
Consultas pré-natais				
1 – 3	14	11,7		
4 – 6	40	33,3	6,28(2,261)	1 - 9
7 – 9	66	55		
Tipo de parto				
Natural	67	55,8		
Cesárea	53	44,2		
Planejamento da gravidez				
Sim	41	34,2		
Não	79	65,8		
Desejo de ter o filho				
Sim	59	49,2		
Não	61	50,8		
Tentativa de abortar na última gestação				
Sim	11	9,2		
Não	109	90,8		

A média do número de gestações foi 2,3 variando entre 1 e 7 gestações nas mulheres pesquisadas. Mães que apresentaram elevados percentuais estavam em sua primeira ou segunda gestação 78(65%). Da mesma forma, as que pronunciaram que este era seu primeiro ou segundo parto trouxeram elevadas pontuações 87(72,5%). De todas as entrevistadas 24(20%) tinham antecedentes de abortos. Observou-se que 66 (55%) fizeram entre 7 e 9 consultas pré-natais do seu último bebê. No que se refere ao tipo de parto, 67 (55,8%) foram vaginais e 53 (44,2%) de partos cesarianas. Verificou-se que a última gravidez não foi planejada por 79 (65,8%), 61 (50,8%) não desejaram ter o filho e 11 (9,2%) tentaram abortar o último bebê.

Os dados sobre conhecimento das questões conceituais das 120 mulheres bolivianas no período puerperal estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição no número de puérperas segundo características conceituais. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características conceituais	nº	%
Conhecimento sobre a definição de qualidade de vida		
Sim	88	73,3
Não	32	26,7
Conhecimento sobre a definição de puerpério		
Sim	97	80,8
Não	23	19,2

Referente ao conhecimento das questões conceituais, 88 (73,3%) entrevistadas fizeram relação da qualidade de vida com "vida-boa, bem-estar, viver-bem e felicidade"; e 97 (80,8%) relacionaram o período puerperal com "pós-parto, puerpério, período de quarentena, período de repouso". As mães que não tinham respostas ou não sabiam dos conceitos, receberam uma explicação inicial sobre estes conceitos antes de ser aplicado o MGI, objetivando melhor comunicação com as entrevistadas.

5.2.2 Aplicação do MGI: principais áreas afetadas na qualidade de vida das puérperas bolivianas (Passo 1)

As respostas do passo 1 do MGI – versão boliviana, resultaram em 20 diferentes áreas, que se constituíram afetadas pelas mães bolivianas: felicidade pelo bebê, relacionamento com parceiro, relacionamento familiar, vida sexual, vida social,

alterações do padrão do sono, imagem corporal, trabalho, estudo, econômico, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade, perda da independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica, lazer e realização pessoal.

Ademais, foram identificadas as áreas positivas, negativas, ambos ou nenhum, de acordo as respostas mencionadas pelas mães.

O quadro 5 mostra a distribuição total das áreas mais prevalentes, conforme categorização positiva, negativa ou ambos/nenhum, além de mostrar as médias das pontuações atribuídas para cada uma delas.

Quadro 5 - Distribuição da pontuação dos passos 1, 2 e 3, segundo as áreas mais afetadas na qualidade de vida das participantes. Cobija – Pando – Bolívia, 2015.

ÁREAS AFETADAS	PONTUAÇÕES ATRIBUÍDAS															
	TOTAL				Positivo				Negativo				Ambos/Nenhum			
	Nº (120)	Passo 1	Passo 2	Passo 3	Nº	Passo 1	Passo 2	Passo 3	Nº	Passo 1	Passo 2	Passo 3	Nº	Passo 1	Passo 2	Passo 3
		(%) do Total	Media (DP)	Media (DP)		(%)	Media (DP)	Media (DP)		(%)	Media (DP)	Media (DP)		(%)	Media (DP)	Media (DP)
Felicidade pelo bebê	113	94,2	9,64 (1,203)	13,19 (7,137)	111	98,2	9,76 (0,765)	13,38 (7,045)	1	0,9	1 (-)	5 (-)	1	0,9	5,00 (-)	0,00 (-)
Relacionamento com parceiro	107	89,2	5,87 (4,010)	1,93 (3,573)	61	57	9,02 (1,554)	2,05 (3,180)	42	39,3	1,38 (1,607)	1,93 (4,222)	4	3,7	5,00 (0,000)	0,00 (0,000)
Relacionamento familiar	87	72,5	7,94 (3,063)	2,09 (4,554)	68	78,2	9,43 (1,027)	2,54 (5,030)	17	19,5	2,35 (1,539)	0,53 (1,231)	2	2,3	5,00 (000)	0,00 (000)
Vida sexual	81	67,5	2,17 (2,306)	0,63 (1,946)	4	4,9	9,75 (0,500)	0,00 (0,000)	71	87,7	1,51 (1,286)	0,72 (2,065)	6	7,4	5,00 (0,000)	0,00 (0,000)
Vida social	74	61,7	5,00 (3,188)	0,36 (1,467)	33	44,6	8,15 (1,121)	0,06 (0,348)	38	51,4	2,26 (1,554)	0,66 (1,990)	3	4,1	5,00 (0,000)	0,00 (0,000)
Alteração do padrão do sono	66	55	3,88 (2,869)	0,11 (0,397)	11	16,7	9,55 (1,036)	0,09 (0,302)	51	77,3	2,57 (1,253)	0,08 (0,337)	4	6,1	5,00 (0,000)	0,50 (1,000)
Imagem corporal	61	50,8	3,80 (3,239)	0,61 (2,216)	15	24,6	8,67 (1,234)	0,67 (2,582)	43	70,5	2,02 (1,640)	0,63 (2,182)	3	4,9	5,00 (0,000)	0,00 (0,000)
Trabalho	61	50,8	3,93 (2,994)	0,80 (2,174)	11	18	9,36 (0,924)	0,45 (1,508)	43	70,5	2,37 (1,480)	0,74 (2,013)	7	11,5	5,00 (0,000)	1,71 (3,729)
Estudo	58	48,3	1,97 (1,982)	0,74 (2,489)	1	1,7	10,00 (-)	0,00 (-)	54	93,1	1,65 (1,544)	0,76 (2,569)	3	5,2	5,00 (0,000)	0,67 (1,155)
Econômico	51	42,5	3,10 (2,594)	1,22 (3,500)	6	11,8	9,00 (1,549)	0,83 (2,041)	43	84,3	2,19 (1,314)	1,33 (3,740)	2	3,9	5,00 (0,000)	0,00 (0,000)

Saúde emocional	42	35	5,93 (3,828)	0,55 (1,670)	25	59,5	8,84 (1,344)	0,52 (1,711)	16	38,1	1,44 (1,209)	0,63 (1,708)	1	2,4	5,00 (-)	0,00 (-)
Felicidade geral	36	30	7,61 (3,620)	1,28 (2,953)	27	75	9,56 (1,050)	1,33 (2,882)	9	25	1,78 (1,641)	1,11 (3,333)	-	-	-	-
Responsabilidade	27	22,5	6,56 (3,238)	2,48 (4,219)	15	55,6	9,20 (0,941)	3,47 (4,809)	9	33,3	2,67 (1,225)	0,56 (1,667)	3	11,1	5,00 (0,000)	3,33 (5,774)
Perda de independência	27	22,5	4,11 (2,679)	1,63 (3,090)	6	22,2	8,33 (1,366)	2,67 (3,933)	19	70,4	2,68 (1,293)	1,21 (2,859)	2	7,4	5,00 (0,000)	2,50 (3,536)
Saúde física	22	18,3	3,36 (3,697)	0,73 (1,980)	6	27,3	8,83 (1,602)	1,50 (3,209)	16	72,7	1,31 (1,352)	0,44 (1,315)	-	-	-	-
Amamentação	16	13,3	5,25 (3,357)	0,44 (1,315)	7	43,8	8,71 (1,113)	0,71 (1,890)	9	56,2	2,56 (1,236)	0,22 (0,667)	-	-	-	-
Mudança de rotina	15	12,5	5,00 (4,000)	1,33 (2,968)	5	33,3	10,00 (0,000)	3,00 (4,472)	9	60	2,22 (1,922)	0,56 (1,667)	1	6,7	5,00 (-)	0,00 (-)
Violência doméstica	6	5	1,00 (1,095)	0,83 (2,041)	1	17,7	0,00 (-)	0,00 (-)	5	83,3	1,20 (1,095)	1,00 (2,236)	-	-	-	-
Lazer	5	4,2	4,60 (4,336)	1,00 (2,236)	2	40	9,00 (1,414)	2,50 (3,536)	3	60	1,67 (2,082)	0,00 (0,000)	-	-	-	-
Realização pessoal	5	4,2	7,60 (4,278)	0,60 (1,342)	4	80	9,50 (0,577)	0,75 (1,500)	1	20	0,00 (-)	0,00 (-)	-	-	-	-

Entre as 20 áreas citadas pelas mulheres bolivianas, observou-se que 13 foram consideradas, prioritariamente, como negativas, conforme mostram os percentuais: vida sexual 71 (87,7%); vida social 38 (51,4%); alteração do padrão do sono 51 (77,3%); imagem corporal 43 (70,5%), trabalho 43 (70,5%), estudo 54 (93,1%), econômico 43 (84,3%), perda de independência 19 (70,4%), saúde física 16 (72,7%), amamentação 9 (56,2%), mudança de rotina 9 (60%), violência doméstica 5 (83,3%) e lazer 3 (60%). Assim, observa-se que essas são áreas que necessitam de uma atenção especial em saúde.

Em meio às áreas mais citadas, observou-se que sete eram positivas, sendo que a felicidade pelo bebê apresentou a maior frequência (98,2%). Outras áreas positivas foram: realização pessoal (80%); apoio familiar com (78,2%); felicidade geral (75%); saúde emocional (59,5%); relacionamento com o parceiro (57%) e responsabilidade (55,6%).

5.2.3 Análise da qualidade de vida segundo as pontuações primárias e secundárias (Passo 2 e 3)

A partir da distribuição total das áreas mais prevalentes citadas pelas mulheres no passo 2 e passo 3 do MGI, se analisou a qualidade de vida segundo *escore primário* (pontuações primárias) e *escore secundário* (pontuações secundárias) para cada uma delas.

Escore primário (Passo 2): De acordo com as pontuações atribuídas nas áreas citadas no passo 1, de zero (o pior que ela poderia sentir) a dez (o melhor que ela poderia sentir), foi calculada a média das pontuações primárias (média das pontuações de 0 a 10), dentre as 20 áreas citadas pelas mulheres puérperas, conforme a tabela 5 (GRYLKA-BAESCHLIN *et al.*, 2015).

Escore secundário (Passo 3): Procedeu-se à análise da qualidade de vida, segundo a distribuição de 20 pontos por meio da alocação dos grãos de feijões entre as áreas afetadas. As pontuações secundárias foram calculadas a partir da média dos valores do passo 2, multiplicado pelas médias de pontos gastos do passo 3 e dividida por 20, conforme a tabela 5 (GRYLKA-BAESCHLIN *et al.*, 2015).

Ambos os escores (primário e secundário) consistiram em valores entre 0 – 10.

Tabela 5 - Distribuição das 20 áreas afetadas, segundo escores primários e secundários do MGI. Cobija – Pando – Bolívia, 2015.

20 ÁREAS AFETADAS	Passo 2	Passo 3
	Escore Primário do MGI	Escore Secundário do MGI
Felicidade pelo bebê	9,64	6,36
Relacionamento com parceiro	5,87	0,57
Relacionamento familiar	7,94	0,83
Vida sexual	2,17	0,07
Vida social	5,00	0,09
Alteração do padrão do sono	3,88	0,02
Imagem corporal	3,80	0,12
Trabalho	3,93	0,16
Estudo	1,97	0,07
Econômico	3,10	0,19
Saúde emocional	5,93	0,16
Felicidade geral	7,61	0,49
Responsabilidade	6,56	0,81
Perda de independência	4,11	0,33
Saúde física	3,36	0,12
Amamentação	5,25	0,12
Mudança de rotina	5,00	0,33
Violência doméstica	1,00	0,04
Lazer	4,60	0,23
Realização pessoal	7,60	0,23
MÉDIA TOTAL	4,916	0,567

O *escore primário* revela as áreas que as mulheres percebem como influenciadores na qualidade de vida. Segundo a tabela 5, a felicidade pelo bebê mostra a área de maior pontuação (9,64), seguido de relacionamento familiar (7,94); felicidade geral (7,61) e realização pessoal (7,60). Isto significa que estas quatro áreas, apresentaram boa qualidade de vida nas mulheres bolivianas.

As áreas de pontuações mais baixas foram: violência doméstica (1,00); estudo (1,97) e vida sexual (2,17). Estas áreas ofereceram péssima qualidade de vida para estas mulheres.

Dentre as 20 áreas citadas pelas mulheres bolivianas, observou-se que o escore médio global primário foi 4,916 (intervalo = 1,00 – 9,64), revelando que as puérperas bolivianas apresentam baixa qualidade de vida.

Já o *escore secundário* reflete a importância destas áreas para a vida real das mulheres entrevistadas, dependendo se afeta ou não a sua qualidade de vida. A única

área que se mostrou importante para as mulheres entrevistadas foi a felicidade pelo bebê (6,36) todas as demais tiveram pontuações baixas em intervalo de (0,02 e 0,83). Isto significa que apenas a felicidade pelo bebê foi importante para a vida da mulher nesse momento, e as outras áreas não mostraram importância alguma para a vida das mães bolivianas.

Enquanto o resultado do escore médio global secundário foi 0,567 (intervalo = 0,02 – 6,36). Manifestando que as áreas mencionadas pelas puérperas bolivianas constituíram-se sem importância para a vida real nesse momento da mulher boliviana.

5.2.4 Associação de variáveis sociodemográficas e obstétricas de acordo com as áreas mais afetadas na qualidade de vida das participantes

Com o intuito de caracterizar melhor as entrevistadas, a associação dos dados referentes às variáveis sociodemográficas de acordo com as áreas mais afetadas na qualidade de vida das 120 mulheres bolivianas no período puerperal, é descrita a seguir.

Na tabela 6, mostra-se a associação de variáveis sociodemográficas de acordo com as médias das pontuações nas áreas que foram referenciadas como positivas *felicidade pelo bebê, relacionamento com parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, saúde geral, responsabilidade e realização pessoal.*

Tabela 6 - Associação entre as áreas afetadas positivamente: felicidade pelo bebê, relacionamento com parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade e realização pessoal segundo variáveis sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características Sociodemográficas	Felicidade pelo bebê		Relacionamento com parceiro		Relacionamento familiar		Saúde emocional		Felicidade geral		Responsabilidade		Realização pessoal	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Faixa etária														
< de 20 anos	39	9,72 (0,944)	37	4,70 (4,149)	31	8,00 (3,225)	15	5,47 (4,068)	11	6,91 (3,360)	10	8,60 (1,578)	4	7,00 (4,690)
21 – 30 anos	56	9,52 (1,89)	52	6,19 (4,097)	40	7,85 (3,134)	21	5,95 (3,918)	15	8,27 (3,432)	14	5,57 (3,715)	-	-
31 ou mais anos	18	9,83 (0,514)	18	7,33 (2,808)	16	8,06 (2,720)	6	7,00 (3,225)	10	7,40 (4,326)	3	4,33 (0,577)	1	10,00 (-)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,966</i>		<i>0,015</i>		<i>0,995</i>		<i>0,431</i>		<i>0,740</i>		<i>0,009</i>		<i>0,607</i>
Procedência														
Oriente (Amazônia)	80	9,70 (0,933)	76	5,88 (4,131)	62	7,98 (3,054)	27	6,48 (3,896)	23	8,09 (3,232)	21	6,57 (3,400)	4	7,00 (4,690)
Ocidente (Andes)	33	9,48 (1,698)	31	5,84 (3,760)	25	7,84 (3,145)	15	4,93 (3,615)	13	6,77 (4,226)	6	6,50 (2,881)	1	10,00 (-)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,390</i>		<i>0,960</i>		<i>0,844</i>		<i>0,213</i>		<i>0,301</i>		<i>0,963</i>		<i>0,607</i>
Raça														
Branca	14	9,50 (1,401)	11	5,55 (4,132)	9	7,67 (3,082)	4	5,25 (3,304)	5	6,00 (5,477)	2	2,50 (2,121)	-	-
Negra	9	9,67 (1,000)	9	6,11 (4,197)	8	9,75 (0,707)	1	9,00 (-)	3	7,67 (2,082)	3	9,67 (0,577)	-	-
Parda	48	9,58 (1,456)	50	5,70 (4,042)	40	7,45 (3,178)	19	5,79 (3,952)	17	8,35 (2,999)	8	6,75 (3,454)	3	6,33 (5,508)
Asiática	3	9,67 (0,577)	3	3,00 (2,646)	3	7,33 (4,619)	1	10,00 (-)	-	-	1	2,00 (-)	-	-
Indígena	39	9,74 (0,850)	34	6,41 (4,046)	27	8,30 (3,099)	17	5,82 (4,018)	11	7,18 (4,020)	13	6,69 (2,898)	2	9,50 (0,707)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,492</i>		<i>0,536</i>		<i>0,834</i>		<i>0,930</i>		<i>0,827</i>		<i>0,801</i>		<i>0,498</i>
Estado civil														
Solteira	17	8,65 (2,597)	16	2,31 (3,807)	10	8,80 (2,700)	7	2,29 (2,360)	1	10,00 (-)	4	7,00 (4,082)	-	-
Casada	19	9,58 (0,961)	17	6,59 (4,258)	14	7,71 (2,758)	10	5,70 (4,084)	6	6,67 (4,502)	7	5,00 (3,055)	1	9,00 (-)
União Estável	75	9,87 (0,475)	72	6,64 (3,530)	61	7,92 (3,148)	25	7,04 (3,494)	28	7,64 (3,551)	16	7,12 (3,096)	4	7,25 (4,856)
Separada	2	10,0 (0,000)	2	0,50 (0,707)	2	6,00 (5,657)	-	-	1	10,00 (-)	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,000</i>		<i>0,004</i>		<i>0,384</i>		<i>0,003</i>		<i>0,775</i>		<i>0,565</i>		<i>0,768</i>

Continuação

Características Sociodemográficas	Felicidade pelo bebê		Relacionamento com parceiro		Relacionamento familiar		Saúde emocional		Felicidade geral		Responsabilidade		Realização pessoal	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Escolaridade														
Primaria (fundamental)	15	9,27 (2,344)	15	5,47 (4,172)	11	8,45 (2,067)	6	5,50 (4,037)	7	6,43 (4,315)	1	9,00 (-)	-	-
Secundaria (médio)	82	9,70 (0,939)	77	5,79 (4,111)	65	7,78 (3,314)	29	5,62 (3,961)	23	7,87 (3,402)	24	6,46 (3,323)	4	7,25 (4,867)
Sup. em andamento	11	9,82 (0,603)	11	7,27 (3,101)	9	8,22 (2,539)	4	9,25 (0,957)	5	9,60 (0,894)	1	9,00 (-)	1	9,00 (-)
Superior completo	5	9,40 (1,342)	4	5,00 (4,163)	2	9,00 (1,414)	3	5,33 (4,041)	1	0,00 (-)	1	4,00 (-)	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,527</i>		<i>0,578</i>		<i>0,946</i>		<i>0,497</i>		<i>0,839</i>		<i>0,525</i>		<i>0,768</i>
Ocupação														
Do lar	70	9,57 (1,429)	65	5,58 (4,224)	55	8,00 (3,012)	23	5,09 (4,010)	22	7,36 (3,947)	20	7,00 (3,195)	3	6,67 (5,774)
Comerciante	13	9,77 (0,599)	13	7,54 (2,602)	11	7,82 (3,281)	7	7,29 (2,690)	5	8,40 (3,578)	1	5,00 (-)	-	-
Estudante	11	9,91 (0,302)	11	5,27 (3,875)	9	9,67 (2,646)	4	7,00 (4,761)	4	7,00 (2,582)	1	7,00 (-)	2	9,00 (0,000)
Trabalho temporal	14	9,71 (0,825)	13	5,69 (4,151)	9	6,78 (4,055)	4	6,75 (4,031)	4	8,00 (4,000)	3	6,67 (4,163)	-	-
Funcionaria pública	5	9,40 (1,342)	5	7,00 (4,243)	3	8,67 (1,155)	4	6,50 (4,041)	1	10,00 (-)	2	2,50 (2,121)	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,703</i>		<i>0,646</i>		<i>0,746</i>		<i>0,281</i>		<i>0,610</i>		<i>0,161</i>		<i>0,625</i>
Com quem reside														
Companheiro e filhos	90	9,71 (1,114)	85	6,55 (3,695)	71	7,79 (3,116)	34	6,29 (3,810)	33	7,52 (3,726)	23	6,48 (3,175)	5	7,60 (4,278)
Pais	20	9,30 (1,593)	19	3,63 (4,336)	15	8,53 (2,875)	8	4,38 (3,739)	2	8,00 (2,828)	4	7,00 (4,082)	-	-
Só com Filhos	1	10,00 (-)	1	0,00 (-)	1	10,00 (-)	-	-	1	10,00 (-)	-	-	-	-
Outros familiares	2	9,50 (0,707)	2	1,00 (1,414)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,339</i>		<i>0,000</i>		<i>0,287</i>		<i>0,206</i>		<i>0,523</i>		<i>0,773</i>		<i>0,000</i>
Tipo de Moradia														
Própria	56	9,66 (1,032)	50	5,96 (4,276)	41	7,83 (2,774)	24	5,46 (4,054)	15	8,40 (3,158)	15	6,07 (3,309)	2	9,50 (0,707)
Alugada	44	9,52 (1,532)	44	5,84 (3,628)	35	8,11 (3,206)	12	5,92 (3,825)	19	6,74 (3,970)	8	7,75 (2,605)	2	4,50 (6,364)
Cedida	13	9,92 (0,277)	13	5,62 (4,482)	11	7,82 (3,842)	6	7,83 (2,639)	2	10,0 (0,000)	4	6,00 (4,082)	1	10,00 (-)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,785</i>		<i>0,784</i>		<i>0,870</i>		<i>0,213</i>		<i>0,686</i>		<i>0,687</i>		<i>0,876</i>

Continuação

Características Sociodemográficas	Felicidade pelo bebê		Relacionamento com parceiro		Relacionamento familiar		Saúde emocional		Felicidade geral		Responsabilidade		Realização pessoal	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Renda familiar														
< de 1000 Bs.	7	9,71 (0,756)	7	7,00 (3,266)	5	7,80 (3,194)	1	1,00 (-)	1	10,00 (-)	3	10,0 (0,000)	-	-
1100 – 2000 Bs.	17	9,88 (0,332)	16	5,81 (4,578)	13	8,54 (2,817)	8	6,25 (4,268)	7	5,86 (4,018)	5	6,80 (3,114)	2	10,0 (0,000)
2100 – 3000 Bs.	35	9,91 (0,373)	33	6,30 (3,917)	32	7,88 (3,170)	15	5,53 (3,314)	9	8,00 (2,693)	7	5,57 (3,735)	2	4,50 (6,364)
3100 ou mais Bs.	43	9,30 (1,753)	40	5,63 (3,933)	32	7,78 (3,139)	15	6,33 (4,337)	15	8,73 (3,035)	10	6,00 (3,091)	1	9,00 (-)
Sem informação	11	9,64 (1,206)	11	4,82 (4,490)	5	8,00 (3,464)	3	6,67 (3,512)	4	5,00 (5,774)	2	7,00 (4,243)	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,97 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,138</i>		<i>0,275</i>		<i>0,694</i>		<i>0,446</i>		<i>0,878</i>		<i>0,183</i>		<i>0,700</i>
Benefício do governo														
Juana Azurduy	48	9,65 (1,391)	41	5,56 (4,142)	35	7,43 (3,608)	15	6,67 (3,885)	15	7,27 (3,936)	16	5,63 (3,324)	2	9,50 (0,707)
Juancito Pinto	16	9,75 (0,683)	17	6,12 (4,014)	15	8,13 (2,615)	7	5,43 (3,867)	6	7,33 (4,320)	2	7,00 (4,243)	-	-
Nenhum	44	9,64 (1,143)	44	6,32 (4,033)	33	8,33 (2,746)	19	5,84 (3,760)	14	7,93 (3,269)	8	8,75 (1,832)	3	6,33 (5,508)
Ambos	5	9,20 (1,304)	5	3,60 (2,302)	4	8,50 (1,915)	1	0,00 (-)	1	10,00 (-)	1	3,00 (-)	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,706</i>		<i>0,813</i>		<i>0,209</i>		<i>0,298</i>		<i>0,497</i>		<i>0,132</i>		<i>0,498</i>
Religião														
Católica	69	9,65 (1,270)	65	5,94 (4,073)	56	7,86 (3,159)	24	7,17 (3,679)	20	8,15 (3,483)	16	7,44 (2,732)	2	9,50 (0,707)
Evangélica	30	9,67 (0,959)	30	5,33 (4,011)	25	8,36 (2,827)	13	4,23 (3,609)	11	8,18 (2,892)	7	4,86 (3,805)	3	5,33 (5,508)
Sem religião	14	9,50 (1,401)	12	6,83 (3,762)	6	7,00 (3,347)	5	4,40 (3,435)	5	4,20 (4,382)	4	6,00 (3,651)	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,745</i>		<i>0,806</i>		<i>0,961</i>		<i>0,029</i>		<i>0,075</i>		<i>0,193</i>		<i>0,498</i>

As áreas *felicidade pelo bebê, relacionamento com o parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade e realização pessoal*, foram consideradas como positivas para a qualidade de vida das mulheres bolivianas, apresentando assim, pontuações mais elevadas nesta análise.

A idade teve relação estatística com *relacionamento com parceiro* ($p=0,015$) e *responsabilidade* ($p=0,009$), sendo essas áreas influenciadas positivamente à qualidade de vida das mulheres bolivianas, com melhores médias para idade de 31 anos ou mais anos no relacionamento com parceiro (7,33) e para idades menores de 20 anos na responsabilidade (8,60).

O estado civil tem relação estatística com *felicidade pelo bebê* ($p=0,000$), *relacionamento com parceiro* ($p=0,004$) e *saúde emocional* ($p=0,003$), sendo essas áreas influenciadas positivamente à qualidade de vida das mulheres estudadas. Quanto ao escore de qualidade de vida, a maior média para a área felicidade pelo bebê, foi observada em mulheres separadas (10,0), para as áreas relacionamento com parceiro e saúde emocional, foram observadas nas mulheres em união estável (6,64) e (7,04) respectivamente.

Com quem reside apresentou associação estatística com a área *relacionamento com parceiro* ($p=0,000$) e *realização pessoal* ($p=0,000$), sendo essas áreas influenciadas positivamente à qualidade de vida das mulheres puérperas. Os melhores escores dessas áreas foram observados nas puérperas que residiam com companheiros e filhos (6,55) para o relacionamento com parceiro e (7,60) para realização pessoal.

A religião também teve associação estatística com *saúde emocional* ($p=0,029$), sendo esta área influenciada positivamente à qualidade de vida das mães entrevistadas. O maior escore foi apresentado em mães católicas (7,17).

Na tabela 7, mostra-se a associação de variáveis sociodemográficas de acordo com as médias das pontuações nas áreas que foram referenciadas como negativas: *vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo*.

Tabela 7 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo segundo variáveis sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características Sociodemográficas	Vida sexual		Vida social		Alteração do padrão do sono		Imagem corporal		Trabalho		Estudo	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)
Faixa etária												
< de 20 anos	24	1,46 (1,215)	26	5,92 (2,979)	18	3,72 (2,740)	18	4,28 (3,177)	31	2,86 (2,214)	28	2,14 (2,305)
21 – 30 anos	44	2,59 (2,316)	34	4,53 (3,145)	40	4,03 (3,166)	34	3,53 (3,351)	40	3,97 (3,188)	28	1,79 (1,618)
31 ou mais anos	13	2,08 (3,427)	14	4,43 (3,502)	8	3,50 (1,414)	9	3,89 (3,180)	16	4,87 (3,044)	2	2,00 (2,828)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,250</i>		<i>0,104</i>		<i>0,988</i>		<i>0,640</i>		<i>0,071</i>		<i>0,569</i>
Procedência												
Oriente (Amazônia)	52	1,90 (1,850)	50	5,38 (3,057)	48	4,15 (3,101)	42	3,57 (3,085)	36	3,78 (2,779)	43	2,05 (2,138)
Ocidente (Andes)	29	2,66 (2,931)	24	4,21 (3,375)	18	3,17 (2,036)	19	4,32 (3,591)	25	4,16 (3,325)	15	1,73 (1,486)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,87 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,161</i>		<i>0,140</i>		<i>0,220</i>		<i>0,410</i>		<i>0,628</i>		<i>0,603</i>
Raça												
Branca	5	3,40 (4,219)	8	2,38 (2,669)	12	4,33 (3,085)	8	2,63 (2,560)	9	3,33 (3,162)	8	1,50 (1,852)
Negra	7	1,43 (1,618)	8	5,38 (3,583)	3	5,67 (3,215)	5	4,20 (4,494)	4	2,00 (1,633)	4	1,75 (2,363)
Parda	35	2,23 (2,390)	31	5,10 (3,015)	27	3,67 (2,527)	30	4,80 (3,316)	27	4,41 (2,965)	25	1,92 (1,681)
Asiática	3	2,00 (1,000)	1	4,00 (-)	2	2,50 (0,707)	1	1,00 (-)	1	2,00 (-)	2	7,00 (4,243)
Indígena	31	2,10 (2,087)	26	5,62 (3,238)	22	3,77 (3,280)	17	2,65 (2,644)	20	4,05 (3,187)	19	1,74 (1,558)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,637</i>		<i>0,057</i>		<i>0,482</i>		<i>0,447</i>		<i>0,513</i>		<i>0,641</i>
Estado civil												
Solteira	9	1,33 (1,225)	10	4,40 (3,565)	12	4,00 (2,629)	7	3,71 (3,773)	7	3,71 (1,604)	15	1,87 (1,922)
Casada	11	2,64 (2,767)	11	4,64 (3,107)	10	4,20 (2,300)	14	4,43 (4,033)	11	5,55 (3,446)	6	4,00 (3,347)
União Estável	61	2,21 (2,339)	52	5,13 (3,181)	43	3,79 (3,121)	38	3,39 (2,814)	41	3,41 (2,855)	36	1,67 (1,586)
Separada	-	-	1	8,00 (-)	1	3,00 (-)	2	7,50 (0,707)	2	6,50 (4,950)	1	2,00 (-)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,447</i>		<i>0,349</i>		<i>0,711</i>		<i>0,995</i>		<i>0,581</i>		<i>0,498</i>

Continuação

Características Sociodemográficas	Vida sexual		Vida social		Alteração do padrão do sono		Imagem corporal		Trabalho		Estudo	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)
Escolaridade												
Primaria (fundamental)	12	1,25 (1,385)	12	5,08 (3,679)	7	1,86 (1,464)	5	4,40 (3,286)	7	3,86 (2,854)	4	2,00 (0,816)
Secundaria (médio)	62	2,19 (2,332)	53	5,26 (3,096)	46	3,98 (3,000)	44	3,57 (3,202)	44	3,73 (3,060)	48	1,77 (2,086)
Superior em andamento	5	4,20 (2,775)	6	4,17 (2,994)	9	4,89 (3,018)	9	3,89 (3,586)	7	5,71 (3,094)	6	3,50 (0,548)
Nível superior completo	2	2,00 (2,828)	3	1,67 (2,082)	4	4,00 (1,414)	3	6,00 (3,464)	3	3,00 (1,000)	-	-
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,074</i>		<i>0,138</i>		<i>0,127</i>		<i>0,497</i>		<i>0,628</i>		<i>0,148</i>
Ocupação												
Do lar	52	2,15 (2,554)	44	4,50 (3,310)	41	3,73 (3,091)	34	3,03 (3,109)	36	2,53 (1,949)	41	1,54 (1,748)
Comerciante	11	2,73 (2,453)	11	4,91 (3,562)	8	4,00 (2,619)	8	6,50 (3,625)	9	6,56 (3,321)	4	3,50 (1,000)
Estudante	8	1,25 (1,165)	8	6,63 (2,504)	6	4,17 (2,927)	9	3,11 (2,088)	3	5,33 (4,163)	7	3,57 (2,992)
Trabalho temporal	9	2,22 (1,093)	7	7,43 (1,134)	7	4,00 (3,109)	6	5,00 (3,033)	10	6,40 (2,951)	6	2,00 (1,414)
Funcionaria pública	1	4,00 (-)	4	3,25 (1,500)	4	4,50 (0,577)	4	4,75 (3,775)	3	3,33 (1,155)	-	-
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,999</i>		<i>0,161</i>		<i>0,578</i>		<i>0,165</i>		<i>0,001</i>		<i>0,064</i>
Com quem reside												
Companheiro e filhos	68	2,24 (2,462)	61	5,11 (3,173)	51	3,73 (2,919)	49	3,78 (3,242)	51	3,86 (3,111)	40	1,83 (1,647)
Pais	12	1,92 (1,240)	11	3,82 (3,219)	13	4,00 (2,415)	10	3,90 (3,213)	7	3,43 (1,512)	16	2,38 (2,754)
Só com Filhos	-	-	1	8,00 (-)	-	-	1	8,00 (-)	1	10,00 (-)	-	-
Outros familiares	1	1,00 (-)	1	8,00 (-)	2	7,00 (4,243)	1	0,00 (-)	2	4,50 (0,707)	2	1,50 (0,707)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,507</i>		<i>0,891</i>		<i>0,163</i>		<i>0,887</i>		<i>0,431</i>		<i>0,712</i>
Tipo de Moradia												
Própria	37	1,95 (2,403)	34	5,26 (3,458)	32	4,16 (3,174)	29	3,90 (3,416)	28	4,14 (3,363)	29	1,76 (2,231)
Alugada	32	2,56 (2,526)	33	4,85 (3,012)	29	3,76 (2,747)	28	3,68 (3,163)	24	3,62 (2,601)	24	2,13 (1,777)
Cedida	12	1,83 (1,030)	7	4,43 (2,936)	5	2,80 (0,837)	4	4,00 (3,266)	9	4,11 (3,018)	5	2,40 (1,517)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,773</i>		<i>0,469</i>		<i>0,333</i>		<i>0,902</i>		<i>0,802</i>		<i>0,405</i>

Continuação

Características Sociodemográficas	Vida sexual		Vida social		Alteração do padrão do sono		Imagem corporal		Trabalho		Estudo	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)
Renda familiar												
< de 1000 Bs.	7	1,43 (0,976)	3	4,67 (3,055)	4	4,75 (3,500)	3	5,00 (4,359)	4	4,00 (2,828)	2	2,50 (2,121)
1100 – 2000 Bs.	14	2,07 (1,900)	11	4,45 (2,806)	10	3,90 (2,923)	10	3,40 (3,565)	9	3,11 (3,018)	10	1,80 (1,874)
2100 – 3000 Bs.	24	2,42 (2,796)	23	4,04 (3,126)	16	3,63 (3,138)	18	3,89 (2,847)	18	3,00 (2,473)	21	1,67 (1,592)
3100 ou mais Bs.	29	2,14 (2,150)	29	5,59 (3,191)	29	3,83 (2,829)	23	3,78 (3,411)	23	4,57 (3,369)	20	2,15 (2,498)
Sem informação	7	2,43 (3,101)	8	6,50 (3,625)	7	4,14 (2,734)	7	3,71 (3,592)	7	5,29 (2,690)	6	2,60 (1,817)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,528</i>		<i>0,073</i>		<i>0,842</i>		<i>0,855</i>		<i>0,107</i>		<i>0,515</i>
Benefício do governo												
Juana Azurduy	32	2,16 (1,629)	30	4,93 (3,118)	30	3,47 (2,515)	24	3,04 (3,043)	28	4,11 (3,392)	23	2,43 (2,390)
Juancito Pinto	13	1,77 (2,774)	9	5,11 (3,689)	8	4,88 (3,357)	11	5,18 (3,188)	11	5,00 (2,966)	4	1,75 (1,708)
Nenhum	31	2,45 (2,803)	32	5,19 (3,306)	25	4,16 (3,249)	23	3,83 (3,433)	19	3,00 (2,449)	29	1,45 (1,502)
Ambos	5	1,60 (1,517)	3	3,33 (1,155)	3	3,00 (1,000)	3	4,67 (3,055)	3	4,33 (0,577)	2	4,50 (0,707)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,870</i>		<i>0,942</i>		<i>0,552</i>		<i>0,388</i>		<i>0,384</i>		<i>0,305</i>
Religião												
Católica	52	2,31 (2,389)	45	5,33 (3,104)	42	3,98 (2,959)	38	3,89 (3,143)	39	4,46 (3,051)	33	2,45 (2,152)
Evangélica	22	2,23 (2,329)	20	4,95 (3,103)	16	4,19 (3,124)	15	3,60 (3,562)	14	3,21 (3,355)	20	1,50 (1,573)
Sem religião	7	1,00 (1,291)	9	3,44 (3,678)	8	2,75 (1,581)	8	3,75 (3,495)	8	2,63 (0,916)	5	0,60 (1,342)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,260</i>		<i>0,133</i>		<i>0,427</i>		<i>0,831</i>		<i>0,063</i>		<i>0,018</i>

As áreas *vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo*, estiveram entre as mais citadas, ao mesmo tempo foram referenciadas como negativas para a qualidade de vida das mães bolivianas, apresentando assim, pontuações baixas neste estudo.

Ocupação teve correlação estatística significativa com *trabalho* ($p=0,001$), esta área foi influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres bolivianas. A maior média de escore para a qualidade de vida foi às mães comerciantes (6,56).

Religião apresentou associação estatística significativa com *estudo* ($p=0,018$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mães entrevistadas. A maior média de escore para a qualidade de vida foi às mães católicas (2,45).

Na tabela 8, mostra-se a associação de variáveis sociodemográficas de acordo com as médias das pontuações nas áreas que foram referenciadas também como negativas: *econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer*.

Tabela 8 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer segundo variáveis sociodemográficas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características Sociodemográficas	Econômico		Perda de independência		Saúde física		Amamentação		Mudança de rotina		Violência doméstica		Lazer	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Faixa etária														
< de 20 anos	16	3,06 (2,886)	9	4,67 (2,449)	4	4,25 (4,193)	6	4,50 (3,271)	6	5,00 (4,000)	2	0,00 (0,000)	2	2,50 (2,121)
21 – 30 anos	21	2,71 (2,217)	14	3,43 (2,709)	12	4,00 (4,243)	9	6,11 (3,444)	9	5,00 (4,243)	4	1,50 (1,000)	1	10,00 (-)
31 ou mais anos	14	3,71 (2,840)	4	5,25 (3,096)	6	1,50 (1,225)	1	2,00 (-)	-	-	-	-	2	4,00 (5,657)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,522</i>		<i>0,963</i>		<i>0,211</i>		<i>0,879</i>		<i>1,000</i>		<i>0,116</i>		<i>0,781</i>
Procedência														
Oriente (Amazônia)	36	3,00 (2,694)	17	4,47 (2,961)	14	3,86 (3,939)	13	4,85 (3,158)	11	6,00 (4,025)	5	0,80 (1,095)	4	5,75 (4,031)
Ocidente (Andes)	15	3,33 (2,410)	10	3,50 (2,121)	8	2,50 (3,295)	3	7,00 (4,359)	4	2,25 (2,630)	1	2,00 (-)	1	0,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,680</i>		<i>0,374</i>		<i>0,421</i>		<i>0,333</i>		<i>0,110</i>		<i>0,374</i>		<i>0,292</i>
Raça														
Branca	9	4,11 (2,934)	5	5,00 (4,690)	4	6,00 (3,651)	3	5,67 (4,933)	2	7,50 (3,536)	-	-	2	5,00 (7,071)
Negra	2	7,00 (4,243)	3	4,00 (1,000)	-	-	-	-	1	10,00 (-)	1	2,00 (-)	1	4,00 (-)
Parda	20	2,55 (2,259)	9	4,00 (1,803)	11	2,82 (3,516)	8	4,63 (2,825)	4	6,25 (4,500)	2	1,00 (1,414)	2	4,50 (4,950)
Asiática	2	3,00 (0,000)	1	3,00 (-)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indígena	18	2,78 (2,487)	9	3,89 (2,848)	7	2,71 (3,861)	5	6,00 (3,808)	8	3,13 (3,357)	3	0,67 (1,155)	-	-
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,159</i>		<i>0,516</i>		<i>0,208</i>		<i>0,799</i>		<i>0,045</i>		<i>0,417</i>		<i>0,927</i>
Estado civil														
Solteira	8	1,75 (1,488)	3	2,00 (2,000)	1	0,00 (-)	4	5,50 (4,435)	4	7,75 (4,500)	1	0,00 (-)	-	-
Casada	11	3,00 (1,897)	6	5,00 (3,162)	6	3,33 (3,933)	5	6,20 (3,421)	2	1,00 (1,414)	-	-	1	10,00 (-)
União Estável	31	3,48 (2,976)	18	4,17 (2,550)	14	3,86 (3,759)	7	4,43 (2,992)	9	4,67 (3,500)	5	1,20 (1,095)	4	3,25 (3,594)
Separada	1	3,00 (-)	-	-	1	0,00 (-)	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,118</i>		<i>0,453</i>		<i>0,755</i>		<i>0,652</i>		<i>0,316</i>		<i>0,374</i>		<i>0,192</i>

Continuação

Características Sociodemográficas	Econômico		Perda de independência		Saúde física		Amamentação		Mudança de rotina		Violência doméstica		Lazer	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Escolaridade														
Primaria (fundamental)	8	2,88 (3,227)	3	3,33 (3,215)	3	3,67 (4,726)	-	-	3	3,67 (5,508)	1	2,00 (-)	-	-
Secundaria (médio)	37	3,08 (2,488)	16	3,69 (2,701)	17	3,00 (3,482)	14	4,79 (3,332)	10	4,90 (3,843)	5	0,80 (1,095)	4	3,25 (3,594)
Sup. em andamento	4	4,00 (3,464)	5	5,00 (1,732)	2	6,00 (5,657)	-	-	1	5,00 (-)	-	-	-	-
Superior completo	2	2,50 (0,707)	3	5,67 (3,785)	-	-	2	8,50 (0,707)	1	10,00 (-)	-	-	1	10,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,799</i>		<i>0,156</i>		<i>0,608</i>		<i>0,149</i>		<i>0,229</i>		<i>0,374</i>		<i>0,192</i>
Ocupação														
Do lar	31	2,81 (2,725)	13	3,54 (3,017)	15	4,40 (4,050)	8	4,38 (3,543)	11	5,36 (4,032)	6	1,00 (1,095)	2	0,50 (0,707)
Comerciante	6	4,17 (2,927)	2	3,00 (2,828)	3	1,33 (1,155)	-	-	-	-	-	-	-	-
Estudante	4	2,75 (1,258)	5	4,00 (0,707)	-	-	2	3,00 (0,000)	1	4,00 (-)	-	-	1	4,00 (-)
Trabalho temporal	7	3,71 (2,928)	3	5,00 (2,646)	4	1,00 (1,155)	3	7,67 (3,215)	2	1,00 (1,414)	-	-	1	8,00 (-)
Funcionaria pública	3	3,00 (1,000)	4	6,00 (3,162)	-	-	3	6,67 (3,215)	1	10,00 (-)	-	-	1	10,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,607)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,536</i>		<i>0,100</i>		<i>0,082</i>		<i>0,190</i>		<i>0,790</i>		<i>0,000</i>		<i>0,002</i>
Com quem reside														
Companheiro e filhos	40	3,38 (2,780)	22	4,36 (2,787)	20	3,70 (3,715)	12	5,17 (3,157)	11	4,00 (3,493)	5	1,20 (1,095)	5	4,60 (4,336)
Pais	10	2,00 (1,491)	5	3,00 (2,000)	1	0,00 (-)	2	4,00 (5,657)	4	7,75 (4,500)	1	0,00 (-)	-	-
Só com Filhos	-	-	-	-	1	0,00 (-)	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros familiares	1	3,00 (-)	-	-	-	-	2	7,00 (4,243)	-	-	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,277</i>		<i>0,314</i>		<i>0,210</i>		<i>0,569</i>		<i>0,110</i>		<i>0,374</i>		<i>0,000</i>
Tipo de Moradia														
Própria	25	3,36 (3,174)	15	4,40 (3,089)	13	3,85 (3,716)	8	5,00 (3,626)	7	5,14 (4,634)	3	0,00 (0,000)	1	4,00 (-)
Alugada	19	2,68 (1,250)	8	4,00 (2,000)	6	2,67 (3,777)	7	5,71 (3,498)	6	5,83 (3,817)	1	2,00 (-)	3	6,00 (5,292)
Cedida	7	3,10 (3,200)	4	3,25 (2,630)	3	2,67 (4,619)	1	4,00 (-)	2	2,00 (0,000)	2	2,00 (0,000)	1	1,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,697</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,694</i>		<i>0,457</i>		<i>0,517</i>		<i>0,931</i>		<i>0,538</i>		<i>0,007</i>		<i>0,692</i>

Continuação

Características Sociodemográficas	Econômico		Perda de independência		Saúde física		Amamentação		Mudança de rotina		Violência doméstica		Lazer	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Renda familiar														
< de 1000 Bs.	4	1,00 (1,155)	-	-	2	5,00 (7,070)	2	9,00 (1,414)	1	10,00 (-)	-	-	-	-
1100 – 2000 Bs.	9	3,11 (2,759)	2	4,00 (0,000)	4	2,25 (2,872)	4	5,50 (2,380)	7	4,43 (3,994)	1	0,00 (-)	1	1,00 (-)
2100 – 3000 Bs.	17	3,18 (2,243)	9	4,33 (3,317)	10	3,10 (3,107)	1	2,00 (-)	3	2,33 (3,215)	2	1,00 (1,414)	1	0,00 (-)
3100 ou mais Bs.	16	4,06 (2,999)	14	4,21 (2,607)	5	4,40 (5,177)	8	4,00 (3,295)	3	5,67 (4,041)	2	1,00 (1,414)	3	7,33 (3,055)
Sem informação	5	1,40 (1,517)	2	2,50 (2,121)	1	2,00 (-)	1	10,00 (-)	1	10,00 (-)	1	2,00 (-)	-	-
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,455</i>		<i>0,649</i>		<i>0,983</i>		<i>0,330</i>		<i>0,730</i>		<i>0,288</i>		<i>0,135</i>
Benefício do governo														
Juana Azurduy	23	3,70 (2,738)	9	3,78 (1,641)	7	3,86 (4,337)	9	4,44 (2,789)	8	4,25 (3,808)	3	0,67 (1,155)	2	9,00 (1,414)
Juancito Pinto	13	2,23 (2,386)	3	3,33 (3,215)	5	2,40 (4,336)	1	8,00 (-)	1	10,00 (-)	2	2,00 (0,000)	-	-
Nenhum	14	2,93 (2,556)	14	4,50 (3,276)	9	3,22 (3,270)	6	6,00 (4,243)	5	6,20 (3,899)	1	0,00 (-)	3	1,67 (2,082)
Ambos	1	3,00 (-)	1	4,00 (-)	1	6,00 (-)	-	-	1	0,00 (-)	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,325</i>		<i>0,551</i>		<i>0,974</i>		<i>0,375</i>		<i>0,909</i>		<i>1,000</i>		<i>0,024</i>
Religião														
Católica	29	3,76 (2,972)	13	5,00 (3,162)	13	3,45 (4,156)	7	5,57 (2,992)	8	5,63 (4,069)	4	1,00 (1,155)	1	8,00 (-)
Evangélica	15	1,67 (1,589)	9	3,89 (1,833)	6	3,67 (3,830)	6	5,50 (3,271)	6	3,33 (3,559)	1	2,00 (-)	3	1,67 (2,082)
Sem religião	7	3,43 (1,272)	5	2,10 (1,643)	3	2,00 (0,000)	3	4,00 (5,292)	1	10,00 (-)	1	0,00 (-)	1	10,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,211</i>		<i>0,044</i>		<i>0,623</i>		<i>0,569</i>		<i>1,000</i>		<i>0,678</i>		<i>0,793</i>

Já as questões do *econômico*, *perda de independência*, *saúde física*, *amamentação*, *mudança de rotina*, *violência doméstica e lazer*, foram mencionadas também como áreas negativas pelas mulheres bolivianas entrevistadas.

A raça teve relação estatística com *mudança de rotina* ($p=0,045$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres bolivianas, com melhores médias para mulheres negras (10,0).

Ocupação apresentou relação estatística com *violência doméstica* ($p=0,000$), e *lazer* ($p=0,002$), sendo essas áreas influenciadas negativamente à qualidade de vida das mulheres estudadas. Quanto ao escore de qualidade de vida, a maior média para a área violência doméstica, foi observada em mulheres que se denominaram do lar (1,00), para a área do lazer, foi observada nas funcionárias públicas (10,0).

Com quem reside apresentou associação estatística com a área do *lazer* ($p=0,000$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres puérperas. O melhor escore desta área foi observado nas puérperas que residiam com companheiros e filhos (4,60).

Tipo de moradia também teve associação estatística com *violência doméstica* ($p=0,007$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mães entrevistadas. O maior escore médio foi apresentado em mães com tipo de moradia cedida (2,00).

O benefício do governo teve relação estatística com *lazer* ($p=0,024$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres bolivianas, com melhores médias para mulheres que recebiam o benefício Juana Azurduy (9,00).

A religião apresentou associação estatística com a área *perda de independência* ($p=0,044$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres puérperas. O melhor escore desta área foi observado nas puérperas católicas (5,00).

Na tabela 9, apresenta-se a associação de variáveis obstétricas de acordo com as áreas *felicidade pelo bebê*, *relacionamento com parceiro*, *relacionamento familiar*, *saúde emocional*, *felicidade geral*, *responsabilidade e realização pessoal*.

Tabela 9 - Associação entre as áreas afetadas positivamente: felicidade pelo bebê, relacionamento com parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade e realização pessoal, segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características Obstétricas	Felicidade pelo bebê		Relacionamento com parceiro		Relacionamento familiar		Saúde emocional		Felicidade geral		Respon- sabilidade		Realizaçã pessoal	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Gestações														
1 – 2	74	9,49 (1,445)	70	5,69 (4,081)	55	8,13 (3,061)	29	5,97 (3,923)	19	7,95 (2,934)	19	6,79 (3,326)	4	7,00 (4,690)
3 – 4	29	9,97 (0,186)	27	6,22 (3,816)	22	7,36 (3,094)	12	5,50 (3,705)	10	6,10 (4,864)	7	6,29 (3,302)	1	10,00 (-)
5 ou mais	10	9,80 (0,632)	10	6,20 (4,341)	10	8,20 (3,155)	1	10,00 (-)	7	8,86 (3,024)	1	4,00 (-)	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,279)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,125</i>		<i>0,557</i>		<i>0,704</i>		<i>0,619</i>		<i>0,893</i>		<i>0,456</i>		<i>0,607</i>
Partos														
1 – 2	83	9,54 (1,373)	79	5,72 (4,057)	61	8,07 (3,065)	33	5,79 (3,982)	20	8,00 (2,865)	21	7,05 (3,263)	4	7,00 (4,690)
3 – 4	24	9,96 (0,204)	22	6,45 (3,863)	21	7,81 (2,874)	9	6,44 (3,358)	14	7,29 (4,480)	6	4,83 (2,714)	1	10,00 (-)
5 ou mais	6	9,67 (0,816)	6	5,67 (4,412)	5	7,00 (4,243)	-	-	2	6,00 (5,657)	-	-	-	-
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,269</i>		<i>0,663</i>		<i>0,469</i>		<i>0,654</i>		<i>0,407</i>		<i>0,143</i>		<i>0,607</i>
Abortos														
Sim	22	10,0 (0,000)	21	6,95 (3,905)	19	8,16 (2,892)	7	4,86 (4,298)	7	9,86 (0,378)	5	8,20 (2,490)	-	-
Não	91	9,55 (1,327)	86	5,60 (4,013)	68	7,88 (3,127)	35	6,14 (3,758)	29	7,07 (3,845)	22	6,18 (3,319)	5	7,60 (4,278)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,115</i>		<i>0,168</i>		<i>0,731</i>		<i>0,424</i>		<i>0,067</i>		<i>0,215</i>		<i>0,000</i>
Consultas pré-natais														
1 - 3	14	9,07 (2,464)	12	4,83 (4,549)	11	8,73 (2,005)	6	4,00 (3,795)	6	8,17 (4,021)	1	8,00 (-)	2	5,00 (7,071)
4 - 6	36	9,50 (1,134)	37	5,46 (3,962)	32	7,88 (3,329)	12	6,83 (3,407)	9	7,11 (4,372)	9	4,78 (2,991)	-	-
7 - 9	63	9,84 (0,700)	58	6,34 (3,927)	44	7,80 (3,107)	24	5,96 (4,005)	21	7,67 (3,322)	17	7,42 (3,144)	3	9,33 (0,577)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,020</i>		<i>0,160</i>		<i>0,453</i>		<i>0,503</i>		<i>0,898</i>		<i>0,170</i>		<i>0,332</i>
Tipo de parto														
Natural	62	9,66 (1,318)	59	5,51 (4,083)	48	7,50 (3,255)	26	5,62 (3,817)	19	6,47 (4,074)	14	5,86 (3,325)	4	7,25 (4,856)
Cesárea	51	9,61 (1,060)	48	6,31 (3,915)	39	8,49 (2,752)	16	6,44 (3,915)	17	8,88 (2,595)	13	7,31 (3,093)	1	9,00 (-)
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>9,64 (1,203)</i>	<i>107</i>	<i>5,87 (4,010)</i>	<i>87</i>	<i>7,94 (3,063)</i>	<i>42</i>	<i>5,93 (3,828)</i>	<i>36</i>	<i>7,61 (3,620)</i>	<i>27</i>	<i>6,56 (3,238)</i>	<i>5</i>	<i>7,60 (4,278)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,815</i>		<i>0,304</i>		<i>0,136</i>		<i>0,506</i>		<i>0,044</i>		<i>0,253</i>		<i>0,768</i>

Continuação

Características Obstétricas	Felicidade pelo bebê		Relacionamento com parceiro		Relacionamento familiar		Saúde emocional		Felicidade geral		Respon- sabilidade		Realizaçã pessoal	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Planejamento da gravidez														
Sim	37	9,81 (0,616)	36	7,31 (3,479)	31	8,42 (2,896)	8	7,75 (3,655)	16	9,06 (2,620)	10	6,90 (3,725)	1	10,00 (-)
Não	76	9,55 (1,399)	71	5,14 (4,086)	56	7,68 (3,146)	34	5,50 (3,792)	20	8,45 (3,940)	17	6,35 (3,020)	4	7,00 (4,690)
Total	113	9,64 (1,203)	107	5,87 (4,010)	87	7,94 (3,063)	42	5,93 (3,828)	36	7,61 (3,620)	27	6,56 (3,238)	5	7,60 (4,278)
Valor de p		0,286		0,008		0,283		0,137		0,029		0,680		0,607
Desejo de ter o último filho														
Sim	55	9,76 (0,769)	51	6,59 (3,790)	43	8,21 (2,956)	17	7,18 (3,468)	20	9,00 (2,294)	12	6,92 (3,476)	2	9,50 (0,707)
Não	58	9,52 (1,501)	56	5,21 (4,124)	44	7,68 (3,175)	25	5,08 (3,894)	16	5,88 (4,256)	15	6,27 (3,127)	3	6,33 (5,508)
Total	113	9,64 (1,203)	107	5,87 (4,010)	87	7,94 (3,063)	42	5,93 (3,828)	36	7,61 (3,620)	27	6,56 (3,238)	5	7,60 (4,278)
Valor de p		0,279		0,077		0,425		0,081		0,008		0,614		0,498
Tentativa de abortar na última gestação														
Sim	10	9,90 (0,316)	9	4,00 (4,664)	8	6,25 (2,915)	4	4,25 (4,646)	2	5,00 (7,071)	5	5,20 (3,421)	1	9,00 (-)
Não	103	9,61 (1,203)	98	6,04 (3,927)	79	8,11 (3,042)	38	6,11 (3,762)	34	7,76 (3,476)	22	6,86 (3,197)	4	7,25 (4,856)
Total	113	9,64 (1,203)	107	5,87 (4,010)	87	7,94 (3,063)	42	5,93 (3,828)	36	7,61 (3,620)	27	6,56 (3,238)	5	7,60 (4,278)
Valor de p		0,472		0,145		0,101		0,363		0,301		0,309		0,758

As áreas *felicidade pelo bebê, relacionamento com o parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, felicidade geral, responsabilidade e realização pessoal*, segundo características obstétricas, foram consideradas como positivas para a qualidade de vida das mulheres bolivianas.

O aborto teve relação estatística com *realização pessoal* ($p=0,000$), sendo esta área influenciada positivamente à qualidade de vida das mulheres bolivianas, com melhor média para as que não tiveram antecedentes de abortos (7,60).

As consultas pré-natais tem relação estatística com *felicidade pelo bebê* ($p=0,020$), sendo esta área influenciada positivamente à qualidade de vida das mulheres estudadas. Quanto ao escore de qualidade de vida, a maior média para a área felicidade pelo bebê, foi observada em mulheres que fizeram entre 7 e 9 consultas pré-natais (9,84).

O tipo de parto apresentou associação estatística com a área *felicidade geral* ($p=0,044$), sendo esta área influenciada positivamente à qualidade de vida das mulheres puérperas. O melhor escore desta área foi observado nas puérperas que deram a luz por cesárea (8,88).

O planejamento da gravidez apresentou relação estatística com *relacionamento com parceiro* ($p=0,008$), e *felicidade geral* ($p=0,029$), sendo essas áreas influenciadas positivamente à qualidade de vida das mulheres estudadas. Quanto ao escore de qualidade de vida, as maiores médias para as áreas relacionamento com parceiro e felicidade geral foram observadas em mulheres que planejaram a última gravidez (7,31) e (9,06).

O desejo de ter o último filho, também teve associação estatística com *felicidade geral* ($p=0,008$), sendo esta área influenciada positivamente à qualidade de vida das mães entrevistadas. O maior escore de média foi apresentado em mães que tiveram desejo em ter este último filho (9,00).

Na tabela 10, apresenta-se a associação de variáveis obstétricas de acordo com as áreas *vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo*.

Tabela 10 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo, segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características Obstétricas	Vida sexual		Vida social		Alteração do padrão do sono		Imagem corporal		Trabalho		Estudo	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)
Gestações												
1 – 2	51	1,96 (1,865)	48	4,88 (3,001)	46	3,87 (2,918)	39	3,36 (2,942)	37	3,46 (2,545)	45	1,84 (2,033)
3 – 4	23	2,52 (3,132)	18	4,94 (3,654)	16	4,38 (2,825)	16	5,13 (3,845)	16	4,81 (3,619)	12	2,58 (1,730)
5 ou mais	7	2,57 (2,225)	8	5,88 (3,482)	4	2,00 (2,160)	6	3,17 (2,858)	8	4,38 (3,503)	1	0,00 (-)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,181)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>59</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,315</i>		<i>0,491</i>		<i>0,612</i>		<i>0,428</i>		<i>0,210</i>		<i>0,625</i>
Partos												
1 – 2	57	2,04 (2,104)	53	5,08 (3,028)	52	4,04 (2,983)	43	3,53 (3,089)	41	3,51 (2,694)	49	1,88 (2,027)
3 – 4	20	2,60 (2,927)	16	4,31 (3,807)	12	3,75 (2,261)	15	4,27 (3,826)	16	4,38 (3,403)	9	2,44 (1,740)
5 ou mais	4	2,00 (1,826)	5	6,60 (2,608)	2	0,50 (0,707)	3	5,33 (2,309)	4	6,50 (3,512)	-	-
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,548</i>		<i>0,765</i>		<i>0,193</i>		<i>0,266</i>		<i>0,052</i>		<i>0,435</i>
Abortos												
Sim	17	2,94 (3,596)	12	6,67 (3,200)	15	4,40 (3,019)	11	5,27 (4,077)	13	2,62 (2,785)	10	1,30 (1,703)
Não	64	1,97 (1,808)	62	4,68 (3,109)	51	3,73 (2,836)	50	3,48 (2,978)	48	4,29 (2,975)	48	2,10 (2,024)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,123</i>		<i>0,047</i>		<i>0,428</i>		<i>0,097</i>		<i>0,073</i>		<i>0,247</i>
Consultas pré-natais												
1 - 3	12	1,33 (1,670)	9	5,00 (3,969)	6	3,67 (3,445)	4	3,25 (4,573)	7	3,71 (2,984)	7	1,43 (0,976)
4 - 6	26	2,23 (2,215)	27	5,00 (3,150)	24	3,46 (2,340)	22	4,23 (3,236)	23	4,48 (2,794)	21	1,81 (1,778)
7 - 9	43	2,37 (2,498)	38	5,00 (3,111)	36	4,19 (3,124)	35	3,60 (3,164)	31	3,58 (3,170)	30	2,20 (2,280)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,221</i>		<i>1,000</i>		<i>0,412</i>		<i>0,757</i>		<i>0,560</i>		<i>0,307</i>
Tipo de parto												
Natural	48	2,21 (2,221)	44	5,05 (3,042)	40	3,33 (2,566)	29	3,31 (2,965)	35	3,97 (3,034)	32	2,19 (2,101)
Cesárea	33	2,12 (2,459)	30	4,93 (3,443)	26	4,73 (3,144)	32	4,25 (3,455)	26	3,88 (2,998)	26	1,69 (1,828)
<i>Total</i>	<i>81</i>	<i>2,17 (2,306)</i>	<i>74</i>	<i>5,00 (3,188)</i>	<i>66</i>	<i>3,88 (2,869)</i>	<i>61</i>	<i>3,80 (3,239)</i>	<i>61</i>	<i>3,93 (2,994)</i>	<i>58</i>	<i>1,97 (1,982)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,869</i>		<i>0,883</i>		<i>0,051</i>		<i>0,261</i>		<i>0,912</i>		<i>0,349</i>

Continuação

Características Obstétricas	Vida sexual		Vida social		Alteração do padrão do sono		Imagem corporal		Trabalho		Estudo	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)
Planejamento da gravidez												
Sim	29	2,55 (2,720)	26	5,92 (3,161)	24	4,38 (3,499)	22	4,64 (3,886)	23	3,87 (3,362)	19	1,37 (1,461)
Não	52	1,96 (2,038)	48	4,50 (3,122)	42	3,60 (2,440)	39	3,33 (2,756)	38	3,97 (2,795)	38	2,26 (2,149)
Total	81	2,17 (2,306)	74	5,00 (3,188)	66	3,88 (2,869)	61	3,80 (3,239)	61	3,93 (2,994)	58	1,97 (1,982)
Valor de p		0,272		0,066		0,292		0,133		0,897		0,110
Desejo de ter o último filho												
Sim	34	2,65 (2,762)	38	5,26 (3,125)	36	4,44 (3,112)	36	4,39 (3,728)	32	4,44 (3,417)	25	2,12 (1,787)
Não	47	1,83 (1,869)	36	4,72 (3,274)	30	3,20 (2,427)	25	2,96 (2,169)	29	3,38 (2,382)	33	1,85 (2,138)
Total	81	2,17 (2,306)	74	5,00 (3,188)	66	3,88 (2,869)	61	3,80 (3,239)	61	3,93 (2,994)	58	1,97 (1,982)
Valor de p		0,116		0,469		0,079		0,090		0,170		0,610
Tentativa de abortar na última gestação												
Sim	8	1,63 (1,506)	7	5,29 (2,752)	5	4,20 (3,493)	4	1,50 (1,291)	6	3,83 (3,371)	8	1,75 (1,581)
Não	73	2,23 (2,378)	67	4,97 (3,247)	61	3,85 (2,895)	57	3,96 (3,279)	51	3,95 (2,984)	50	2,00 (2,050)
Total	81	2,17 (2,306)	74	5,00 (3,188)	66	3,88 (2,869)	61	3,80 (3,239)	61	3,93 (2,994)	58	1,97 (1,982)
Valor de p		0,483		0,805		0,797		0,143		0,931		0,744

As áreas *vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho e estudo*, segundo características obstétricas, foram consideradas como negativas para a qualidade de vida das mulheres bolivianas.

Neste grupo só aborto teve relação estatística com *vida social* ($p=0,047$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres bolivianas, com melhor média para as que tiveram antecedentes abortivos (6,67).

Na tabela 11, mostra a associação de variáveis obstétricas de acordo com as áreas do *econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer*.

Tabela 11 - Associação entre as áreas afetadas negativamente: econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer, segundo características obstétricas. Cobija – Pando – Bolívia. Fevereiro de 2015.

Características Obstétricas	Econômico		Perda de independência		Saúde física		Amamentação		Mudança de rotina		Violência doméstica		Lazer	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Gestações														
1 – 2	28	2,64 (2,004)	20	4,10 (2,490)	10	3,80 (4,290)	12	4,92 (3,450)	11	4,82 (3,737)	4	0,50 (1,000)	3	5,00 (4,583)
3 – 4	16	3,38 (2,849)	5	4,20 (3,564)	9	3,78 (3,420)	4	6,25 (3,304)	3	7,33 (4,619)	1	2,00 (-)	1	0,00 (-)
5 ou mais	7	4,29 (3,861)	2	4,00 (4,243)	3	0,67 (1,155)	-	-	1	0,00 (-)	1	2,00 (-)	1	8,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,115</i>		<i>1,000</i>		<i>0,316</i>		<i>0,510</i>		<i>0,758</i>		<i>0,158</i>		<i>0,820</i>
Partos														
1 – 2	32	2,97 (2,584)	22	4,27 (2,729)	14	3,79 (4,023)	12	4,92 (3,450)	12	5,25 (3,864)	5	0,80 (1,095)	3	5,00 (4,583)
3 – 4	15	3,73 (2,764)	4	4,00 (2,582)	5	3,80 (3,493)	4	6,25 (3,304)	2	6,00 (5,657)	-	-	1	0,00 (-)
5 ou mais	4	1,75 (1,708)	1	1,00 (-)	3	0,67 (1,155)	-	-	1	0,00 (-)	1	2,00 (-)	1	8,00 (-)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,916</i>		<i>0,345</i>		<i>0,275</i>		<i>0,510</i>		<i>0,388</i>		<i>0,374</i>		<i>0,820</i>
Abortos														
Sim	11	5,00 (3,847)	4	5,50 (3,697)	7	3,86 (4,100)	4	7,00 (2,944)	3	7,67 (4,041)	2	1,00 (1,414)	2	2,00 (2,828)
Não	40	2,58 (1,880)	23	3,87 (2,492)	15	3,13 (3,623)	12	4,67 (3,393)	12	4,33 (3,869)	4	1,00 (1,155)	3	6,33 (4,726)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,005</i>		<i>0,270</i>		<i>0,680</i>		<i>0,241</i>		<i>0,208</i>		<i>1,000</i>		<i>0,340</i>
Consultas pré-natais														
1 - 3	7	3,86 (4,259)	1	2,00 (-)	1	9,00 (-)	2	8,50 (0,707)	3	4,33 (4,933)	-	-	1	1,00 (-)
4 - 6	16	2,88 (2,062)	8	4,00 (2,449)	6	1,83 (3,125)	5	4,60 (3,130)	5	4,00 (4,000)	1	2,00 (-)	1	8,00 (-)
7 - 9	28	3,04 (2,426)	18	4,28 (2,866)	15	3,60 (3,699)	9	4,89 (3,621)	7	6,00 (4,41)	5	0,80 (1,095)	3	4,67 (5,033)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,601</i>		<i>0,518</i>		<i>0,838</i>		<i>0,319</i>		<i>0,472</i>		<i>0,374</i>		<i>0,631</i>
Tipo de parto														
Natural	31	2,90 (2,385)	12	3,50 (2,195)	12	3,67 (3,627)	6	6,50 (3,271)	10	4,60 (4,033)	3	1,33 (1,155)	2	4,50 (4,950)
Cesárea	20	3,40 (2,927)	15	4,60 (2,995)	10	3,00 (3,944)	10	4,50 (3,342)	5	5,80 (4,266)	3	0,67 (1,155)	3	4,67 (5,033)
<i>Total</i>	<i>51</i>	<i>3,10 (2,594)</i>	<i>27</i>	<i>4,11 (2,679)</i>	<i>22</i>	<i>3,36 (3,697)</i>	<i>16</i>	<i>5,25 (3,357)</i>	<i>15</i>	<i>5,00 (4,000)</i>	<i>6</i>	<i>1,00 (1,095)</i>	<i>5</i>	<i>4,60 (4,336)</i>
<i>Valor de p</i>		<i>0,510</i>		<i>0,298</i>		<i>0,284</i>		<i>0,262</i>		<i>0,603</i>		<i>0,519</i>		<i>0,973</i>

Continuação

Características Obstétricas	Econômico		Perda de independência		Saúde física		Amamentação		Mudança de rotina		Violência doméstica		Lazer	
	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	Nº	Média (DP)	N	Média (DP)
Planejamento da gravidez														
Sim	11	3,45 (2,423)	9	4,89 (2,522)	11	3,91 (4,011)	8	5,13 (3,563)	3	4,57 (5,033)	2	0,00 (0,000)	2	0,00 (2,828)
Não	40	3,00 (2,660)	18	3,72 (2,740)	11	2,82 (3,459)	8	5,38 (3,378)	12	5,08 (3,965)	4	1,50 (1,000)	3	6,33 (4,726)
Total	51	3,10 (2,594)	27	4,11 (2,679)	22	3,36 (3,697)	16	5,25 (3,357)	15	5,00 (4,000)	6	1,00 (1,095)	5	4,60 (4,336)
Valor de p		0,612		0,295		0,502		0,888		0,879		0,116		0,340
Desejo de ter o último filho														
Sim	21	3,67 (2,689)	15	5,20 (2,541)	14	3,50 (3,611)	11	5,64 (3,325)	5	5,20 (4,604)	2	0,00 (0,000)	3	4,67 (5,033)
Não	30	2,70 (2,493)	12	2,75 (2,261)	8	3,13 (4,086)	5	4,40 (3,647)	10	4,90 (3,929)	4	1,50 (1,000)	2	4,50 (4,950)
Total	51	3,10 (2,594)	27	4,11 (2,679)	22	3,36 (3,697)	16	5,25 (3,357)	15	5,00 (4,000)	6	1,00 (1,095)	5	4,60 (4,336)
Valor de p		0,193		0,015		0,825		0,515		0,897		0,116		0,973
Tentativa de abortar na última gestação														
Sim	6	4,50 (2,811)	2	4,50 (3,536)	1	2,00 (-)	1	4,00 (-)	-	-	-	-	1	1,00 (-)
Não	45	2,91 (2,539)	25	4,08 (2,691)	21	3,43 (3,776)	15	5,33 (3,457)	15	5,00 (4,000)	6	1,00 (1,095)	4	5,50 (4,435)
Total	51	3,10 (2,594)	27	4,11 (2,679)	22	3,36 (3,697)	16	5,25 (3,357)	15	5,00 (4,000)	6	1,00 (1,095)	5	4,60 (4,336)
Valor de p		0,161		0,836		0,716		0,714		0,000		0,000		0,431

As áreas do *econômico*, *perda de independência*, *saúde física*, *amamentação*, *mudança de rotina*, *violência doméstica e lazer*, segundo características obstétricas, foram consideradas como negativas para a qualidade de vida das mulheres bolivianas.

O aborto teve relação estatística com a área do *econômico* ($p=0,005$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres estudadas. Quanto ao escore de qualidade de vida, a maior média teve mulheres com antecedentes abortivos (5,00).

O desejo de ter o último filho apresentou associação estatística com a área *perda de independência* ($p=0,015$), sendo esta área influenciada negativamente à qualidade de vida das mulheres puérperas. O melhor escore desta área foi observado nas puérperas que tinham desejo de ter este último bebê (5,20).

A tentativa de aborto na última gravidez apresentou relação estatística com *mudança de rotina* ($p=0,000$), e *violência doméstica* ($p=0,000$), sendo essas áreas influenciadas negativamente à qualidade de vida das mulheres estudadas. Quanto ao escore de qualidade de vida, as maiores médias para as áreas mudança de rotina e violência doméstica foram observadas em mulheres que não tentaram abortar este último bebê (5,00) e (1,00).

6. DISCUSSÃO

6.1 Tradução, adaptação transcultural do MGI.

Para realização deste estudo, optou-se o referencial metodológico de tradução e adaptação transcultural, as etapas descritas por Beaton *et al.*, 2007, considerando que os passos são rigorosamente confiáveis. A metodologia vem sendo utilizado por diversos autores com trabalhos de tradução e adaptação de questionários e escalas a nível internacional (SILVA, 2009; BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012; BUENO *et al.*, 2013; RIBEIRO, 2015).

No processo de tradução, adaptação transcultural do MGI, para uso no Brasil (RIBEIRO, 2015), não foram relatadas dificuldades de tradução do instrumento de forma geral. Do mesmo modo, no estudo boliviano percebeu-se que os significados das palavras na língua inglesa apresentavam praticamente o mesmo significado na língua espanhola.

Na fase de *back-translation*, houve pequenas diferenças com o índice original, mas não se configuram uma inconsistência grave que atrapalhe o andamento do percurso metodológico. Visto que a *back-traslation* é apenas um tipo de verificação de validade, indicada para destaques de inconsistências grosseiras ou erros conceituais de tradução (BEATON *et al.*, 2007).

Na etapa do comitê de especialistas foram verificadas as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o documento original do MGI e o criado para o idioma espanhol no contexto boliviano.

Nesta etapa, a partir da leitura e discussão em grupo do índice, os juízes construíram a versão pré-final. Como se trata de um instrumento curto, as principais inconsistências observadas foram relacionadas à sintaxe, a ortografia e aos tempos verbais das frases, inconsistências pertencentes à equivalência semântica.

Na fase de pré-teste, a aplicação em forma de entrevista da nova versão em espanhol do MGI, junto à puérperas bolivianas, mostrou ser de fácil uso, considerando a opinião sobre dificuldades, bem como o tempo de preenchimento. Assegurando que a versão adaptada mantivesse a sua equivalência em uma situação de aplicação.

6.2 Validação do MGI.

O processo de validação de conteúdo é uma fase importante do desenvolvimento e adaptação de questionários e escalas. É o início do processo que engloba medidas de avaliação de tipos de validade (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Dessa forma, considerou-se a realização da validade de conteúdo por meio do julgamento de cinco juízes seguida pelo cálculo do IVC.

A média do IVC para todos os itens do instrumento, que representa a validade de conteúdo global do instrumento foi 1,00, ou seja, todos os especialistas concordaram que o item do conteúdo é válido. Este resultado é concordante com as orientações fornecidas por Lynn (1986) que preconiza o IVC aceitável, à relação do número de peritos. Quando há 5 ou menos especialistas, o IVC deve ser 1,00, isto é, todos os especialistas devem concordar que o conteúdo do item é válido.

No estudo brasileiro (RIBEIRO, 2015) o julgamento do IVC, foi realizada por sete juízes. Onde 85,7% considerou que 100% das asertivas eram compreensíveis. Apenas uma juíza considerou todos os exemplos como desnecessários. Desse modo, o IVC do MGI versão brasileira foi 0,90, indicando um bom nível de concordância entre os especialistas.

6.2.1 Caracterização sociodemográfica das puérperas

A análise dos dados sociodemográficos permitiu traçar o perfil das puérperas, evidenciando algumas características que podem influenciar direta ou indiretamente na qualidade de vida da população estudada.

Referente às *características sociodemográficas* das puérperas que participaram do processo de validação do MGI – versão boliviana, a faixa etária predominante de 21 e 30 anos, ao serem comparados com os números gerais da Bolívia, são coincidentes com a realidade do país (BOLÍVIA-INE, 2012).

A avaliação da qualidade de vida entre adultos jovens deve sempre estar associada a outras características, pois apenas a idade não é um preditor para determinar a qualidade de vida da população estudada.

Os dados deste estudo em relação à *procedência*, mostra que existe uma migração predominante de mulheres que são da região andina. Este achado evidencia uma realidade cada vez mais frequente, na qual se tem observado o deslocamento de pessoas da zona Andina para a zona da Amazônia, em busca de melhores condições de vida.

Considera-se que os principais fatores migratórios de pessoas da região andina para a amazônica foram modificando de acordo as condições históricas do país. Assim, a partir do século XX, a migração em Bolívia se intensificou e tomou características inéditas e a sua vez multidirecionais. Os estudos sobre este assunto assumem que o traslado, seja temporal ou definitivo para a região amazônica é em busca de trabalho e terras. Segundo documento governamental, 30% dos Potosinos migram constantemente, seguidos de Oruro. La Paz em sua maioria chega a ser emissor e receptor de pessoas (BOLIVIA, 2012).

A migração é um problema que afeta a todos os departamentos (estados), os efeitos destes problemas de transição não só se expressam nos lugares de destino dos migrantes, como também nas regiões de origem. Em termos gerais a migração é um assunto constante dos estudos sociais na Bolívia (BOLIVIA, 2012).

Quando indagadas acerca da *raça*, houve predomínio da cor parda e indígena. A *raça* parda, também conhecida como “tri-racial” é um termo antigo das colônias espanholas na América, dada à mistura dos descendentes de escravos africanos com os europeus e indígenas para formar um povo que não era nem mestiço nem mulato.

Portanto, a composição étnica de Bolívia compreende uma grande diversidade de culturas. A maioria dos índios assimilou a cultura mestiça, diversificando e ampliando suas raízes ancestrais. Segundo o Censo de 2012, a grande maioria da população boliviana assume sua identidade como mestiça.

Na Bolívia, apesar da mestiçagem, como uma ideologia da identidade nacional e da coesão social, ainda permanece a discriminação com base na pigmentocracia ou na cor da pele, mesmo que veladamente, não só no campo da estrutura social, mas também vinculada aos espaços de convivência, educação, emprego e de acesso a serviços do estado. É um dos elementos chaves para justificar a exclusão social, opressão e

dominação. O que pode ser um fator associado à má qualidade de vida da população estudada (HALL; GUILLETTE; HARRY, 2005).

Segundo estudos das condições sociais e econômicas dos povos indígenas na América Latina, a condição de ser indígena equivale a ser pobre e que ao longo do tempo esta situação tem sido perpetuada. Mesmo acumulando capital humano (ou seja, oportunidades de educação ou de formação), eles não podem ser significativamente maiores nem reduzir a pobreza que diferencia da população não indígena. Esta conclusão é válida para países onde os povos indígenas constituem uma pequena fração da população em geral, assim como em grande parte da população indígena, como Bolívia (NACIONES UNIDAS, 2010).

Em relação ao *estado civil*, a análise revelou que a maioria das mulheres entrevistadas estava em um relacionamento de união estável. Bolívia é um dos países que fornece um regulamento orgânico das uniões conjugais, tanto a nível constitucional assim como legal, estabelecendo a proteção a essas uniões e determinando os efeitos e as consequências jurídicas que produzem, que na maioria dos casos e em determinadas circunstâncias, eles serão equiparados aos efeitos do matrimônio (OEA, 2011).

Pesquisa longitudinal britânico, realizada entre os anos de 1991 e 2008, com 30.000 pessoas, retratou que a união marital proporciona melhor qualidade de vida, logo pessoas casadas são mais felizes do que as solteiras (YAP; ANUSIC; LUCAS, 2012).

Quando a *escolaridade*, o presente estudo mostra um achado alarmante, visto que a maioria das mulheres apresenta um baixo nível de escolaridade, com apenas ensino médio completo ou ainda cursando este grau.

A educação é um importante investimento, pois possibilita o acesso a trabalhos mais qualificados e tem efeitos de longo prazo que melhoram a satisfação pessoal, profissional e emocional.

De acordo com o Censo de 2012, realizado na Bolívia, o nível de instrução mais alto alcançado de homens e mulheres de 19 anos ou mais foi o secundário (ensino médio), com 41,1%; a taxa de analfabetismo nas mulheres foi de 5,23 pontos percentuais. Segundo a situação de emprego das pessoas com 15 anos ou mais, a taxa de analfabetismo é maior no grupo de trabalhador familiar ou aprendiz sem remuneração

8,3% e a taxa mais baixa na categoria ocupacional dos trabalhadores/funcionários 1,1% (BOLIVIA, 2012).

Referente à *ocupação*, verificou-se um alto percentil das mulheres que exercia função de donas de casa, que moravam em casa dos pais e que viviam de aluguel. Além disso, existe um percentil baixo na renda familiar, sendo o salário mínimo vigente até abril de 2015 de Bs. 1.440 (206 dólares) (BOLIVIA, 2015).

Estudos comprovaram que o desemprego está associado a uma série de condições negativas para saúde dos sujeitos (LOHR, 2002; WONG *et al.*, 2005). Um estudo realizado em 11 estados da União Europeia (UE), ficou evidenciado que a falta de emprego levou a níveis mais baixos de satisfação com a vida em todos os países estudados (SCHYTT; LINDMARK; WALDENSTROM, 2005).

Outra pesquisa, realizada com 792 jovens com intuito de avaliar a qualidade de vida, ratificou que os desempregados possuem níveis mais baixos de qualidade de vida que os demais (AXELSSON *et al.*, 2007).

Do exposto, são necessários esforços governamentais que impulsionem a capacitação dos jovens desempregados, gerando programas que melhorem não apenas o nível educacional, mas, também, invistam no desenvolvimento pessoal da população, de modo a lançar jovens capacitados no mercado de trabalho.

Em relação ao *benefício oferecido pelo governo*, quase a metade das mulheres recebiam o Bono Juana Azurduy. Este auxílio é uma medida social que visa melhorar a saúde e nutrição de mulheres grávidas e crianças menores de dois anos, estabelecido pelo Decreto Supremo 066 de 3 de abril de 2009. Trata-se de uma bolsa que a mulher recebe em dinheiro efetivo pela assistência regular a quatro controles pré-natais em datas programadas pelo pessoal de saúde, no parto institucional por pessoal qualificado e controles médicos das crianças até os dois anos de idade. Esta bolsa beneficia a mulheres grávidas e criança até os dois anos de idade (BOLIVIA-MSD, 2009).

Ademais existe outra bolsa denominada *Bono Juancito Pinto*, trata-se de um programa de transferência condicionada com ênfase à eliminação do trabalho infantil e aumento na matrícula escolar. Procura incentivar o ingresso, permanência e culminação do infante nas escolas, especialmente na área rural (BOLIVIA, 2012).

Concernente à *religião*, existe um elevado porcentagem de mães que se declararam ser católicas. Possuir uma religião é fundamental, pois favorece o entrosamento social, melhora a autoavaliação da saúde e ainda reduz os sentimentos depressivos (ELLEN; JULIE; STANISLAV, 2009).

6.2.2 Caracterização obstétricas das puérperas

Em relação às *histórias obstétricas*, foi verificado que a maioria das mulheres entrevistadas, estava em sua primeira ou segunda gestação, assim como o primeiro ou segundo parto. Corroborando com os achados dos dados sócio demográficos, se observa que a maioria destas puérperas, são mães jovens estudantes, quase inexperientes em relação à maternidade.

Nesse sentido, o papel das mães estudantes é uma função em que algumas mulheres devem conviver e conciliar (GARCÉS, 2008). Por um lado, o desejo pessoal de estudar uma carreira que lhes permita inserir-se no mundo do trabalho e responder às exigências; e por outro, o papel de mãe que deve ser executado de acordo com estereótipo cultural e as expectativas sociais, afetando em maior ou menor grau, o processo de aprendizagem e desempenho como estudante, e influenciando negativamente sobre sua qualidade de vida pessoal assim como familiar.

A nova lei da Juventude, aprovada em 2013, se constitui no quadro jurídico mais importante para as adolescentes. Neste contexto, se destaca o papel das organizações juvenis para influenciar a inclusão de uma abordagem conceitual e enquadramento dos direitos de acordo com as suas necessidades e expectativas. Esta lei inclui princípios de não discriminação, igualdade de gênero, diversidade e identidade cultural, religiosos, econômicos, sociais e de orientações sexuais, serviços de atenção diferenciada, ação afirmativa, solicitar e receber informação em todas as áreas da saúde, livre associação e participação social entre outros (CASTRO; LOPEZ, 2014).

Segundo dados do Censo 2012, na Bolívia existem 37.741 mães em idades entre 15 e 18 anos. Os maiores índices de mães adolescentes são registrados em Santa Cruz (12.749), Cochabamba (6.497) e La Paz (6.471), enquanto a menor incidência esta em Pando (993) (CALLE, 2014).

Situação similar acontece no Brasil, onde se estima que aproximadamente 20-25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, apontando que uma em cada cinco

gestantes são adolescentes entre 14 e 20 anos de idade (SANTOS, 1999). Além disso, verifica-se que no Brasil, se assiste a um aumento do número de adolescentes que engravidam. Ao contrário do que acontece nos restantes países ocidentais, nos quais tende a ocorrer uma diminuição na ocorrência deste evento (Pesquisa GRAVAD, 2015).

Em relação aos *abortos*, existe um elevado número de mulheres com antecedentes abortivos. Na Bolívia, esta prática estima-se em 80.000 abortos cada ano, traduzidos em uma média de 215 por dia. Enquanto não se tem dados exatos sobre o número de mortes, a OMS estima que 9,1% das mortes maternas, são por abortos (KIMBALL, 2013).

O aborto é um fato tão comum que, desde a abertura democrática, estabeleceu-se uma rede estável e eficiente que atende as demandas das mulheres para controlar a sua reprodução.

Segundo a historiadora Natalie Kimball, na Bolívia abortam cada ano entre 40.000 e 80.000 mulheres, cada dia 115 mulheres realizam esta prática, três em cada cinco mulheres descontinuam pelo menos uma gravidez na vida, o que indica que a taxa de aborto na Bolívia é uma das mais altas na região (KIMBALL, 2013).

Tal estudo foi baseado em 113 entrevistas e a revisão de mais de 3000 prontuários médicos para reconstruir dois aspectos centrais da história reprodutiva das mulheres, o fenômeno social, político e médico da gravidez indesejada; e em segundo lugar as experiências pessoais das mulheres (KIMBALL, 2013).

Em relação às *consultas pré-natais* durante a gravidez, neste estudo percebeu-se que ainda existem mulheres que realizaram poucas ou nada de consultas no médico. Lembrando que o risco de morte na Bolívia aumenta com a falta de conhecimento sobre possíveis problemas que podem surgir durante a gravidez e parto, ou seja, pela má nutrição durante o desenvolvimento e o ciclo reprodutivo, baixos níveis educacionais e falta de recursos econômicos. Portanto, existe menos acesso aos serviços, que muitas vezes dependem também do poder de decisão (BOLIVIA, 2011).

De acordo com a última *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDSA), a cobertura de assistência pré-natal foi elevada, 77% das mulheres assistiram a suas consultas durante a gestação, enquanto que na área rural esse percentual caía para 58%. Além disso, de acordo com a mesma fonte, o controle pós parto durante a primeira

semana, alcançou apenas 12% nas mulheres que deram a luz. Porém, é importante notar que, com exceção do departamento de Beni, onde a maioria das mulheres morre durante a gravidez, cerca de 80%, em média destas mortes maternas, foram durante o parto ou na primeira semana do puerpério (BOLÍVIA-ENDSA, 2008).

Os resultados do estudo também evidenciaram outro achado preocupante, acerca do *tipo de parto*, no qual foi exposto um percentil elevado de mulheres que realizaram cesáreas. Realidade presente a nível nacional, apresentada em um estudo da OMS, na Bolívia, 40% dos partos foi realizado por cesárea.

De acordo com a recomendação da OMS, partos por cesáreas devem alcançar, no máximo, 15% do total dos partos, limitando-se a situações de risco tanto da mãe quanto da criança (WHO, 1985).

As causas principais são: as emergências ante o perigo de morte da mãe ou do bebê, além de outras causas como o medo à dor, estética, pouco conhecimento das mulheres e o despreparo dessas em relação ao parto normal, a indução pelo médico, os profissionais que acomodam seus horários e a falta de fiscalização. A quantidade de cesáreas injustificadas está aumentando sem nenhuma razão médica, entretanto a cesárea tornou-se tão comum que o parto normal deixou de ser uma opção, colocando em risco desnecessário milhares de mulheres e seus bebês (CAMPANA; PELLOSO, 2007; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010; WHO, 2012).

Por outro lado, uma pesquisa que compara a expectativa de puérperas adolescentes e adultas quanto ao tipo de parto e o seu conhecimento do motivo da cesárea, concluiu que o parto normal era o tipo de parto esperado pela maioria das mulheres 67 (55,8%), sendo que essa expectativa diminui dentre aquelas com cesárea prévia. A principal justificativa para a preferência da via vaginal é a recuperação mais rápida, enquanto que as razões para a escolha da cesárea são as complicações consigo ou com o recém-nascido (BRUZADELI; TAVARES, 2010).

Enquanto ao *planejamento da última gravidez*, este estudo mostra um elevado número de mães que não tiveram a oportunidade de realizar o planejamento da sua última gravidez. Segundo o último Censo de 2012, a Bolívia apresenta 11,3% gravidezes não desejadas do total de grávidas da população. 74% gravidezes não

planejadas em adolescentes entre 15 e 19 anos de idade, 9% adolescentes de 13 e 14 anos de idade já esteve alguma vez grávida (BOLIVIA-INE, 2012).

Gravidez não planejada é toda gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Embora pouco estudada, a gravidez não planejada representa risco aumentado de ansiedade e de depressão, sobretudo no período puerperal (GIPSON; KOENIG; HINDIN, 2008).

O planejamento familiar é uma estratégia eficaz para evitar as gravidezes indesejadas e conseqüentemente o aborto. Entretanto, fica evidenciada a premente necessidade de melhores ações envolvidas ao planejamento familiar, pois apesar de existirem políticas com esse enfoque, a prática assistencial ainda falha, e na maioria das vezes, se restringe meramente a entrega de contraceptivos, sem quaisquer atividades de educação em saúde que deem oportunidade para a mulher escolher o método que mais se adeque com seu organismo.

Em relação ao *desejo de ter filhos*, mais da metade das mulheres entrevistadas não desejaram ter o último filho. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável. Ambas são responsáveis por uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal. A sua ocorrência tem impacto importante na oferta de cuidados de pré-natal, na orientação sobre aleitamento materno, no estado nutricional infantil e nas taxas de morbimortalidade materno-infantil.

A principal causa de gravidez indesejada, dentro de uma visão sociocultural laica, é o baixo índice de utilização de métodos contraceptivos. Este fator é mais frequente nos países pouco desenvolvidos, estando associado às dificuldades de acesso a serviços de saúde, à falta de organização destes ou a outros fenômenos sociais, como abuso sexual e coerção (CLELAND *et al.*, 2006). Segundo um informe da *Defensoria del Pueblo*, na Bolívia 7 de cada 10 mulheres tem sofrido abuso sexual, 6 em cada 10 abusos sexuais foram dentro de casa (BRUNCH *et al.*, 2011).

Dessa forma, a ocorrência de gravidez indesejada é uma questão relacionada ao direito fundamental da mulher sobre a sua fertilidade. O exercício desta prerrogativa não depende exclusivamente do acesso às informações ou aos métodos contraceptivos; passa pela possibilidade de tomar decisões em relação à sexualidade, à reprodução,

como um aspecto da liberdade individual, influenciada diretamente por fatores socioeconômicos e culturais, e, em particular, à posição da mulher na sociedade (GLASIER, *et al.*, 2006; GRUSKIN, 2008).

No que diz respeito à *tentativa de aborto na última gravidez*, o estudo mostra um elevado número de mulheres que tentaram abortar o último bebê. Estes dados estão fortemente ligados ao elevado número de mães adolescentes no país. Achados de uma pesquisa a nível Bolívia, adolescentes de 10 a 19 anos, representam cerca de 23% da população total, dos quais 49% correspondem a adolescentes do sexo feminino, se estima que cerca de 18% destas adolescentes já são mães ou estão grávidas (de 15 a 19 anos). Pelo menos 70% dessas gestações não foram planejadas ao momento da concepção, este dado aumenta 25% em adolescentes que têm menor nível de educação, as que vivem em áreas rurais e em situações de pobreza (BOLIVIA-ENDSA, 2008).

No caso das adolescentes mais desfavorecidas, uma em cada três do quartil mais pobre é mãe ou está grávida, em comparação de 1 de cada 10 do quartil superior. As maiores diferenças neste grupo são entre as que têm acesso ou nenhuma educação: 32% das jovens que não tem educação primária engravidam na adolescência, em comparação de 4% daquelas com ensino superior. A mesma fonte revela que as adolescentes pesquisadas que já iniciaram a vida sexual, 60% estava grávida em algum momento de sua vida, ressalta-se que 9% eram adolescentes com menos de 15 anos (BOLIVIA-UNFPA, 2009).

6.2.3 Caracterizações segundo as áreas afetadas na qualidade de vida

Almeida e Silva (2008) relataram a necessidade da construção de instrumentos qualitativos de avaliação das necessidades das mulheres no puerpério, os quais funcionassem como um importante sinalizador de mudanças significativas no modo de cuidar e no atendimento às necessidades das mulheres, elevando o grau de participação social dos atores envolvidos (usuárias e profissionais de enfermagem), mediante constante monitorização, avaliação e readequação do cuidado de enfermagem à mulher no período puerperal.

A aplicação do MGI mostrou que este é um instrumento útil para avaliar a qualidade de vida nesse período, favorecendo o reconhecimento das diversas áreas que podem influenciar na qualidade de vida delas.

A análise das 20 áreas afetadas no período puerperal permitiu reconhecer alguns dos aspectos que muitas vezes podem interferir na qualidade de vida das mulheres.

A *felicidade pelo bebê* mostrou ser a área mais citada, e afetada de forma positiva sobre a qualidade de vida das mulheres puérperas entrevistadas, ademais de ser referenciada como uma área com muita importância para a vida pessoal delas.

As mulheres entrevistadas neste estudo consideraram que a felicidade pelo bebê era incondicional, e que merecia todas as pontuações possíveis que qualquer outra área, influenciando positivamente nos outros setores da vida.

Em contrapartida, estudo publicado no *The Psychology*, no Reino Unido, diz que o aspecto idílico da paternidade poderia ser apenas uma ilusão, já que em diversos estudos descobriram que não existe uma relação direta entre ter filho e ser feliz; muito pelo contrário, verificou-se que os pais, têm níveis significativamente mais baixos de felicidade do que aqueles sem crianças (POWDTHAVEE, 2009). Outro estudo, realizado pela Universidade da Flórida, EUA, confirmou que ter filhos não é a chave para a felicidade das mulheres, são até menos felizes do que antes de tê-los. Ainda apontam que a felicidade das mulheres vai além de ser mãe, em fatores como educação, emprego, status econômico e no relacionamento com a família e amigos (WILSON; GILBERT, 2008). Um estudo realizado no Brasil, constatou que a maioria das mães estava satisfeita quanto a sua qualidade de vida e saúde de acordo com WHOQOL (*The World Health Organization Quality of Life*) (ZUBARAN, 2009). Em outro estudo, investigaram a qualidade de vida das mulheres palestinas após o parto e descobriram que estas mulheres são mais satisfeitas com suas vidas no período pós-parto. Mas também acharam escores negativos de qualidade de vida em relação ao distrito regional, condição de refugiada, perda de algum familiar por causa da violência israelense e os padrões de vida (HAMMOUDEH *et al.*, 2009).

O *relacionamento com o companheiro* mostra que esta área também foi uma das mais citadas e afetadas de forma positiva sobre a qualidade de vida das mulheres entrevistadas, mas, não teve muita importância para elas.

A maioria das mulheres entrevistadas percebeu que o pai da criança ficou mais próximo, atento e carinhoso com o nascimento do bebê. Levando-as a sentirem-se mais seguras e confiantes ao lado do companheiro.

Este achado é congruente com uma pesquisa cujo objetivo foi avaliar os mitos conjugais e qualidade de vida dos casais, na qual 67% das mulheres manifestaram sinais de um bom relacionamento afetivo; afirmando associação entre a qualidade de vida e o relacionamento conjugal, pois quanto maior o bem-estar entre o casal, melhor e a qualidade de vida dos mesmos com relação à saúde (BRAZ, 2010).

A proporção das famílias uni-parentais, em especial aquelas envolvendo mães solteiras, tem aumentado nas sociedades ocidentais, o que constitui um significativo reordenamento do sistema familiar (MARIN; PICCININI, 2009).

Entretanto, no ciclo gravídico puerperal, essa mudança apresenta-se como negativa, pois as correlações entre os sintomas depressivos e qualidade do relacionamento conjugal são consistentes e fortes. Assim, relacionamentos conjugais conflituosos configuram-se como base para depressão materna (MAMUN *et al.*, 2009; NAGY *et al.*, 2011; AKINCIGIL; MUNCH; NIEMCZYK, 2010).

O *relacionamento familiar* mostra que esta área também foi uma das mais citadas e afetadas de forma positiva sobre a qualidade de vida das puérperas bolivianas, mas, também não foi importante para elas.

As mulheres entrevistadas mencionaram que a proximidade de algum membro da família ou apoio da familiar geral foi fundamental para a qualidade de vida.

Assim, diferentes autores defendem que o suporte familiar compartilhado entre os indivíduos promove benefícios para todos, tais como a minimização do estresse, melhoria da auto-estima e da saúde, influenciando positivamente no bem-estar psicológico (SOUZA; MELLO; REZENDE, 2008). Também, existem autores que apontam resultados negativos do suporte familiar em função de situações que sobrecarregam o cuidador familiar ou quando há uma excessiva assistência, resultando em falta de liberdade e autonomia tanto para o cuidador como para o receptor de ajuda desnecessária. Assim, nem sempre a frequência das relações sociais dentro da família denota qualidade de suporte familiar de forma balanceada e saudável (RAMOS, 2007).

A família geralmente constitui a principal rede de apoio social, exercendo função protetora diante das tensões geradas pela vida cotidiana (BERNAL, 2003). O suporte familiar pode ser definido como o recurso primário de socialização por meio do qual os padrões de comportamento, hábitos de linguagem, valores, crenças e costumes

são transmitidos e as necessidades psicológicas e fisiológicas básicas podem ser supridas (GOMES, 1994; NERI, 2005). Um suporte familiar adequado resulta em efeitos emocionais positivos e em sensações de pertencimento, cuidado e estima. Trata-se de um processo recíproco entre os membros da família, que gera efeitos tanto para quem recebe como também para quem oferece o apoio (WILLIAMS; AIELLO, 2004).

A *vida sexual* mostra que esta área foi afetada de forma negativa sobre a qualidade de vida das puérperas bolivianas, ademais, foi referenciada como não importante para elas. Esta área foi relacionada com insatisfação ou falta de libido após o nascimento do bebê.

No que diz respeito à atividade sexual no período pós-parto, a literatura científica tem consenso em afirmar que a qualidade da vida sexual durante o primeiro ano pós-natal é claramente afetada. Durante o período puerperal, a frequência do prazer sexual é reduzida drasticamente e esta disfunção é ainda maior naquelas puérperas com trauma perineal (lacerações de 2º, 3º e 4º grau) ou aquelas submetidas a episiotomia. A dor sentida durante a relação sexual, interfere negativamente sobre a sexualidade das mulheres, comprometendo a saúde sexual e prática da relação causando insatisfações (REJANE; MATOS; ROSA, 2010).

Além disso, o impacto do nascimento na relação dos casais é mais evidente nas puérperas. Entre as causas identificadas no declínio da atividade sexual poderiam ser mencionadas a dor perineal, cansaço materno, métodos anticoncepcionais, amamentação, depressão pós-parto, secura vaginal e sensação subjetiva prejudicada da atratividade sexual da puérpera (VALDEZ, 2003).

A sexualidade forma parte da nossa personalidade como seres humanos, e influi de modo decisivo sobre a nossa qualidade de vida. Inserido em nossos genes para assegurar a perpetuação da espécie, nos seres humanos vai além da mera reprodução, para se tornar uma forma de comunicação, expressão emocional na paixão e fonte de bem-estar físico e psicológico.

A *vida social* manifesta que esta área foi afetada de forma negativa sobre a qualidade de vida das mulheres bolivianas, também, foi referenciada como não importante. Evidencia-se que esta área foi relacionada com o excesso de trabalho doméstico e a falta de independência por parte das entrevistadas.

Estudos descobriram que mães com baixo apoio social relataram mais sintomas depressivos nos primeiros meses após o parto (HORWITZ *et al.*, 2007). Nessa mesma perspectiva, outros estudos demonstraram que uma maior satisfação com o apoio social estava relacionada a um nível reduzido de depressão pós-parto (RITTER *et al.*, 2000).

Esses achados são coerentes com os resultados do presente estudo e demonstram a importância de investigar a quantidade, a qualidade e a satisfação das mães com o apoio social que recebem. Outros estudos também dão suporte à hipótese de que altos níveis de apoio social associam-se de forma significativa com níveis menores de depressão pós-parto (CAIRNEY *et al.*, 2003; SURKAN *et al.*, 2006).

De forma semelhante ao presente estudo, outro estudo brasileiro com 261 mães descobriu correlações negativas estatisticamente significativas entre os escores de depressão pós-parto e apoio social recebido durante a gravidez nos fatores emocional/informação e afetivo/interação positiva (FONSECA; SILVA; OTTA, 2010).

Para as autoras, esses resultados sugerem que o apoio social durante a gestação pode funcionar como um fator de proteção para os sintomas depressivos, ou seja, quanto mais apoio social a mãe receber, menos intensos serão seus sintomas depressivos no pós-parto. Nessa mesma perspectiva, ao investigar a qualidade de vida, a depressão pós-parto e o impacto do apoio social em uma amostra de 320 mulheres australianas, descobriram que mulheres que relataram ter baixo apoio social foram mais vulneráveis a apresentação de indicadores de depressão após o nascimento do bebê (WEBSTER *et al.*, 2011).

A área *alteração do padrão do sono* mostra claramente que este campo é afetada de forma negativa sobre a qualidade de vida das mães entrevistadas, ademais foi referenciada como sem importância para elas.

A má qualidade do sono foi relacionada com repouso inadequado, cansaço ou a incapacidade de dormir bem pelas noites, devido ao cuidado exclusivo dos recém-nascidos, que frequentemente apresentam níveis mais altos de fadiga que são associados com sonos mais perturbados.

Pesquisadores em um estudo realizado no estado de Minas Gerais (Brasil) observaram que baixo nível de escolaridade esteve associado à má qualidade do sono (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Uma pesquisa que avaliou o sono entre 4191 puérperas a partir do questionário *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) afirmou que os distúrbios foram verificados entre 57,7% da amostra. A média de auto relato de duração do sono noturno foi de 6,5 horas e eficiência do sono de 73% (DORHEIM *et al.*, 2009).

Outra pesquisa longitudinal realizada nos primeiros meses de pós-parto evidenciou que no puérperio, apesar do sono melhorar com o passar dos dias, ainda apresenta-se altamente fragmentado (semelhante ao de distúrbios do sono) e ineficiente durante toda fase puerperal (MONTGOMERY-DOWNS *et al.*, 2010).

Os distúrbios do sono associados a relacionamentos conjugais conflituosos, antecedentes de depressão e eventos estressantes foram os aspectos mais fortemente associados com a depressão pós-parto (DORHEIM *et al.*, 2009).

A área da *imagem corporal* comprova claramente que este campo foi afetado de forma negativa sobre a qualidade de vida das mães entrevistadas, além de ser referenciada como uma área sem importância para elas.

Esta área foi relacionada à insatisfação do seu corpo, em semelhança ao período pré-gestacional já seja pelo ganho ou perda de peso corporal.

Fatores socioeconômicos, tais como baixa renda, estão associados com maior retenção de peso após a gravidez (LINNE *et al.*, 2004). Estudo realizado com 2745 mulheres com o objetivo de verificar a influência do *status* socioeconômico no ganho de peso no período puerperal constatou que quanto menor o nível socioeconômico, maior o ganho de peso (SHREWSBURY *et al.*, 2009). Diante disso, pode-se verificar que tais achados concordam com os da presente pesquisa, na qual se constatou que o ganho de peso foi mais negativo entre mulheres com baixa renda.

Existem domínios que explicam a qualidade de vida global de um indivíduo: o físico, o psicológico, o ambiental e o social. Dentre os quatro, o domínio que mais contribui na qualidade de vida global é o físico (28,2%). Ao avaliar as áreas que mais influenciaram na qualidade de vida das mulheres do estudo observou-se que 37,5% pertencem ao domínio físico (sono e cansaço) (PEREIRA, 2006).

Segundo a OMS (WHO, 2012), o monitoramento do ganho ponderal durante a gestação é um procedimento de baixo custo e de grande utilidade para o

estabelecimento de intervenções nutricionais visando à redução de riscos maternos e fetais. A orientação nutricional pode proporcionar um ganho de peso adequado, prevenindo o ganho excessivo ou diagnosticando o ganho ponderal insuficiente. O *Institute of Medicine* dos Estados Unidos (IOM-EUA) reconhece o peso pré-gestacional como um dos principais determinantes do ganho ponderal, recomendando que o ganho de peso ideal seja avaliado em função do estado nutricional inicial da gestante, sendo este definido de acordo com as categorias de Índice de Massa Corporal (IMC) (BLOMBERG, 2011).

A área do *trabalho* mostra que este espaço, afeta de forma negativa sobre a qualidade de vida das mulheres puérperas entrevistadas, ademais foi referenciada como uma área sem importância para elas.

Tais achados estão em conformidade com os achados originais da aplicação do MGI, na Escócia, na qual foi comprovado que mulheres desempregadas apresentaram pontuações mais baixas que as que tinham emprego (SYMON; Mc GREAVEY; PICKEN, 2003).

Estudos demonstraram que pelo fato de as mulheres ficarem sujeitas a uma dupla sobrecarga de trabalho ocorre um dilema comum entre casamento, filhos e demandas ocupacionais, o que poderia contribuir para um nível elevado de estresse (AREIAS; GUIMARAES, 2004). Outros fatores citados pelos estudos como fonte de estresse ocupacional em mulheres remetem à questão da discriminação e à multiplicidade de papéis desempenhados por elas (JONATHAN, 2005).

Outros estudos que se referem aos impactos da organização do trabalho sobre a saúde e qualidade de vida do trabalhador apresentam múltiplas dimensões de análise. Identificar e compreender a determinação do trabalho nas condições de vida constitui um eixo importante para verificar como o trabalhador percebe e organiza suas relações com o mundo “fora do trabalho”, contemplando o acesso aos recursos sociais, de educação, saúde e lazer (SOUZA; FIGUEIREDO, 2004).

A área do *estudo* apresenta que esta área afeta de forma negativa sobre a qualidade de vida das mulheres puérperas entrevistadas, ademais de ser referenciada como uma área sem importância para elas.

As mães entrevistadas tinham motivações intrínsecas pelos quais elas continuavam com o estudo, como o desejo de ser profissional, tornarem-se independentes, e distrair um pouco sua mente. Procuram não estagnar e tornar-se alguém na vida, para superar seus medos de ver seus projetos truncados e incapacitados de cumprir suas metas.

Uma das diferenças mais marcantes na porcentagem da gravidez na adolescência na Bolívia é observada quando se considera o acesso à educação entre aquelas sem educação primária. Esse percentual chega a 32% em comparação com 4% das pessoas com educação superior (BOLIVIA-UNFPA, 2009).

Segundo dados da associação CUNA, na Bolívia uma de cada cinco adolescentes grávidas, termina seus estudos dentro da unidade educativa, portanto, quatro abandonam o estudo, o que significa que também reduz seu nível de oportunidade e qualidade de vida para o futuro, não só dela, também do seu bebê. As causas mais comuns pelo abandono são a discriminação das autoridades e dos próprios companheiros de aula (APRENDE BOLIVIA, 2012).

A área *econômica* expressa que este campo é afetado de forma negativa sobre a qualidade de vida das mães entrevistadas, ademais foi referenciada como uma área sem importância.

A situação econômica das mães bolivianas é difícil nesse período, as despesas são bastante com a chegada do bebê, sua capacidade econômica só pode atender o mais imediato. Mães que não tem o apoio financeiro do companheiro ou família programam estratégias para melhorar a sua situação, como poupar, restringir certas coisas ou trabalhar em temporada de férias no caso de mães estudantes.

Bolívia, em sua história teve uma posição de dívida internacional, mas na atualidade é um dos países com maior crescimento em comparação ao resto do mundo. Bolívia teve uma das grandes conquistas que foi a taxa de crescimento do PIB 3,4% em 2009, 4,1% em 2010, 5,2% em 2011, 5,2 em 2012, 6,5% em 2013 e 5,5% em 2014. Sendo do ano 2009, classificada pela primeira vez em sua história, em primeiro lugar entre os países da região, e do ano 2013, foi registrado após quase 40 anos, colocando em segundo lugar entre os países da região sul-americana, perdendo apenas para

Uruguai e acima de grandes economias como a Argentina e o Brasil (BOLIVIA-MEFP, 2014).

Esses mesmos recursos possibilitaram o pagamento dos bônus: Juancito Pinto e Juana Azurduy, atingindo em 2012 a 1,7 milhões de lares que representa 60% da população total. Também foi aumentado de forma constante o salário mínimo desde 2006, atingindo a Bs. 1,200 em 2013, enquanto eles permaneceram parados de 2003-2005. A eles são somados, a geração de novos postos de trabalhos, por meio de planos governamentais como “Mi Primer Empleo” para os jovens entre 18 e 25 anos; caindo a taxa de desemprego de 8,2% (2006) para 3,2(2013), o mais baixo da região. De cada cem bolivianos, menos de quatro pessoas está sem trabalho (BOLIVIA-MEFP, 2014).

Outro efeito imediato das medidas econômicas e sociais é a redução da pobreza extrema: na área rural -22 pontos percentuais e -12,1 pontos percentuais nas cidades. Reduzindo de 38,2% em 2005 para 21,6% em 2012. Na área urbana, de 24,3% a 12,2% e na área rural de 62,9% para 40,9% respectivamente (BOLIVIA-MEFP, 2014).

Na *saúde emocional*, observa-se que esta área foi citada de forma positiva sobre a qualidade de vida das puérperas bolivianas, mas, não foi nada importante para elas.

Esta área foi relacionada ao entorno psicológico da vida da mãe em relação ao companheiro e recém-nascido. A mulher que vivencia a gestação e o nascimento de seu filho passa por um processo natural que faz parte da sua vida reprodutiva; este é marcante e pode ser visto como uma experiência positiva ou negativa, em várias situações, como a chegada da maternidade, o cuidado recebido, e o trabalho de parto e parto em si, consequentes do tipo de experiência individual.

Os resultados de um estudo realizado no Brasil mostram os relatos das mulheres mães de primeira viagem, que ao assumirem seu novo papel como mãe, vivenciam sentimentos diversos e ao mesmo tempo confusos, revelando mistos de prazer e sofrimento experimentados com o nascimento de seu bebê (DE SOUZA; MACHADO, 2008).

Outro estudo mostrou que a ambiguidade presente nas falas de mães adolescentes, está associada a uma forte demanda por uma atenção planejada e sistematizada da equipe de enfermagem, assim como a pouca experiência das jovens, tanto pela idade em que se encontram, como pelas incertezas do momento vivido, sem

se esquecer de que, muitas estão vivendo a maternidade pela primeira vez, constituindo-se, dessa forma, num elemento novo na vida delas (NOBREGA; BEZERRA, 2010).

Portanto, o parto e o puerpério necessitam de uma atenção mais qualificada e integral por parte dos profissionais da saúde. É nessa fase que a mulher adquire a base da formação da responsabilidade de ser mãe. O cuidado individualizado, pautado na orientação e promoção da saúde possibilita a esta mulher uma experiência gratificante e engrandecedora.

A *felicidade geral* mostra que este espaço foi citado de forma positiva sobre a qualidade de vida das puérperas bolivianas, mas, ao mesmo tempo mostra que não foi importante para a vida pessoal das mulheres.

Esta área foi relacionada com a felicidade de forma geral, como ser: estrutura do lar, sensação de bem estar, etc. Uma nova área, que se denomina *positive psychology* (psicologia positiva), dedica-se a investigar os estados afetivos positivos, como a felicidade, o contentamento, a resiliência, o otimismo, a gratidão e a qualidade de vida, entre outros. Trabalhos dentro desse escopo têm sido frequentemente publicados por pesquisadores norte-americanos e europeus (DIENER, 1984; CSIKSZENTMIHALYI, 1990; KAHNEMAN *et al.*, 2003; PETERSON; SELIGMAN, 2004).

Muitas são as definições de felicidade, e a maioria delas faz menção a um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e prazer. Segundo o *Dicionário Houaiss da língua portuguesa* define felicidade como: “1. qualidade ou estado de feliz, estado de uma consciência plenamente satisfeita, satisfação, contentamento, bem-estar; 2. boa fortuna, sorte; 3. bom êxito, acerto, sucesso” (HOUAISS, 2004).

Estudos demonstram que o gênero é uma característica sociodemográfica que não prediz felicidade (WATSON, 2000). Outros autores realizaram uma meta-análise composta por 146 estudos e apontam que o gênero contribuiu com menos de 1% para a variação dos índices de bem-estar reportados (HARING *et al.*, 1984). Outro pesquisador entrevistou mais de 150 mil pessoas ao longo de 16 países, obtendo índices equivalentes de satisfação com a vida entre os dois gêneros (INGLEHART, 1990). Isso não quer dizer que eles se comportem de maneira idêntica afetivamente, pois se sabe que as mulheres tendem a reportar índices de afetos positivos e negativos discretamente mais

elevados do que os homens (ARGYLE, 1987; DIENER, 1984; MYERS; DIENER, 1995).

A *responsabilidade* prova claramente que esta área é afetada de forma positiva sobre a qualidade de vida das mulheres bolivianas entrevistadas, apesar de ser referenciada como uma área sem importância para puérperas.

A maternidade pressupõe uma maior visibilidade nos primeiros anos de vida da criança, dada à imperiosa necessidade de prestação de um conjunto de cuidados para o seu crescimento e desenvolvimento harmoniosos, de onde a dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidades permanecem (LEAL, 1990; CANAVARRO, 2001; MENDES, 2002).

O nascimento de um filho, especificamente no caso a ser o primeiro, implica grandes mudanças na vida dos pais (CANAVARRO; PEDROSA, 2005). O ajustamento dos pais, ao seu novo papel, começa imediatamente após o parto. É um processo onde ambos aprendem o comportamento materno e paterno e identificam-se como tais, é um longo percurso de aprendizagem em relação à nova vida.

Nesse sentido, a transição para a paternidade implica um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais tanto para a mulher como para o homem, particularmente no que diz respeito aos relacionamentos significativos individuais, conjugais e da família alargada. Determina por um lado, individualmente, a revisão dos papéis da infância e dos modelos de interação vividos com e entre os pais, e por outro lado conjugalmente, a reorganização das modalidades anteriores de relacionamento e a preparação para as tarefas partilhadas de cuidar do bebê (FIGUEIREDO, 2004).

A área *perda de independência* mostra que este campo foi afetado de forma negativa sobre a qualidade de vida das mulheres bolivianas entrevistadas, ademais foi referenciada como uma área sem importância para mães.

A mulher da atualidade parece querer abraçar o mundo, lotando-se de afazeres e de obrigações, sempre cobrando de si mesma a perfeição em tudo aquilo que ela faz. Porém, tudo isso acaba por gerar em si mesma um stress acentuado, justamente porque, ao querer fazer tudo ao mesmo tempo, por desrespeito aos seus limites, acaba esquecendo-se de si mesma ou então nem sobra tempo para cuidar-se.

Nesse sentido, as mulheres não têm de se sentir culpadas por seus conflitos de sobrecarga no pós-parto, mais sim apoiadas pela família na busca de soluções. O ideal é que a sobrecarga seja resolvida sem deteriorar o cuidado do recém-nascido e sem que a mãe tenha de trabalhar mais do que ela possa. Os pais e outros adultos da família podem ajudar no cuidado das outras crianças, para permitir que a mãe possa descansar em determinados momentos durante o dia. Normalmente mães, sogras ou irmãs desempenham essa função. Além disso, as mulheres valorizam muito a ajuda e apoio do companheiro nesta etapa, não se tratam apenas de tarefas domésticas, a contenção afetiva à mãe é um dos papéis muito importantes (ZAGONEL *et al.*, 2003).

Na *saúde física* pode-se observar que esta área foi afetada de forma negativa sobre a qualidade de vida das puérperas bolivianas, e também não foi nada importante para mulheres.

Foi relacionada com os problemas físicos, tanto da mãe como da criança, apresentados após o parto. A saúde física da mulher é alterada logo depois de ser mãe, porém é o puerpério considerado como o período de maior vulnerabilidade às intercorrências, tais como: hemorragias, hipoglicemias, anemias, gastrites, infecções do útero, intercorrências mamárias da lactação. Da mesma forma, vários eventos tais como dor de cabeça, defesas baixas, e perda de peso e ainda, o estresse, a depressão puerperal, faz com que a saúde emocional, também seja afetada. Geralmente tem problemas para comer e dormir. A saúde física da criança também afeta negativamente as mães, elas tem que enfrentar situações difíceis, que muitas vezes não podem (ESTUPIÑAN; VELA, 2012).

No que tange à saúde materna, especificamente aos problemas ligados a gravidez, parto e puerpério, a Classificação Internacional de Doenças (CID) apresenta, desde a sexta revisão, um capítulo denominado “Complicações da gravidez, do parto e do puerpério”, renomeado na CID-10 como “Gravidez, parto e puerpério”. De interesse para a saúde infantil é o capítulo que engloba as afecções originadas no período perinatal. Porém, as afecções classificadas em outros capítulos podem ser utilizadas, principalmente aquelas referentes às malformações congênitas, nas descrições de frequência destas doenças em estudos de morbidade ou mortalidade no período perinatal (LAURENTI, 1997).

Nesse sentido, a consulta puerperal configura-se numa estância em que se deveria desvincular a saúde da mãe da saúde do recém-nascido, caracterizando-se, prioritariamente, num importante momento da saúde da mulher (SOUZA *et al.*, 2008; ALMEIDA; SILVA, 2008) e, de outro, na conjugação dos campos de prática e de conhecimento da saúde da mulher e da saúde materna. É nesse momento particular da ação em saúde, que se procura conhecer as necessidades das mulheres, num momento singular de suas vidas, sob o ponto de vista de enfermeiras, por meio das formas de expressão das necessidades de saúde.

A área da **amamentação** mostra que este campo foi afetado de forma negativa sobre a qualidade de vida das mulheres entrevistadas, e não foi importante para a vida íntima destas mulheres.

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto. Por isso, eles devem ser aprendidos. Atualmente, sobretudo nas sociedades modernas, as mulheres têm poucas oportunidades de obter o aprendizado relacionado à amamentação, já que as fontes tradicionais de aprendizado (mulheres mais experientes da família) foram perdidas à medida que as famílias extensivas foram sendo substituídas pelas famílias nucleares. Como consequência, as mulheres tornam-se mães com pouca ou nenhuma habilidade em levar adiante a amamentação, o que as deixa mais vulneráveis a apresentarem dificuldades ao longo do processo (GIUGLIANI, 2004).

O profissional de saúde tem um papel importante na prevenção e manejo dessas dificuldades, o que requer conhecimentos, atitudes e habilidades específicos. Os problemas mamários mais comuns abordados relacionados com a lactação (ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*, candidíase, fenômeno de Raynaud, bloqueio de ductos lactíferos, mastite, abscesso mamário e galactocele) além de produção insuficiente de leite ou hipogalactia (GIUGLIANI, 2004).

A **mudança de rotina** comprova claramente que esta área foi citada de forma negativa sobre a qualidade de vida das mães entrevistadas, além de ser referenciada sem importância para elas. As puérperas ao exporem sobre as mudanças ocorridas na rotina familiar, com a chegada do novo membro foram bem determinantes em dizer que a mudança de estilo de vida foi uma das principais mudanças ocorrida nesse período.

As mudanças na rotina familiar provocadas pelo nascimento de uma criança devem ser vistas como uma experiência positiva, mesmo que aponte alguns pontos negativos, a família precisa de suporte emocional para enfrentar essas mudanças, pois todos os membros serão afetados.

Neste estudo, compreendeu-se que a experiência acerca da maternidade é determinante de mudança, responsabilidade, prazer, alegria e felicidade, mesmo diante das intercorrências que elas experimentaram nesse período. Portanto, evidenciou-se que a rotina familiar foi modificada com a chegada do novo membro, lhes trazendo mais alegria, mesmo diante da necessidade da mudança de hábitos.

A *violência doméstica* comprova que esta área foi citada de forma negativa sobre a qualidade de vida das mães entrevistadas, ademais foi referenciada sem importância para puérperas.

Muitas delas consideraram que sofriam violência física ou psicológica pelos próprios maridos, influenciando assim de forma negativa em outros setores da vida.

De acordo com a OMS, a violência representa problema de saúde pública de graves dimensões, amplamente disseminado em todos os países do mundo. Nessa óptica, a violência contra a mulher assume especial relevância, estimando-se que pelo menos um quinto da população feminina mundial tenha já sofrido violência física ou sexual em algum momento de suas vidas (WHO, 1997).

Uma pesquisa realizada em 12 países de América Latina mostra que a Bolívia é o país com maiores percentis de mulheres vítimas de violência. Acima de 53% das mulheres entre 15 e 49 anos declararam ter sofrido alguma forma de agressão física ou sexual por seus companheiros. Em comparação com a Colômbia e Peru, alcançam quase 40% e Equador 32%. A maioria das mulheres relatou ter sofrido violência por parte de seu companheiro íntimo, atribuindo o desencadeamento dos fatos ao consumo de álcool ou algum outro tipo de droga (OPS, 2013).

A área do *lazer* mostra que esta área foi citada de forma negativa sobre a qualidade de vida das puérperas bolivianas, também mostra que esta área não foi nada importante para a vida pessoal delas.

De acordo com Moraes (1999), o lazer não é visto apenas como a opção de ocupação das horas livres com algo que traga prazer, mas também, como uma opção pela qual o indivíduo pode sentir-se capaz, sendo agente e participante efetivo de espaços sociais. Para este autor, a prática consciente do lazer impulsiona para atitudes igualmente conscientes de cidadania.

Na vida das mulheres após o parto, frequente não existem atividades de lazer, sendo praticamente todas as atividades voltadas para o cuidado do bebê. As atividades de lazer se restringem ao cuidado do recém-nascido. Cramp e Bray (2011), mostraram que o lazer é um desafio para a mulher após o nascimento do recém-nascido, pois há uma forte tendência à inatividade no pós-parto, principalmente devido à fadiga e ao humor perturbado no período.

Os autores ressaltam ainda a necessidade de intervenções no período pós-parto para promover a saúde e o desenvolvimento da confiança na vida da mulher com intuito de aumentar as atividades de lazer e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das puérperas (AVER, 2011).

A *realização pessoal* comprova que esta área foi afetada de forma positiva sobre a qualidade de vida das mães entrevistadas, mais foi referenciada como sem importância para a vida íntima das entrevistadas.

Após a chegada do bebê, o projeto de vida das mulheres muda, os seus objetivos pessoais de curto prazo se concentram em obter a estabilidade econômica e emocional, ajudar economicamente em casa, formar um futuro para seu filho e independência. Seus objetivos familiares são destinadas a organizar-se com o parceiro e construir uma família, e suas metas profissionais estão direcionada a terminar uma carreira, ser profissional e conseguir um emprego (ESTUPIÑAN; VELA, 2012).

No projeto de vida da mãe, as metas de longo prazo, consistem em seus objetivos pessoais, que visam à obtenção de um parceiro (no caso de não ter parceiro fixo), formar uma família, ter mais filhos, e educar seus filhos (ESTUPIÑAN; VELA, 2012).

Na maioria dos casos a mãe se sente bem consigo mesmo e orgulhosa de si mesma. Entre as causas intrínsecas de sua satisfação encontram-se: o fato de ser mãe e aprender dessa experiência; ter superado por dificuldades; atingir suas metas, não

ter ficado estagnadas; e que seja vista como uma pessoa que passou a frente (ESTUPIÑAN; VELA, 2012).

Ademais a ligação relacional afetiva é também um indicador da qualidade de vida, se tem em consideração que as mães que tem um parceiro se sentem apoiadas incondicionalmente, já que o parceiro lhes da segurança e estabilidade emocional. Também destacam o fato de que quando alguém esta salvaguardando por elas, gera uma sensação de bem-estar, em muitos dos casos o parceiro ajuda a superar as dificuldades que surgem nesta nova função (ESTUPIÑAN; VELA, 2012).

De forma geral, observa-se que a única área que apresentou pontuação elevada para a qualidade de vida e que realmente era importante para a vida das mulheres bolivianas, foi a felicidade pelo bebê. As áreas relacionamento com o parceiro, relacionamento familiar, saúde emocional, saúde geral, responsabilidade, amamentação e realização pessoal, apresentaram pontuações elevadas para a qualidade de vida das puérperas, mas que ano era nada importante para a vida pessoal de cada uma.

Já as áreas vida sexual, vida social, alteração do padrão do sono, imagem corporal, trabalho, estudo, econômico, perda de independência, saúde física, mudança de rotina, violência domestica e lazer, apresentaram pontuações baixas tanto para a qualidade de vida como para a importância na vida das mulheres bolivianas. O que significa que estas áreas necessitam de uma maior atenção por parte dos companheiros, familiares e do pessoal de saúde.

De modo geral, percebe-se que dentre as 20 áreas citadas pelas mulheres bolivianas, observou-se que o escore médio global primário revela que as puérperas bolivianas apresentam baixa qualidade de vida. Enquanto o resultado do escore médio global secundário manifesta que as áreas mencionadas pelas puérperas bolivianas constituíram-se sem importância para a vida real nesse momento da vida da mulher boliviana.

7. CONCLUSÃO

No processo de tradução, adaptação transcultural e validação do MGI, versão boliviana, seguiu-se uma metodologia bem formulada para que o instrumento adaptado pudesse ser adequadamente aplicado à realidade boliviana. Apesar de ser um instrumento pequeno, composto de poucas frases, optou-se por seguir rigorosamente a metodologia adotada, buscando assegurar ao máximo a sua fidedignidade do conteúdo ao instrumento original.

Na etapa de validação de face, chegou-se a conclusão que nas mulheres bolivianas de baixa escolaridade, torna-se inviável a auto aplicação do instrumento. Nessa conjuntura, verificou-se que o MGI deve ser aplicado em forma de entrevista pelo pesquisador no contexto da Bolívia.

Na validação de conteúdo, o MGI obteve um IVC = 1,00, indicando que é um instrumento válido para avaliação subjetiva da qualidade de vida no período puerperal.

Uma característica que diferencia esse instrumento dos demais se refere a sua estrutura peculiar: além de avaliar as áreas afetadas na vida da puérpera, ainda pode quantificá-las e avaliar o grau de importância destas áreas na qualidade de vida das mulheres, reconhecendo os diversos aspectos envolvidos durante a fase puerperal.

O instrumento permite de forma simples e compreensível avaliar as diversas dimensões envolvidas na qualidade de vida das puérperas. Ademais o MGI pode fornecer aos profissionais de saúde a oportunidade de apreciar todos os aspectos da vida de uma mulher que são alterados com o nascimento do bebê.

A análise do perfil sociodemográfico das puérperas estudadas apontou para uma maioria de mães jovens, da zona oriental, de raça parda, em união estável, com poucos anos de estudo, baixa renda familiar mensal. Quanto às atividades laborais, a maioria exercia afazeres domésticos ou outros trabalhos que exigem pouca ou nenhuma qualificação profissional.

A história obstétrica das investigadas evidenciou um número elevado de gestações e abortos anteriores. Percebe-se, assim, a necessidade de investimento em estratégias mais eficazes de planejamento familiar, as quais busquem orientar as

mulheres de maneira horizontal, visando o empoderamento e favorecendo escolhas mais condizentes com o contexto de vida em que a mulher está inserida.

Concernente à aplicação do MGI versão boliviana, verificou-se que muitas áreas da vida das puérperas mostraram-se alteradas e a maioria foi considerada negativa para qualidade de vida das mesmas. As consideradas mais afetadas e negativamente foram: vida sexual, vida social, alterações do padrão do sono, imagem corporal, trabalho, estudo, econômico, perda de independência, saúde física, amamentação, mudança de rotina, violência doméstica e lazer.

Deste modo, o estudo apresenta as áreas que estão relacionadas com os aspectos psicológicos, e foram mencionadas de forma positivas pelas mulheres. Já as áreas relacionadas aos aspectos físicos e sociais, foram referenciadas como negativas para a qualidade de vida das puérperas bolivianas.

A média do escore primário geral do MGI para todas as áreas foi 4,916, revelando que as puérperas pesquisadas apresentam pontuações abaixo sobre a qualidade de vida. Só a felicidade pelo bebê apresentou pontuações elevadas em relação à sua qualidade de vida 9,64. Já o escore secundário refletiu que estas áreas são sem importância para a vida destas mulheres 0,567. A única área que se mostrou importante para as mulheres entrevistadas foi felicidade pelo bebê (6,36).

Observou-se a forte influência das características sociodemográficas sobre a qualidade de vida das puérperas, que se mostrou mais prejudicada entre mulheres de baixa renda, pouca escolaridade, em união estável e de raça parda.

Nas características obstétricas houve influências sobre a qualidade de vida das mulheres bolivianas, as mais prejudicadas foram em mulheres com mais de 5 gestas e partos, assim como as mães com antecedentes abortivos.

Deste modo, percebe-se que os determinantes sociais de saúde influenciam diretamente na qualidade de vida das puérperas, portanto, fica evidente a necessidade de serem criadas estratégias eficazes que promovam a saúde das mulheres e busquem contornar tais características.

Ressalta-se que as puérperas devem ser figuras centrais neste processo e que o enfermeiro exercerá um papel imprescindível na promoção da saúde do grupo,

individualizando cada contexto de vida e proporcionando um cuidar holístico, no qual o intuito maior será melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Os resultados da pesquisa permitem recomendar o MGI como um instrumento válido e confiável para a mensuração da qualidade de vida entre as mulheres puérperas bolivianas.

Por fim, cabe destacar a importância do uso do MGI, pois além de sinalizar as áreas que estão necessitando de uma melhor atenção em saúde, poderá favorecer o surgimento de intervenções em saúde voltadas para as áreas mais afetadas, com intuito de melhorar a qualidade de vida das mulheres no período puerperal.

Deste modo, este estudo permite a divulgação de um instrumento traduzido, adaptado transculturalmente e validado para ser utilizado por enfermeiros e outros profissionais da saúde no contexto boliviano, possibilitando a construção de novas evidências referentes à temática nas diferentes regiões do país, aumentando as suas discussões na comunidade científica e clínica, para que culmine em melhorias nas ações da Promoção da Saúde nas mulheres bolivianas.

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava - PR. 2005.** Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- AKINCIGIL, A.; MUNCH, S.; NIEMCZYK, K. C. Predictors of maternal depression in the first year postpartum: marital status and mediating role of relationship quality. **Soc. Work Health Care**, v.49, n.3, p.227-244, 2010.
- AKYN, B.; EGE, E.; KOCODLU, D.; DEMIROREN, N.; YYLMAZ, S. Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v.35, n.1, p.86–93, 2009.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev Esc Enferm USP.**; v.42, n.2, p.347-54, 2008.
- APRENDE BOLIVIA, publicado em 4/03/2012. Acessado em 10 de agosto de 2014. <http://aprendeol.blogspot.com.br/2012/04/cuatro-de-cada-cinco-adolescentes.html>
- ARAGAKI, I. M.; SILVA, I. A. Nursing mothers' perception about their quality of life. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45, n.1, p.71–78, 2011.
- AREIAS, M. E. Q.; GUIMARAES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicol. Estud.**, Maringa, v. 9, n. 2, ago. 2004.
- ARGYLE, M. The psychology of happiness. **Methuen**, New York, 1987.
- AROSTEGI, B. I. Evaluación de la Calidad de Vida en personas adultas con retraso mental en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Tesis Doctoral. País Vasco: ICE de la Universidad de Deusto, 1998.
- AVER, L. A. **Mulher-mãe: sentimentos vivenciados na relação com o filho recém-nascido. 2011.** 61 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saude, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011.
- AVERY, K. N.; BOSCH, J. L.; GOTOH, M.; NAUGHTON, M.; JACKSON, S.; RADLEY, S. C. *et al.*, (2007). Questionnaires to assess urinary and anal incontinence: review and recommendations. **J Urol**. 177:39–49, 2007.
- AXELSSON, L.; ANDERSSON, I. H.; EDEN, L.; EJLERTSSON, G. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population-based questionnaire study. **Int. J. Equity Health**, v. 6, n. 1, 2007.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão posparto. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.19, n.2, p.269-276, 2006.

BAGHIRZADA, L.; DOWNEY, K. N.; MACARTHUR, A. J. Assessment of quality of life indicators in the postpartum period. **International Journal of Obstetric Anesthesia**, v.22, p.209–216, 2013.

BARBOSA, S. E. M.; PETRIBÚ, K.; MARIANO, M. H. A.; FERREIRA, M. N. N. L.; ALMEIDA, A. Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. **Rev Bras Psiquiatr.** 30 (1): 86-90, 2008.

BARKIN, J. L.; WISNER, K. L.; BROMBERGER, J. T.; BEACH, S. R.; TERRY, M. A.; WISNIEWSKI, S. R. Development of the Barkin Index of Maternal Functioning. v.19, n.12, p.2239-46, 2010.

BARROS, S. M. O. de. *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. São Paulo: **Manole**, 2006.

BASTIAENEN, C. H.; De BIE, R. A.; VLAEYEN, J. W.; GOOSSENS, M. E.; LEFFERS, P.; WOLTERS, P. M. et al (2008). Long-term effectiveness and costs of a brief self-management intervention in women with pregnancy-related low back pain after delivery. **BMC Pregnancy Childbirth** 8:19, 2008.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. [S.l.]: **Institute for Work & Health**, 2007.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A. qualidade de vida na concepção de um grupo de professores da enfermagem elementos de reflexão. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.33, n.4, p.348-354, 1999.

BERLE, J.; McKENNA, S. P. Quality of Life in Depression Scale (QLDS): Adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Norwegian version. **Nordic Journal of Psychiatry** 58 (6):439-46, 2004.

BERNAL, I. L. La familia en la determinación de la salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, 29(1), 48-51, 2003.

BERTOZZI, S.; LONDERO, A. P.; FRUSCALZO, A.; DRIUL, L.; DELNERI, C.; CALCAGNO, A. *et al.* Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. **BMC Women's Health**, p.11-12, 2011.

BEYERSDORFF, A.; HOFFMANN, W.; LINGNAU, M. L.; EBNER, A.; FUSCH, C.; HAAS, J. P. Survey of Neonates in Pomerania (SniP): a population based analysis of the mothers' quality of life after delivery with special relations to their social integration. **International Journal of Public Health**, v.53, n.2, p.87–95, 2008.

BLOMBERG, M. Maternal and neonatal outcomes among obese women with weight gain below the new Institute of Medicine recommendations. **Obstet Gynecol.** 117(5):1065-70, 2011.

BOLIVIA. Documento País, VII Plan de Acción DIPECHO, 2012.

_____. Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV. Instituto Nacional de Estadística INE, Características de Población y Vivienda, 2012.

_____. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA. Instituto Nacional de Estadística INE, 2008.

_____. Geografía y desarrollo económico / por Rolando Morales *et al.*, 2000.

_____. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Estrategia de Implementación del Marco de Asociación País en el Sector de la Salud, 2013.

_____. Ministerio de Salud y Deportes MSD. Bono Juana Azurduy. Decreto Supremo no. 0066. 2009.

_____. Ministerio de Salud y Deportes. Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, decreto Supremo N° 29601, 2008.

_____. Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social MTEPS. Decreto Supremo no. 2346. 2015.

_____. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Economía Plural. La Paz, febrero de 2014.

_____. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Salud materno infantil en Bolivia: análisis de la respuesta del sistema de salud. - La Paz: OPS/OMS, 2011.

_____. Viceministerio de igualdad de oportunidades; Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Encuesta Nacional de la Adolescencia y la Juventud 2008 / UNFPA; La Paz – Bolivia. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puérperio, Atenção Qualificada e Humanizada, Manual Técnico - Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5 Brasília – DF, 2006.

_____. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puérperio: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

BRAZ, S. V. Stress, qualidade de vida e mitos conjugais. 2010. 102 p. Dissertação (mestrado) - Pós-graduação em Psicologia Pontifícia, Centro de Ciências da Vida, Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2010.

BRUNCH, S. A.; BARBERY, X. M.; PIMENTAL, F. G.; BURY, L. Situaciones evitables: embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia, 2011.

BRUZADELI, D. S.; TAVARES, B. B. Expectation about childbirth type and the knowledge of the caesarean reason: comparison between puerpera adolescent and adult. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.150-157, 2010.

BULLINGER, M.; ANDERSON, R.; CELLA, D. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Qual Life Res**, v.2, p.451-9, 1993.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L. The Quality of Life Scale (QoLS): Reliability, validity and utilization. **Health Qual Life Outcomes**; 1: 1-7, 2003.

BURCKHARDT, C. S.; ANDERSON, K. L.; ARCHENHOLTZ, B. *et al.*, (2003). The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of construct validity. **Health Qual Life Outcomes**; 1: 1-7, 2003.

BURCKHARDT, C. S.; ARCHENHOLTZ, B.; BJELLE, A. Measuring the quality of life of women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. A Swedish version of the Quality of Life Scale. **Scand J Rheumatol**; 21: 190-195, 2002.

CAIRNEY, J.; BOYLE, M.; OFFORD, D. R.; RACINE, Y. Stress, social support and depression in single and married mothers. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 38, 442-449, 2003.

CALLAGHAN; PATRICK; ELIZABETH; MORRES; IOANNIS; CARTER *et al.*, 2011. "Pragmatic randomised controlled trial of preferred intensity exercise in women living with depression". **BMC Public Health** 11:465, 2011.

CALLE, G. Hay más madres solteras en Santa Cruz y Cochabamba. En: **La Razón**. Sección Sociedad. La Paz, 16 de junio 2014.

CAMACHO, R. S.; CANTINELLI, F. S.; RIBEIRO, C. S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B. K.; BRAGUITTONI, E.; *et al.* (2006). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Rev Psiq Clín.** 33(2):92-102, 2006.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v.9, n.1, p.51-63, 2007.

CANAVARRO, N. C. S. Gravidez e Maternidade. Representações e Tarefas de Desenvolvimento. Coimbra. Quarteto. Psicologia da Gravidez e da maternidade, Psicologia da Gravidez e da maternidade. **Coimbra. Quarteto**, 17-49, 2001.

CANAVARRO, N. C. S.; PEDROSA, A. A. Transição para a parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal (Cord) Psicologia da Gravidez e da parentalidade, Lisboa: **Fim de Século Edições**. pp. 225-355, 2005.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p. 427-435, 2010.

CASAS, F. El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia. En III Jornadas de Psicología de la Intervención Social (vol, 2). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 649-672, 1991.

CASATTI, S.; GILZANEIDE, F. Projeto de intervenção social com gestante e/ou puérperas, usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 97-120, 2011.

CASTRO, M. D.; LOPEZ, M. E. Embarazo en adolescentes, Acceso de adolescentes embarazadas a servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva en la ciudad de El Alto, 2014.

CHANG, P. J.; TSENG, Y. C.; CHUANG, C. H.; CHEN, Y. C.; HSIEH, W. S.; HURNG, B. S. *et al.* (2010). Use of Sheng-Hua-Tang and health-related quality of life in postpartum women: A population-based cohort study in Taiwan. **International Journal of Nursing Studies**, n.47, p.13–19, 2010.

CHANG, P. J.; WU, L. Y.; CHEN, Y. C.; CHUANG, C. H.; HSIEH, W. S. LIN, S. J. *et al.* (2010). Women's perceptions of their husband's drinking behavior as a risk factor of their health-related quality of life in the postpartum period. **International Journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation**, v.19, p.47–53, 2010.

CLELAND, J.; BERNSTEIN, S.; EZEH, A.; FAUNDES, A.; GLASIER, A.; INNIS, J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet*, 368:1810-27, 2006.

COCKELL, S. J.; OATES-JOHNSON, T.; GILMOUR, D. T.; VALLIS, T. M. TURNBULL, G. K. Postpartum Flatal and Fecal Incontinence Quality-of-Life Scale: A Disease- and Population-Specific Measure. **Quality of Life Research**, v.13, n.8, p. 1132-1144, 2003.

COYLE, S. B. Maternal concern, social support, and health-related quality of life across childhood. **Research in Nursing & Health**, v.34, n.4, p.297–309, 2011.

CRAMP, A. G.; BRAY, S. R. Understanding exercise self-efficacy and barriers to leisuretime physical activity among postnatal women. **Matern. Child Health J.**, v. 15, n. 5, p. 642-651, 2011.

CSIKSZENTMIHALYI, M. Flow: the psychology of optimal experience. Harper-Collins Publishers, New York, 1990.

CUMMINS, R. A. Moving from the quality of life concept to a theory. **J Intell Disabil Res.**; 49: 699-706, 2004.

CURY, A. F.; VOLICH, R. M. Segredos de mulher: diálogos entre um ginecologista e um psicanalista. São Paulo: **Ed. Atheneu**, 2010.

DA COSTA, D.; DRITSA, M.; RIPPEN, N.; LOWENSTEYN, I.; KHALIFE, S. Health-related quality of life in postpartum depressed women. **Archives of Women's Mental Health**, v.9, n.2, p.95–102, 2006.

DALFRA, M. G.; NICOLUCCI, A.; BISSON, T.; BONSEMBIANTE, B.; LAPOLLA.; A. Quality of life in pregnancy and postpartum: a study in diabetic patients. **Qual Life Res.**, Jun 2 2011.

DARCY, J. M.; GRZYWACZ, J. G.; STEPHENS, R. L.; LENG, I.; CLINCH, C. R.; ARCURY, T. A. Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. **J Am Board Fam Med.** May-Jun., v.24, n.3, p.249–257, 2011.

DE MORAES, M. H. C. A clinica da maternidade: Os significados psicológicos da depressão pós-parto. Florianópolis 2010.

DE SOUZA, C.; MACHADO, R. S. **Sentimentos da mãe de primeira viagem sobre o nascimento de seu filho.** Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), 2008.

DE TYCHEY, C.; BRIANÇON, S.; LIGHEZZOLO, J., *et al.*, (2008). Quality of life, postnatal depression and baby gender. **Journal of Clinical Nursing**, v.17, n.3, p.312–322, 2008.

DE VELLIS, R. F. Scale development: theory and applications (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: **Sage**. 2003.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. Obstetrícia Normal Briquet. **3ra. Ed. Sao Paulo, Sarvier**, cap. 23, p.377-88: Puérperio. 1981.

DELASSUS, J. M. Le sens de lamaternité. O sentido da maternidade. **Paris: Dunod**. 2002.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychol Bull** 92: 410-33, 1984.

DORAISWAMY, P. M.; KHAN, Z. M.; DONAHUE, R. M. J.; RICHARD, N. E. The Spectrum of Quality-of-Life Impairments in Recurrent Geriatric Depression. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences** 57 (2), 2002.

DORHEIM, S. K.; BONDEVIK, G. T.; EBERHARD-GRAN, M.; BJORVATN, B. Sleep and Depression in Postpartum Women: A Population-Based Sleep. **Sleep**, v. 32, n. 7, p.847-855, 2009.

ELLEN, L. I.; JULIE, M.; STANISLAV, K. Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v. 64B, n.4, p. 528–537, 2009.

ENGELMANN, M. D.; PEHRSON, S. Quality of life in nonpharmacologic treatment of atrial fibrillation. **Eur Heart J.**, v.24, n.15, p.1387-400, 2003.

ERCI, B. Reliability and validity of the Turkish version of the QoL scale. Ataturk Univ Hems, **irelik Yuksekokul Derg**; 8: 74–81, 2005.

ESTUPIÑAN, M.; VELA, D. Calidad de vida de madres adolescentes estudiantes universitarias. **Rev. Colomb. Psiquiat.**, vol.41, No.3, 2012.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n.6, p. 625-629, 1987.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. Quality of Life: The differential conditions. **Psychol. Spain**; 2(1): 57-65, 1998.

FERNANDES, R. A. Q. et al. Qualidade de vida da mulher no ciclo gravídico puerperal: adaptação de um instrumento. In: Congresso Brasileiro de Qualidade de Vida na Área da Saúde. *Anais*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2007.

FERRANS, C. E. Development of a quality of life index for patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, v.17, n.3, p.15-19, 1990.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health**, v.15, n.1, p.29-38, 1992.

FERRANS, C. E.; POWERS, M. J. Quality of Life Index: development and psychometric properties. **Adv Nurs Sci.**, v.8, n.1, p.15-24, 1985.

FIGUEIREDO, B. Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista do Centro de Estudos Populações e Sociedade*. 11, 79-98, 2004.

FILGUEIRAS, J. F.; NEVES, C. M.; SILVA, N. C.; CARVALHO, P. H. B.; FERREIRA, M. E. C. Imagem corporal em gestantes. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e praticas de pesquisa**. Juiz de Fora: UFJF, 2014.

FLECK, M. P. A. A Avaliação da Qualidade de Vida – Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Artmed**; 2008.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref). **Rev Saúde Pública**; 34 (2):178-83, 2000.

FONSECA, V. R. J. R. M.; SILVA, G. A.; OTTA, E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. **Caderno de Saúde Pública**, 26, 738-746, 2010.

FOWLES, E. R.; HOROWITZ, J. Á. Clinical Assessment of Mothering During Infancy. **J. Obstetr. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v.35, n.5, p.662-667, 2006.

FOX-RUSHBY, J. Culture and the measurement of health-related quality of life. **European review of applied psychology**, v.45, n.4, p.257, 1995.

GARCES, G. Universitarias-madres y madres-universitarias: el conflicto de roles en la sociedad contemporánea. **Revista Portavoz Antropológico**, Universidad Católica de Temuco, Chile. 2008.

GARCÍA, D. Calidad de Vida. Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*, 30, 55-94, 1991.

GIPSON, J. D.; KOENIG, M. A.; HINDIN, M. J. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann*, 39:18-38, 2008.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas na lactação. **Jornal de Pediatria** - Vol. 80, N°5(supl), 2004.

GLASIER, A.; GULMEZOGLU, A. M.; SCHMID, G. P.; MORENO, C. G, VAN LOOK, P. F. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*, 368:1595-607, 2006.

GOMES, G. V. Socialização primária: Tarefa familiar? **Cadernos de Pesquisa**, 91, 54-61, 1994.

GREGORY, D.; JOHNSTON, R.; PRATT, G.; WATTS, M.; WHATMORE, S. "Quality of Life". *Dictionary of Human Geography* (5th ed.) **Oxford: Wiley-Blackwell**, 2009.

GRUSKIN, S. Reproductive and sexual rights: do words matter? *Am J Public Health*, 98:1737, 2008.

GRYLKA-BAESCHLIN, S.; TEIJLINGEN, E.; STOLL, K.; GROSS, M. M. Translation and validation of the German version of the Mother-Generated Index and its application during the postnatal period. **Midwifery** 3, 47-53, 2015.

GUALDA, D. M. R. O corpo e a saúde da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1320-1325, 2009.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.46, n.12, p.1417-1432, 1993.

GUSMAO, J. L.; PIERIN, A. M. G. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 43, n. esp., p. 1034-1043, 2009.

GUTKE, A.; LUNDBERG, M.; OSTGAARD, H. C.; OBERG, B. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. **European Spine Journal**, v.20, n.3, p.440-448, 2011.

HALL; GILLETTE; HARRY, A. Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America, Palgrave Macmillan, Reino Unido. En "Los pueblos indígenas de América Latina", *Revista Finanzas y Desarrollo*, p. 23-25, 2005.

HAMMOUDEH, W.; MATARIA, A.; WICK, L.; GIACAMAN, R. In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. **Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research**, 9, (2), 123-132, 2009.

HANDA, V. L.; ZYEZYNSKI, H. M.; BURGIO, K. L. *et al.*, (2007). The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. **Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.197, n.6, p.636.e1–636.e6, 2007.

HARING, M. J.; STOCK, W. A.; OKUN, M. A. A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Hum Relat* 37: 645-657, 1984.

HILL, P. D.; ALDAG, J. C. Maternal perceived quality of life following childbirth. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.36, n.4, p.328–334, 2007.

HOEDJES, M.; BERKS, D.; VOGEL, I. *et al.* (2011). Poor health-related quality of life after severe preeclampsia. **Birth**, v.38, n.3, p.246–255, 2011.

HORWITZ, S. M.; BRIGSS-GOWAN, M. J.; STORFER-ISSER, A.; CARTER, A. S. Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. **Journal of Wom Health**, 16, 678-691, 2007.

HOSKINS, L. M. Clinical Validation, Methodologies for nursing diagnoses research. In: CAAROL JOHNSON, R. M. *et al.*, (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, Cap.19, p.126-131, 1989.

HOUAISS, A. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. **1a ed. rev. Objetiva**, Rio de Janeiro, 2004.

HUANG, I. C.; WU, A. W.; FRANGAKIS, C. Do the SF-36 and WHOQOLBREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Quality of Life Research* 15 (1), 15–24, 2006.

HUANG, K.; TAO, F.; LIU, L.; WU, X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? **J Clin Nurs**. Oct. 25 2011.

HUNT, S. M.; McKENNA, S. P.; McEWEN, E. M.; WILLIAMS, J.; PAPP, E. The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultation. **Social Science & Medicine**;15:221–9, 1981.

HUNT, S. M.; McKENNA, S. P.; McEWEN, J.; BLACKETT, E. M.; WILLIAMS, J.; PAPP, E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. **J Epidemiol Community Health**; 34:281–6, 1980.

IBM. **SPSS Statistics**. Disponível em: < <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/>>. Acesso em: 11 Jul. 2014.

INGLEHART, R. Culture shift in advanced industrialized society. Princeton University Press, Princeton, 1990.

JANSEN, A. J. G.; DUVEKOT, J. J.; HOP, W. C. J. *et al.* (2007). New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Informa Healthcare, Acta Obstetrica et Gynecologica*, v.86, p.579-584, 2007.

JONATHAN, E. G. Mulheres empreendedoras: Medos, preocupações e qualidade de vida. *Psicol. Est.*, v.10,p. 373-382, 2005.

KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. Well-being: the Foundations of Hedonic Psychology. **Russell Sage Foundation Publications**, New York, 2003.

KASS, R. A.; TINLEY, H. E. A. Factor analysis. **J. Leisure Res.**, v. 11, p. 120 138, 1979.

KATSCHNIG, H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. **World Psychiatry.**; v.5, n.3, p.139–145, 2006.

KELLEHER, C. J.; CARDOZO, L. D.; KHULLAR, V.; SALVATORE, S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.104, n.12, p.1374–1379, 1997.

KHABIRI, R.; RASHIDIAN, A.; MONTAZERI, A.; SYMON, A.; FOROUSHANI, R. A.; ARAB, M. *et al.* (2013). Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality-of-Life Instrument. **Int J Prev Med.**, v.4, p.1371-9, 2013.

KIMBALL, N. "Un secreto a voces: La historia escondida del embarazo no deseado y aborto en la Bolivia altiplánica, 1952-2010". (inérito). 2013.

KOBAU, R.; SNIEZERK, J.; ZACK, M. M.; LUCAS, R. E.; BURNS, A. Well-being assessment: An evaluation of well-being scales for public health and population estimates of well-being among U.S. adults. **Health and Well Being**, v.2, n.3, p.272-297, 2010.

LAURENTI, *et al.* (1997). Indicadores da saúde materna e infantil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 1(1), 1997.

LEAL, I. S. Nota introdutória. *Análise psicológica* 4 (VIII), p. 365, 1990.

LINDSTRÖM, B. The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic Countries. Theory and practice in public health. Göteborg: The Nordic School of Public Health, 1994.

LINNE, Y.; DYE, L.; BARKELING, B.; ROSSNER, S. Long-term weight development in women: a 15-year follow-up of the effects of pregnancy. **Obes. Res.**, v. 12, n. 7, p.1166-1178, 2004.

LOHR, K. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual. Life Res.**, v. 1, p.193–205, 2002.

LUDERITZ, B.; JUNG, W. Quality of life in patients with atrial fibrillation. **Arch Intern Med.**, v.160, n.12, p.1749-57, 2000.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research.** 35:382-385, 1986.

LYNDON, B. J. XXXVI President of the United States: 1963-1969. Remarks Before the National Convention Upon Accepting the Nomination. August 27, 1964.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; CASHION, K. ALDEN, K. R. Saúde da mulher e enfermagem obstétrica - 10ª edição, Rio de Janeiro: **Elsevier**, 2013.

MAGEE, L. A.; CHANDRA, K.; MAZZOTTA, P.; STEWART, D.; KOREN, G.; GUYATT, G. H. Development of a health-related quality of life instrument for nausea and vomiting of pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.186, n.2, p.232-238, 2002.

MAGEE, L.; JAMES, P.; SCERRI, A. "Measuring Social Sustainability: A Community-Centred Approach". **Applied Research in the Quality of Life**, v.7, n.3, p.239-61, 2012.

MALDONADO, M. T.; NAHOUM, J. C.; DICKSTEIN, J. Nós estamos grávidos. Rio de Janeiro: Bloch; 1997.

MAMUN, A. A.; CLAVARINO, A. M.; NAJMAN, J. M.; WILLIAMS, G. M.; O'CALLAGHAN, M. J.; BOR, W. Maternal depression and the quality of marital relationship: a 14-year prospective study. **J. Womens Health (Larchmt.)**, v. 18, n.12, p.2023-2023, 2009.

MARIN, A.; PICCININI, C. A. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. **Psico (Porto Alegre)**, v. 40, n. 4, p. 422-429, 2009.

MARTINS, A. B, RIBEIRO, J.; SOLER, Z. A. S. G. Proposta de exercícios físicos no pós-parto. Um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. **Invest Educ Enferm.** 29(1):40-46, 2011.

MARTINEZ-SCHALLMOSER, L. D. **Perinatal depressive symptoms, quality of life, social support, and risk factors in Mexican-American women.** Doctoral dissertation, University of Illinois at Chicago. Dissertation Abstracts International, 53, 2557, 1992.

MARTINEZ-SCHALLMOSER, L. D.; TELLEEN, S.; MACMULLEN, N. J. The Effect of Social Support and Acculturation on Postpartum Depression in Mexican American Women. **Journal of Transcultural Nursing**, v.14, n.4, p. 329-338, 2003.

MAUTNER, E.; GREIMEL, E.; TRUTNOVSKY, G.; DAGHOFER, F.; EGGER, J. W.; LANG, U. Quality of life outcomes in pregnancy and postpartum complicated by hypertensive disorders, gestational diabetes, and preterm birth. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology**, v.30, n.4, p.231-237, 2009.

MEEBERG, G. A. Quality of life: A concept analysis. **J Ads Nurs**; 18: 32-38, 1993.

MELLO, A. R. de; NEME, B. Puérperio: Fisiologia e Assistência: In. NEME, B. Obstetrícia básica. **Sao Paulo, Sarvier**, cap.22, p. 158-163, 1994.

MENDES, I. M. Ligação Materno-Fetal. Coimbra. **Quarteto Editora**, 2002.

MERIGHI, M. A. B.; GONÇALVES, R.; RODRIGUES, I. G. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Rev Bras Enferm**, nov./dez. 2006.

MEZZICH, J.; COHEN, N.; RUIPEREZ, M. A quality of Life Index: brief description and validation. International Congress of the International Federation for Psychiatric Epidemiology 1996.

MICHALAKA, E. E.; TAMA, E. M.; MANJUNATHA, C. V.; SOLOMONSA, K.; LEVITTB, A, J.; LEVITANC, R. *et al.* W. Generic and health-related quality of life in patients with seasonal and non seasonal depression **Psychiatry Research** v.128, p.245–251, 2004.

MOGOS; AUGUST; SALINAS-MIRANDA; SULTAN; SALIHU, A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers, The International Society for Quality-of-Life Studies (ISQOLS) 2012.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. O puérperio. In: Rezende Obstetrícia. 11^oed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p.291-295, 2010.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia Fundamental - 13^a edição, Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2014.

MONTGOMERY-DOWNS, H. E.; INSANA, S. P.; CLEGG-KRAYNOK, M. M.; MANCINI, L. M. Normative longitudinal maternal sleep: the first 4 postpartum months. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 203, n.5, p.465, 2010.

MORAIS, P. Z. M. Lazer: qualidade de vida e cidadania. Licere. Belo Horizonte, v.2, n.1, p. 31-45, 1999.

MORENO, B; XIMENEZ, C. Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela, V. E. Caballo y C. J. Sierra (Dir). Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI, 1045-1067, 1996.

MOURA, M. A. V.; COSTA, G. R. M.; TEIXEIRA, C. S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Rev enferm UERJ**. 18(3):429-34, 2010.

MYERS, D. G.; DIENER, E. Who is happy? *Psychol Sci* 6: 10-9, 1995.

NACIONES UNIDAS. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas - DPI/2551/F - 09-64061 - Enero de 2010.

NAGPAL, J.; DHAR, R. S.; SINHA, S.; BHARGAVA, V.; SACHDEVA, A.; BHARTIA, A. An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother

Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India. **Health and Quality of Life Outcomes**, n.6, p.107, 2008.

NAGY, E.; MOLNAR, P.; PAL, A.; ORVOS, H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. **Psychiatry Res.**, v.185, n.1/2, p.113-120, 2011.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.5, n.2, p.48-59, 2001.

NERI, A. L. Redes de suporte social. In A. L. Neri (Ed.), *Palavras-chave em gerontologia* (pp. 172-175). Campinas, SP: Alínea, 2005.

NOBRE, M. R. C. Qualidade de Vida. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.64, n.4, p.299-300, 1995.

NOBREGA, L. L. R.; BEZERRA, F. P. F. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento. **Rev. Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 42-52, 2010.

NOVATO, T.S.; GROSSI, S.A.A.; KIMURA, M. Adaptação cultural e validação da medida "Diabetes Quality of Life for Youths" de Ingersoll e Marrero para a cultura brasileira. **Rev.Latinoam. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 224-230, 2008.

NOWAKOWSKA-GLAB, A.; MANIECKA-BRYLA, I.; WILCZYNSKI, J.; NOWAKOWSKA, D. Evaluation of antenatal quality of life of hospitalized women with the use of Mother-Generated Index – pilot study. **Ginekol Pol.** 81, 521-527, 2010.

OEA. Organización de los Estados Americanos, Serie: Mujeres Bajo la Ley. Breve informativo 3: Uniones de Hecho, Enero 2011.

OLIVEIRA, B. H. D.; YASSUDA, M. S.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: OPS, 2013.

PADILLA, G.; GRANT, M.; FERRELL, B. Nursing research into quality of life. **Qual Life Res**; 1: 341-348, 1992.

PARKERSON, G. R.; BROADHEAD, W. E.; TSE, C. K. J. The Duke Health Profile: A 17-item measure of health and dysfunction. **Medical Care**, v.28, p.1056–1072, 1990.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo 2000 - 252. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, 2001.

PASQUALI, L.; CAPOVILLA, A. G. S.; ALONSO, A. O. L.; ALVES, A. R.; BORBA, A. C. P.; BATISTA, C. G. *et al.* (2010). Instrumentação psicológica: fundamentos e praticas. 1. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2010.

PAULS, R. N.; OCCHINO, J. A.; DRYFHOUT, V. L. Effects of Pregnancy on Female Sexual Function and Body Image: A Prospective Study. **J Sex Med.**, v.5, p.1915–1922, 2008.

PAULS, R. N.; OCCHINO, J. A.; DRYFHOUT, V. L.; KARRAN. Effects of pregnancy on pelvic floor dysfunction and body image; a prospective study. **Int Urogynecol J.**, v.19, p.1495–1501, 2008.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr.**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

Pesquisa GRAVAD. *Pesquisa de Adolescentes no Brasil*. Recuperado em 10 de outubro de 2015 em: www.portal.saude.gov.br

PETERSON, C.; SELIGMAN, M. Character strengths and virtues: a handbook and classification. American Psychological Association and Oxford University Press, New York, 2004.

PICCININI, C. A. et al. Envolvimento paterno aos três meses de vida do bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 303-314. jul.-set. 2012.

PIGOU, A. C. The Economics of Welfare London: Macmillan and Co. 1920.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

POWDTHAVEE, N. Think having children will make you happy?. **The Psychology**, 2009.

RABIN, R.; DE CHARRO, F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. **Ann Med** 33:337–343. 2001.

RAMIREZ, F. *et al.*, (2002). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y diálisis: Una experiencia en Honduras, **Rev. Med. Hondur.**, v.70, n.1, p.3-8, 2002.

RAMOS, M. P. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, 19(2), 397-410, 2007.

REJANE, S. N.; MATOS, A. N.; ROSA, G. D. M. Cuerpo y sexualidad: experiencias de puérperas. **Revista latino-americana. Enfermagem**, 18(4), 2010.

RETT, M. T.; BRAGA, M. D.; BERNARDES, N. O.; ANDRADE, S. C. Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos. v. 13, n. 4, p. 275-80, 2009.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do The Mother Generated Index para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RIBEIRO, S. G.; SYMON, A. G.; LESSA, P. R. A.; DE OLIVEIRA, M. F.; AQUINO, P. S.; DE ALMEIDA, P. C, *et al.* (2015). Translation and cultural adaptation of the Mother-Generated Index into Brazilian Portuguese: A postnatal quality of life study. **Midwifery** 31,735–741, 2015.

RICCI, S. S. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. 1. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2008.

RITTER, C.; HOBFOLL, S. E.; LAVIN, J.; CAMERON, R. P.; HULSIZER, M. R. Stress, psychological resources, and depressive symptomatology during pregnancy in low-income, inner-city women. **Health Psychology**, 19, 576-585, 2000,

ROCKWOOD, T. H.; CHURCH, J. M.; FLESHMAN, J. W. *et al.* (2000). Fecal Incontinence Quality of Life Scale: Quality of life instrument for patients with fecal incontinence. **Dis Colon Rectum**, v.43, p.9–16, 2000.

RUTA, D. A.; GARRATT, A. M.; LENG, M.; RUSSELL, I. T.; McDONALD, L. M. A new approach to the measurement of quality of life. The Patient-Generated Index. **Med Care.**, v.32, n.11, p.1109-26, 1994.

SANTANA, L. S.; GALLO, R. B. S.; MARCOLIN, A. C.; FERREIRA, C. H. J.; QUINTANA, S. M. Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puérperio: revisão da literatura. **FEMINA**, vol.39, nº 5, Maio 2011.

SANTOS, J. Fatores etiológicos relacionados à gravidez na adolescência: Vulnerabilidade à maternidade. Em N. SCHOR, M. S. MOTA, V. C. Branco (Org.), *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*, Brasília: Ministério da Saúde. pp. 223-229, 1999.

SARAIVA, E. R. A.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: Um estudo das representações sociais. Artigo apresentado na V Jornada Internacional e III Conferência Brasileira sobre as Representações Sociais. Recuperado em novembro 24, 2007.

SAVE THE CHILDREN FEDERATION, Inc. State of the World's Mothers 2015 was published with generous support from the Bill & Melinda Gates Foundation and Johnson & Johnson. 2015.

SCHYTT, E.; LINDMARK, G.; WALDENSTROM, U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. **BJOG**, v. 112, p.210–217, 2005.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**. 20(2):580-8,2004.

SETSE, R.; GROGAN, R.; PHAM, L., *et al.* (2009). Longitudinal study of depressive symptoms and health-related quality of life during pregnancy and after delivery: The health status in pregnancy (HIP) study. **Maternal and Child Health Journal**, v.13, n.5, p.577-587, 2009.

SHALOCK, R.; VERDUGO, M. A. Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners. Washington, D. C.: American Association on Mental Retardation, 2002.

SHREWSBURY, V. A.; ROBB, K. A.; POWER, C.; WARDLE, J. Socioeconomic differences in weight retention, weight-related attitudes and practices in postpartum women. **Matern. Child Health J.**, v.13, n. 2, p. 231-240, 2009.

SHUMAKER, S. A.; WYMAN, J. F.; UEBERSAX, J. S.; McCLISH, D.; FANTL, J. A. Health-related quality of life measures for women with urinary incontinence: The incontinence impact questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program in Women (CPW) Research Group. **Qual Life Res.**, v.3, p.291-306, 1994.

SILVA, L. A.; NAKANO, M. A. S.; GOMES, F. A.; STEFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto Contexto Enferm**.18(1):48-56, 2009.

SITEAL. Sistema de Información de Tendencias Educativas en América Latina www.siteal.iipe-oei.org. Perfil del Estado Plurinacional de Bolívia, 2013.

SOTO, M.; FAILDE, I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. **Rev Soc Esp Dolor**; 11: 505-514.36, 2004.

SOUZA, C. S. S. C.; MELLO, I. P.; REZENDE, R. E. S. O. Avaliação cognitiva, emocional e disponibilidade e adequação de suporte familiar e social de idosos assistidos no ambulatório do Hospital São Julião, Campo Grande, MS. 2008.

SOUZA, K. V.; CUBAS, M. R.; ARRUDA, D. F.; CARVALHO, P. R. Q.; CARVALHO, C. M. G. A consulta puerperal: demandas de mulheres na perspectiva das necessidades sociais em saúde. **Ver Gaúch Enferm**. jun; 29 (2): 175-81, 2008.

SOUZA, L. B.; FIGUEIREDO, M. A. C. Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. **Paidéia**, v.14, p. 221-232, 2004.

SURKAN, P. J.; PETERSON, K. E.; HUGHES, M. D.; GOTTLIEB, B. R. The role of social networks and support in postpartum women's depression: A multiethnic urban sample. **Maternal and Child Health Journal**, 10, 375-383, 2006.

SYMON, A. A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. **Health Qual Life Outcomes**; 1:38-46, 2003.

SYMON, A.; MACKAY, A.; RUTA, D. Postnatal quality of life: A pilot study using the mother generated index. **Journal of Advanced Nursing**, v.42, n.1, p.21-29, 2003.

SYMON, A.; Mc DONALD, A.; RUTA, D. Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index. **Birth**, v.29, n.1, p.40–46, 2002.

SYMON, A.; Mc GREAVEY, J.; PICKEN, C. Postnatal quality of life assessment: Validation of the mother-generated index. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.110, n.9, p.865–868, 2003.

SYMON, A.; NAGPAL, J.; MANIECKA-BRYŁA, I.; NOWAKOWSKA-GŁA, B. A.; RASHIDIAN; A.; KHABIRI, R. *et al.*, (2012). Cross-cultural adaptation and translation of a quality of life tool for new mothers: a methodological and experiential account from six countries. **Journal of Advanced Nursing**, 1012.

SYMON *et al.*, (2015). The feasibility and acceptability of using the Mother-Generated Index (MGI) as a Patient Reported Outcome Measure in a randomised controlled trial of maternity care. **BMC Medical Research Methodology**. 15:100, 2015.

TAILLEFER, M. C.; DUPUIS, G.; ROBERGE, M. A.; LeMAY, S. Health-related quality of life models: Sistematic review of the literature. **Soc indic Res**; 64(2): 293-323, 2003.

THOMPSON, A. M.; BUKOWSKI, R. Puerperium. En: Evans AT, Manual of Obstetrics. **Lippincott: Williams & Wilkins**; p. 69-88, 2007.

TORKAN, B.; PARSAY, S.; LAMYIAN, M.; KAZEMNEJAD, A.; MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.9, n.4, 2009.

TORRES, A.; SANHUEZA, A. Modelo estructural de la enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. **Cienc. enferm**; 12(1):9-17, 2006.

TORRES, T. M.; FERRAZ, M. B.; CICONELLI, R. Resource utilisation and cost of ankylosing spondylitis in Brazil. **Clinical and experimental rheumatology**, v.28. n.4, p.490-7, 2010.

TRUJILLO S, TOBAR C, LOZANO M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. **Univ Psychol**; 3(1): 89-98, 2004.

TSENG, H. M.; LU, J.R.; TSAI, Y. J. (2003). Assessment of health-related quality of life in Taiwan (I): Development and psychometric testing of SF-36 Taiwan Version. **Taiwan Journal of Public Health**, 22, 501–511, 2003a.

TSENG, H. M.; LU, J.R.; TSAI, Y. J. 2003b. Assessment of health-related quality of life in Taiwan (II): norming and validation of SF-36 Taiwan version. **Taiwan Journal of Public Health** 22 (6), 511–518, 2003b.

UEBERSAX, J. S.; WYMAN, J. F.; SHUMAKER, S. A.; McCLISH, D. K.; FANTL, J. A. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: The Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. **NeuroUrol Urodyn**; 14:131–9, 1995.

- UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 2005.
- VALDEZ, E. Conceptos de Sexualidad en Perinatología. **Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología**. Santiago de Chile, 68, 333-336, 2003.
- VALETON, C. T.; DO AMARAL, V. F. Evaluation of urinary incontinence in pregnancy and postpartum in Curitiba Mothers Program: a prospective study. **Int Urogynecol J.**, v.22, p.813–818, 2011.
- VEENHOVEN, R. Quality of life through personally meaningful activiy. En R. I. Brown. (Ed.). *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice* (2ª ed.). Cheltenham: Stanley Thornes, 12-25, 1997.
- VIDO, M. B. **Qualidade de vida em gestantes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2006.
- VIEIRA, F; BACHIOM, M. M.; SALGE, A. K. M.; MUNARI, D. B. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.14, n.1, p. 83-89, 2010.
- VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.
- WALTZ, C.; BAUSELL, R. B. Design, statistics, and computer analysis. **Nursing Research**, Philadelphia; F. A. Davis, 1981.
- WANG, P.; LIOU, S. R.; CHENG, C. Y. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. **BMC Pregnancy and Childbirth** v.13, p.124, 2013.
- WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-item shortform health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. **Medical Care**, v.34, p.220–233, 1996.
- WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 30: 473–483, 1992.
- WATSON, D. Mood and temperament. The Guilford Press, New York, 2000.
- WEBSTER, J.; NICHOLAS, C.; VELACOTT, C.; CRIDLAND, N.; FAWCETT, L. Quality of life and depression following childbirth: Impact of social support. **Midwifery**, v.27, n.5, p.745–749. 2011.
- WEBSTER, J.; NICHOLAS, C.; VELACOTT, C.; CRIDLAND, N.; FAWCETT, L. Validation of the WHOQOL-BREF among women following childbirth. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.50, p.132–137, 2010.
- WHOQOL Group. - The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley, J. & Kuyken, W. (Eds.) *Quality of*

life assessment: international perspectives. **Springer Verlag, Heidelberg**, p.41-60, 1995.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. Empoderamento de famílias. In E. G. Mendes, M. A. Almeida, & L. C. A. Williams (Eds.), *Temas em educação especial: Avanços recentes* (pp. 197-202). São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de São Carlos. 2004.

WILLIAMSON, M. Y. *Research methodology and its application to nursing*. New York: **John Wiley**, 1981.

WILSON, T. D.; GILBERT, D. T. Explaining away a model of affective adaptation. **Perspectives on Psychological Science** 3(5): 370-386, 2008.

WONG, J. G.; CHEUNG, E. P.; CHEN, E. Y.; CHAN, R. C.; LAW, C. W.; LO, M. S., *et al.* An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. **Qual. Life Res.**, v. 14, p.687-694, 2005.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? **Journal Clinical Epidemiology**, v.52, n.4, p.355-363, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global database on body mass index: an interactive surveillance tool for monitoring nutrition transition. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p.436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Violence against women: a priority health issue. 1997.

YAP, S. C.; ANUSIC, I.; LUCAS, R. E. Does Personality Moderate Reaction and Adaptation to Major Life Events? Evidence from the British Household Panel Survey. **J. Res. Pers.**, v. 46, n. 5, p.477-488, 2012.

YONKERS, K. A.; RAMIN, S. M.; RUSH, A. J. Onset and Persistence of Postpartum Depression in an Inner-City Maternal Health Clinic System. **Am J Psychiatry.**, v.158, p.11, 2001.

ZAGONELI, I. P. S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K. F.; ATHAYDE, J. - O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 – 32, 2003.

ZHOU, S. Z.; WANG, X. L.; WANG, Y. Design of a questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women (PQOL) in China. **Qual Life Res.**, v.18, p.497-508, 2009.

ZUBARAN, C. The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in Southern Brazil. **Breastfeeding Medicine**, v.6, n.1, p.25, 2011.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. **Women and Birth**, v.24, n.1, p.10–16, 2011.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; SCHUMACHER, M. V.; THORELL, M.; MULLER, L. C.; AMORETTI, A. L. An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: A comparison of two questionnaires. **Clinical Science**, v.64, n.8, p.751–756, 2009.

ZUBARAN, C.; PERSCH, K. N.; TARSO, D.; IOPPI, A. E. E.; MEZZICH, J. Initial Study for the development of the Portuguese version of the Multicultural Quality of Life Index. **Braz Arch Psychiatry Neurol Legal Med**; 98:12-7, 2004.

ZWAREVA-MASHIRI, E. C. Los comités de ética de investigación biomédica y psicosocial en Bolivia, **Acta Bioethica**, 16 (1): 87-91, 2010.

APÊNDICE A – Carta convite para juízes da etapa IV da Tradução

CARTA CONVITE

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: FRANZ JANCO ANTEZANA
ORIENTADORA: ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

Prezado (a) Senhor (a)

Profa. Dra.

Sou **Franz Janco Antezana**, enfermeiro e discente do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado *Tradução e adaptação transcultural do índice The Mother Generated Index para uso na Bolívia* e, venho por meio desta, convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista para o processo de validação de conteúdo.

Caso aceite contribuir com o estudo, entregarei um kit composto por: um instrumento que contem o índice original e a versão do índice traduzida para ser avaliada pelo (a) senhor (a), em relação às equivalências semânticas, idiomáticas, conceituais e experienciais que estão conceituados no instrumento; o termo de consentimento livre e esclarecido; um protocolo que define o processo de tradução e adaptação utilizado na presente pesquisa e um questionário de caracterização do perfil dos juízes. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões do índice, provenientes das etapas iniciais do processo de tradução e adaptação transcultural, para que se possa avaliar alguma inconsistência.

O comitê de juízes a qual lhe convido a participar será formado por seis profissionais da área da saúde. Ressalta-se que a formação do comitê é de suma importância, visto que, com a contribuição de todos, formaremos a versão pré-final do índice em um único encontro.

A reunião será realizada no dia 06 de outubro de 2014 às 15 hora, na sala 01 da pós-graduação, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Agradeço antecipadamente sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou disponível no telefone: (85) 8194-9938 e e-mail: jancofranz@hotmail.com

Sua presença é fundamental para a riqueza das discussões e contribuição no processo de tradução, adaptação cultural e validação do índice *MGI*.

FRANZ JANCO ANTEZANA

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para juízes da etapa IV da Tradução

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Profa. Dra......

Sou **Franz Janco Antezana**, enfermeiro e discente do Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceara. Estou realizando um estudo intitulado *Tradução e adaptação transcultural do índice The Mother Generated Index para uso na Bolívia* e, venho por meio deste lhe convidar a participar da pesquisa como juiz especialista.

A pesquisa tem como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar *o índice The Mother Generated Index* para a língua castelhana e uso no contexto boliviano. O índice MGI tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das mães no período pós-parto.

A realização da validação de um instrumento e um processo que exige um grande rigor metodológico, uma vez que se trata de realidades e idiomas diferentes. Muitas vezes, faz-se necessário transformar completamente alguns itens para capturar os mesmos conceitos propostos na versão original.

Portanto, caso aceite participar da pesquisa, irei entregar o índice na versão original e o índice traduzido para ser avaliado pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que está definido no instrumento. Será entregue um instrumento de avaliação, no qual você ira analisar cada equivalência e justificar sua opinião.

As outras versões do índice que são necessárias para o processo de tradução e adaptação também estarão disponíveis, caso queira avaliar alguma inconsistência.

Informo ao (a) senhor (a) que sua participação neste estudo é voluntaria e necessitaria de um encontro com o comitê de juízes para que possamos juntos discutir e formar a versão pré-final do índice MGI. Para sua maior segurança, será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identifica-lo(a). As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a defesa de doutorado bem como a divulgação em relatórios e revistas científicas.

Asseguro que a qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Caso tenha alguma duvida, procure-me no meu endereço: Rua João Cordeiro, 374 CEP: 60110300. Tel.: (85)8194-9938; e-mail: jancofranz@hotmail.com

Espero contar com sua cooperação e desde já agradeço pela atenção.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

APÊNDICE C – Instrumento do perfil dos juízes da etapa IV da Tradução

INSTRUMENTO DO PERFIL DOS JUÍZES

1- IDENTIFICAÇÃO

Especialista N° _____

Nome: _____

Local de Trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: 1 (). Assistência 2 (). Ensino 3 (). Pesquisa 4 ().
Consultoria

Tempo da ocupação atual em anos: _____

Proficiência na língua inglesa: 1 () Sim 2 () Não

QUALIFICAÇÃO

Formação/ Graduação em: _____ Ano: _____

Especialização em: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____ Ano: _____

2- EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO EM QUESTÃO:

ESPECIALISTA	PONTUAÇÃO
Tese na temática Saúde da Mulher	2 pontos
Dissertação na temática Saúde da Mulher	2 pontos
Experiência prática na área de Saúde da Mulher	1 pontos
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática Saúde da Mulher	1 pontos
Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher	1 pontos
Experiência na temática de validação de instrumentos psicométricos	2 pontos

APÊNDICE D – Instrumento de avaliação das equivalências da etapa IV da Tradução

VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO

Experiência com saúde sexual e reprodutiva: 1.Sim () 2. Não ()

Experiência com validação: 1.Sim () 2. Não ()

Instruções: Analise o Índice MGI antes de avaliar cada etapa para validação do conteúdo.

ANALISE A INFORMAÇÃO SEGUINTE:	A etapa a seguir parece clara e compreensiva?	Sua presença é relevante?	Esta etapa possibilita a avaliação da qualidade de vida no puerpério?	Qual o grau de relevância?
<p>Passo 1: Identificação de áreas</p> <p>Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do seu bebe. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva ate no Maximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área e positiva, negativa, ou nenhuma das duas.</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	<p>Irrelevante</p> <p>Pouco Relevante</p> <p>Relevante</p> <p>Muito Relevante</p>
<p>Exemplos dados por outras mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a si mesma. • Como elas se sentem em relação aos seus bebes. • Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins). • Como elas se sentem em relação a volta ao trabalho. • Como elas se sentem em relação a sua vida social. <p><i>Esses são apenas exemplos.</i></p> <p><i>Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>	<p>Irrelevante</p> <p>Pouco Relevante</p> <p>Relevante</p> <p>Muito Relevante</p>

APÊNDICE E – 1ª Tradução - Versão T1

ÍNDICE GENERADO POR LA MADRE ©

EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA

**Paso 1:
Identificación de áreas**

**Paso 2:
Puntuación de cada área**

**Paso 3:
Asignación de puntos**

<p>Nos gustaría que usted piense en las áreas más importantes de su vida que fueron afectadas por haber tenido un bebé. Estos pueden ser POSITIVOS o NEGATIVOS, o tal vez AMBOS o quizás NINGUNO de los dos. Por favor, escriba un máximo de ocho áreas en las siguientes casillas e indique si considera que esta área es positiva, negativa o ninguno de los dos.</p>		<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES.</p> <p>Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso: 0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p style="text-align: center;">Peor Mejor 0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p>	<p>Por favor, piense lo importante que son estas áreas a su calidad de vida.</p> <p>Usted tiene 20 puntos para asignar.</p> <p>Usted no precisa asignar puntos a un ítem si usted no desea.</p> <p>Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son más importante.</p> <p>Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>
<p>Ejemplos de otras madres que dieron son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sienten en relación a sí misma? • ¿Cómo se sienten en relación a su bebé? • ¿Cómo se sienten en relación a su relación con su pareja u otros miembros de la familia? • Problemas físicos o emocionales (bueno o malo) • ¿Cómo se sienten en relación a volver al trabajo? • ¿Cómo se sienten en relación a su vida social? <p style="text-align: center;"><i>Estos son sólo ejemplos. Queremos que diga lo que usted siente.</i></p>	<p style="text-align: center;">Por favor, coloque un círculo, si usted piensa que este punto es Positivo, Negativo o Ambos/Ninguno</p>		
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10	

Recuerde: Los puntos en la etapa 3, debe ser igual a 20

APÊNDICE G – 3ª Tradução - Versão T12

ÍNDICE GENERADO POR LA MADRE ©

EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA

**Paso 1:
Identificación de áreas**

**Paso 2:
Puntuación de cada área**

**Paso 3:
Asignación de puntos**

<p>Nos gustaría que usted piense en las áreas más importantes de su vida que fueron afectadas por haber tenido un bebé. Estos pueden ser POSITIVOS o NEGATIVOS, o tal vez AMBOS o quizás NINGUNO de los dos. Por favor, escriba un máximo de ocho áreas en las siguientes casillas e indique si considera que esta área es positiva, negativa o ninguno de los dos.</p>		<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES.</p> <p>Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso: 0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p style="text-align: center;">Peor Mejor</p> <p style="text-align: center;">0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>Por favor, piense lo importante que son estas áreas para su calidad de vida.</p> <p>Usted tiene 20 puntos para asignar.</p> <p>Usted no precisa asignar puntos a un ítem si usted no desea.</p> <p>Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son las más importante.</p> <p>Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>
<p>Ejemplos de otras madres que dieron son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sienten en relación a sí misma? • ¿Cómo se sienten en relación a su bebé? • ¿Cómo se sienten en relación a su relación con su pareja u otros miembros de la familia? • Problemas físicos o emocionales (bueno o malo) • ¿Cómo se sienten en relación a volver al trabajo? • ¿Cómo se sienten en relación a su vida social? <p>Estos son sólo ejemplos. Queremos que diga lo que usted siente.</p>	<p>Por favor, coloque un círculo, si usted piensa que este punto es Positivo, Negativo o Ambos/Ninguno</p>		
	<p>Positivo Negativo Ambos/Ninguno</p>	<p>0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	

Recuerde: Los puntos en el paso 3 debe ser igual a 20

APÊNDICE H – 4ª Tradução - Versão BT1

MOTHER GENERATED INDEX ©

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

**Step 1:
Identification of Main Areas**

**Step 2:
Marking Each Area**

**Step 3:
Assigning Points**

<p>We would like you to think about the main areas of your life that were affected by having a baby. These may be POSITIVE, NEGATIVE, BOTH or NEITHER. Please write a maximum of eight areas in the following fields and indicate whether they are positive, negative, both or neither.</p>	<p>Now please give a mark to the areas you mentioned in Step 1. The marks should reflect how you have felt about each area during the last MONTH.</p> <p>Please place a cross on the line for each area. 0 is the worst mark – indicating that you could not have felt any worse about the area. 10 is the best mark, indicating that you could not have felt any better about the area.</p> <p style="text-align: center;">Worst Best</p> <p style="text-align: center;">0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>Please think about how important each of these areas are in terms of your overall quality of life.</p> <p>You have 20 points to assign.</p> <p>You do not have to assign points to every area, but the total number of points assigned should equal 20.</p> <p>You should assign most points to the areas of your life you consider most important</p> <p>Please write the points in the following fields.</p>
<p>Example questions related to areas provided by other mothers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How do you feel about yourself? • How do you feel about your baby? • How do you feel about your relationship with your partner or other members of your family? • Have you experienced any physical or emotional problems? • How do you feel about going back to work? • How do you feel about your social life? <p><i>These are just examples to help you. We want you to say how you feel.</i></p>	<p>Please circle the option that best describes each area: Positive, Negative, Both or Neither.</p>	
	Positive Negative Both/Neither	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Remember: The total number of points in Step 3 must be equal to 20.

APÊNDICE I – 5ª Tradução - Versão BT2

MOTHER GENERATED INDEX ©

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

**Step 1:
Identifying Areas**

**Step 2:
Scoring Each Area**

**Step 3:
Allocating Points**

<p>We would like you to think about the main areas of your life that were affected by having a baby. These may be POSITIVE, NEGATIVE, BOTH or NEITHER. Please write a maximum of eight areas in the following fields and indicate whether they are positive, negative, both or neither.</p>		<p>Now please give a mark to the areas you mentioned in Step 1. The marks should reflect how you have felt about each area during the last MONTH.</p>	<p>Please think about how important each of these areas are in terms of your overall quality of life.</p>
<p>Examples other mothers have given are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How do you feel about yourself? • How do you feel about your baby? • How do you feel about your relationship with your partner or other members of your family? • Have you experienced any physical or emotional problems? • How do you feel about going back to work? • How do you feel about your social life? <p><i>These are just examples to help you. We want you to say how you feel.</i></p>	<p>Please circle the option that best describes each area: Positive, Negative, Both or Neither.</p>	<p>Please place a cross on the line for each area. 0 is the worst mark – indicating that you could not have felt any worse about the area. 10 is the best mark, indicating that you could not have felt any better about the area.</p> <p style="text-align: center;">Worst Best</p> <p style="text-align: center;">0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>You have 20 points to assign.</p> <p>You do not have to assign points to every area, but the total number of points assigned should equal 20.</p> <p>You should assign most points to the areas of your life you consider most important</p> <p>Please write the points in the following fields.</p>
	<p>Positive Negative Both/Neither</p>	<p>0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	

Remember: Points in Step 3 must add up to 20.

APÊNDICE J – The Mother Generated Index - Versão boliviana em espanhol

ÍNDICE GENERADO POR LA MADRE ©

EVALUACIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA

Paso 1:
Identificación de áreas

Paso 2:
Puntuación de cada área

Paso 3:
Asignación de puntos

<p>Nos gustaría que usted piense en las áreas más importantes de su vida que fueron afectadas por haber tenido un bebé. Estos pueden ser POSITIVOS o NEGATIVOS, o tal vez AMBOS o quizás NINGUNO de los dos. Por favor, escriba un máximo de ocho áreas en las siguientes casillas e indique si considera que esta área es positiva, negativa o ninguno de los dos.</p>	<p>Ahora, por favor marque las áreas que usted ha mencionado en el Paso 1. Esta puntuación debe reflejar cómo usted ha sido afectado por esta área durante el último MES.</p> <p>Por favor, coloque una cruz a lo largo de la línea en cada caso: 0 es la peor nota - no se puede sentir nada peor que esto, 10 es la mejor nota - no se puede sentir nada mejor que esto.</p> <p style="text-align: center;">Peor Mejor</p> <p style="text-align: center;">0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>Por favor, piense lo importante que son estas áreas para su calidad de vida.</p> <p>Usted tiene 20 puntos para asignar.</p> <p>Usted no precisa asignar puntos a un ítem si usted no desea.</p> <p>Dele más puntos a las áreas que usted piensa que son las más importante.</p> <p>Escriba los puntos en las siguientes casillas.</p>
<p>Ejemplos de otras madres que dieron son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sienten en relación a sí misma? • ¿Cómo se sienten en relación a su bebé? • ¿Cómo se sienten en relación a su relación con su pareja u otros miembros de la familia? • Problemas físicos o emocionales (bueno o malo) • ¿Cómo se sienten en relación a volver al trabajo? • ¿Cómo se sienten en relación a su vida social? <p style="text-align: center;">Estos son sólo ejemplos. Queremos que diga lo que usted siente.</p>	<p>Por favor, coloque un círculo, si usted piensa que este punto es Positivo, Negativo o Ambos/Ninguno</p>	
	Positivo Negativo Ambos/Ninguno	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Recuerde: Los puntos en el paso 3 debe ser igual a 20

APÊNDICE K – Carta convite para juízes da etapa de Validação em espanhol

CARTA INVITACIÓN

INVESTIGADOR RESPONSABLE: FRANZ JANCO ANTEZANA
ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO

Estimado (a) señor (a)

Dra.....

Soy **Franz Janco Antezana**, enfermero y estudiantes del Curso de Doctorado en Enfermería del Programa de Pos graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará UFC-Brasil. Estoy realizando un estudio titulado: Traducción, adaptación transcultural y validación del *The Mother Generated Index MGI* para su uso en Bolivia, y vengo por medio de la presente, invitarle a usted para participar en mi investigación como juez especialista para el proceso de validación de contenido.

Si acepta a contribuir al estudio, se le entregará un kit que comprende: un instrumento que contiene el contenido original y las versiones del contenido traducido para la evaluación por su persona, en relación con la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experimental que son respetados en el instrumento; el Consentimiento Libre, Previo e Informado (CLPI); un protocolo que define el proceso de traducción y adaptación utilizado en este estudio y un cuestionario para caracterizar el perfil de los jueces. Además, serán puestos a disposición de otras versiones de contenido, desde las etapas iniciales del proceso de traducción y adaptación cultural, de manera que podamos evaluar cualquier inconsistencia.

El comité de expertos al cual le invito a participar, se compone de cinco profesionales de la salud. Es de destacar que la formación profesional de la comisión es de suma importancia, ya que, con la contribución de todos, se formara la versión final del índice en una sola reunión.

La reunión se llevará a cabo el 3 de noviembre de 2014 a las 15 horas, en la sala de reuniones del programa de enfermería de Universidad Amazónica de Pando.

Agradezco de antemano por su colaboración para el desarrollo de esta investigación y si usted tiene alguna pregunta, estoy disponible en el teléfono: 76101095 o al correo electrónico: jancofranz@hotmail.com

Su presencia es esencial para la riqueza de los debates y las contribuciones en el proceso de validación del índice MGI.

FRANZ JANCO ANTEZANA

APÊNDICE L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para juízes da etapa de Validação em espanhol

CONSENTIMIENTO LIBRE, PREVIO E INFORMADO (CLPI)

Estimado (a) señor (a)

Dra.

Soy Franz Janco Antezana, enfermero y estudiantes del Curso de Doctorado en Enfermería del Programa de Pos graduación en Enfermería de la Universidad Federal de Ceará UFC-Brasil. Estoy realizando un estudio titulado: Traducción, adaptación transcultural y validación del *The Mother Generated Index MGI* para su uso en Bolivia, y vengo por medio de la presente, invitarle a usted para participar en mi investigación como juez especialista para el proceso de validación de contenido.

La investigación tiene como objetivo: Traducir, adaptar transculturalmente y validar el *The Mother Generated Index MGI* para el idioma español y su uso en el contexto boliviano. El MGI tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de las madres en el período posparto.

La finalización de la validación de un instrumento y un proceso que requiere un gran rigor metodológico, ya que se trata de realidades e idiomas diferentes. A menudo es necesario transformar completamente algunos elementos para capturar los mismos conceptos que se proponen en la versión original.

Si acepta a contribuir al estudio, se le entregará un kit que comprende: un instrumento que contiene el contenido original y las versiones del contenido traducido para la evaluación por su persona, en relación con la equivalencia semántica, idiomática, conceptual y experimental que son respetados en el instrumento. Se le dará un instrumento de evaluación, en el que se analizará cada una de las equivalencias y justificar su opinión. Además estarán disponibles por si desea evaluar cualquier inconsistencia, otras versiones del contenido.

Informo a usted que su participación en este estudio es voluntaria y necesitará de una reunión con el comité de expertos a fin de que juntos podamos discutir y formar la versión final del índice MGI. Para su seguridad, se mantendrá confidencial en relación a su nombre y/u otros aspectos que pueden identificarlo. La información utilizada en este estudio posee el único propósito de colaborar con la defensa de doctorado y divulgación en informes y publicaciones científicas.

Les aseguro que en cualquier momento de la investigación puede negarse a seguir participando y también puede retirar su consentimiento, sin que le traiga ningún daño.

Si usted tiene alguna duda, buscar conmigo en mi dirección: Final Calle Los Pozos S/N. Tel: 76101095 o al e-mail: jancofranz@hotmail.com

Espero contar con su cooperación y le doy las gracias por su atención.

Firma del investigador

Firma del participante

APÊNDICE M – Instrumento do perfil dos juízes da etapa de Validação em espanhol

INSTRUMENTO DEL PERFIL DE LOS JUECES

1. IDENTIFICACIÓN

Especialista N° _____

Nombre: _____

Lugar de trabajo: _____

Área de actuación: _____

Ocupación actual: () Asistencial () Enseñanza () Investigación (). Consultoría

Tiempo de la ocupación actual en años: _____

Competencia en Inglés: () Si () No

CALIFICACIÓN

Graduación en: _____ Año: _____

Especialización en: _____ Año: _____

Máster en: _____ Año: _____

Doctorado en: _____ Año: _____

Otros: _____ Año: _____

2 EXPERIENCIA CON CONTENIDO EN CUESTIÓN:

Tesis en la temática Salud de la Mujer 2 puntos	
Disertación en la temática Salud de la Mujer 2 puntos	
Experiencia práctica en el área de Salud de la Mujer 2 puntos	
Participación en grupos de proyectos de investigación que impliquen la temática Salud de la Mujer 1 punto	
Autoría de artículos publicados en revistas que abordan la temática Salud de la Mujer 1 punto	
Experiencia en la temática de validación psicométrica de instrumentos 1 punto	

APÊNDICE N – Instrumento de avaliação de equivalências da etapa de Validação em espanhol

VALIDACIÓN DE CONTENIDOS

Experiencia con salud sexual y reproductiva: 1.Sí () 2 No ()

Experiencia con validación: 1.Sí () 2 No ()

Instrucciones: Analizar el instrumento MGI antes de evaluar cada paso para la validación del contenido.

ANALICE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:	1. Este ítem le parece claro y comprensivo?	2. Su presencia en la escala es relevante?	3. Este paso permite la evaluación de la calidad de vida en el periodo puerperal?	4. Cuál es su grado de relevancia?
<p>Paso 1: Identificación de áreas</p> <p>Nos gustaría que usted piense en las áreas más importantes de su vida que fueron afectadas por haber tenido un bebé. Estos pueden ser POSITIVOS o NEGATIVOS, o tal vez AMBOS o quizás NINGUNO de los dos. Por favor, escriba un máximo de ocho áreas en las siguientes casillas e indique si considera que esta área es positiva, negativa o ninguno de los dos.</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	<p>1. Irrelevante</p> <p>2. Poco Relevante</p> <p>3. Relevante</p> <p>4. Muy Relevante</p>
<p>Ejemplos de otras madres que dieron so:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se sienten en relación a sí misma? • ¿Cómo se sienten en relación a su bebé? • ¿Cómo se sienten en relación a su relación con su pareja u otros miembros de la familia? • Problemas físicos o emocionales (bueno o malo) • ¿Cómo se sienten en relación a volver al trabajo? • ¿Cómo se sienten en relación a su vida social? <p><i>Estos son sólo ejemplos. Queremos que diga lo que usted siente.</i></p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	<p>1. Sí</p> <p>2. No</p>	<p>1. Irrelevante</p> <p>2. Poco Relevante</p> <p>3. Relevante</p> <p>4. Muy Relevante</p>

APÊNDICE O – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para mães da etapa de Validação em espanhol

TÍTULO DEL ESTUDIO: Traducción, adaptación transcultural y validación del ***The Mother Generated-Index (MGI)*** para uso en Bolivia

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Franz Janco Antezana

NÚMERO DE MATRICULA MSD: J-94

REGISTRO COLEGIO DE ENFERMEROS DE PANDO: 077/06

TERMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE, PREVIO E INFORMADO (CLPI)

Estimada Señora,

La invito a participar en un estudio que será desarrollado bajo mi responsabilidad. En este estudio me propongo verificar si una escala de calidad de vida, utilizada en otros países, en el que ayudará a los enfermeros bolivianos a comprender mejor la experiencia de las mujeres durante el periodo puerperal.

Si usted acepta participar del estudio, voy a realizar una entrevista durante su visita a su consulta de retorno después del parto, para la aplicación de dos cuestionarios (el índice MGI y sus datos socios demográficos y obstétricos).

Te doy la garantía de que la información obtenida se utilizará únicamente con fines académicos y también le aseguro que en cualquier momento que desee usted puede tener acceso a la información sobre los procedimientos relacionados con la investigación para aclarar cualquier duda que pueda tener.

Usted tendrá el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin tener perjuicio sobre su atención en la red pública o privada de salud, y finalmente, para su conocimiento le informo que los datos del estudio se codificarán de forma que su identidad no será revelada durante y realización del estudio o cuando el estudio sea publicado en eventos o revistas científicas. En caso de que usted sea menos de edad y desea participar, usted podrá pedir consentimiento a sus padres o tutores. Su participación en este estudio no tendrá costo alguno para usted.

No dude en hacer cualquier pregunta durante la lectura de este formulario de consentimiento, o en cualquier momento del estudio poniéndose en contacto con el investigador por el teléfono

Yo _____ con C.I. _____

Después de haber sido debidamente informada por el investigador y comprender todo lo que me explicó, concuerdo en participar en esta investigación.

Cobija, _____ de _____ de 2015.

Digital

Firma de la Entrevistada

Firma del Tutor

Firma del investigador

APÊNDICE P – Formulário de coleta de dados conceituais da etapa de Validação em espanhol

FORMULARIO DE COLETA DE DATOS CONCEITUAIS

CONOCIMIENTO SOBRE CONCEPTOS

<p>USTED SABE QUE ES CALIDAD DE VIDA? SI () NO ()</p> <p>En caso <i>afirmativo</i>, escriba la respuesta obtenida. En caso <i>negativo</i>, orientar y explicar sobre el concepto.</p> <p>R.</p>	
<p>USTED SABE QUE ES PERIODO POS PARTO? SI () NO ()</p> <p>En caso <i>afirmativo</i>, escriba la respuesta obtenida. En caso <i>negativo</i>, orientar y explicar sobre el concepto.</p> <p>R.</p>	

APÊNDICE Q – Formulário de coleta de dados sociodemográficos e obstétricos da etapa de Validação em espanhol

FORMULARIO DE COLETA DE DATOS

PARTE 1: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Fecha:	
Nombre Completo:	
Dirección:	
Teléfono:	
Edad:.....años cumplidos	
De que departamento de Bolivia procede?	
Color de piel: 1)Blanca 2)Negra 3)Parda 4)Asiática 5)Indígena	
Estado Civil: 1)Soltera 2)Casada 3)Unión Estable 4)Separada 5)Viúda	
Ocupación:	
Carga de Trabajo/Día:.....horas	
Escolaridad (hasta que curso estudió):	
Con quien vive?	
Renda familiar mensual total:.....Bolivianos	
Cuántas personas dependen de esa renda?	
Número de personas que viven en su domicilio?	
Recibe algún beneficios del Gobierno? 1)Si 2)No	
Cual: 1)Juana Azurduy 2)Juancito Pinto 3)Renta Dignidad 4)Otros.....	
Tiene algún tipo de Seguro? 1)SUMI 2)CNS 3)Particular 4)Otros.....	
La casa donde vive es? 1)Própia 2)Alquilada 3)Cuidante 4)Otros.....	
Cuántos cuartos tiene su casa?	
Cual es su religión: 1)Católica 2)Evangélica 3)Ninguno 4)Otros.....	

PARTE II: DATOS OBSTETRICOS

G: P: A:	Fecha de Parto:	
No. de hijos vivos:		
No. de consultas pré-natal realizados durante su embarazo?		
Tipo de parto: 1)Normal 2)Cesaria 3)Fórceps	Motivo.....	
Edad gestacional al momento del parto (semanas):		
Peso al nacer de su ultimo hijo?.....Kg.		
Recibió orientación sobre Calidad de Vida? 1)Si 2)No		
Recibió orientación sobre Amamantación? 1)Si 2)No		
Recibió orientación sobre Habitos Alimentarios Saludables? 1)Si 2)No		

ANEXO A – The Mother Generated Index (Original)

MOTHER GENERATED INDEX ©

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

**Step 1:
Identification of Main Areas**

**Step 2:
Marking Each Area**

**Step 3:
Assigning Points**

<p>We would like you to think about the main areas of your life that were affected by having a baby. These may be POSITIVE, NEGATIVE, BOTH or NEITHER. Please write a maximum of eight areas in the following fields and indicate whether they are positive, negative, both or neither.</p>	<p>Now please give a mark to the areas you mentioned in Step 1. The marks should reflect how you have felt about each area during the last MONTH.</p> <p>Please place a cross on the line for each area. 0 is the worst mark – indicating that you could not have felt any worse about the area. 10 is the best mark, indicating that you could not have felt any better about the area.</p> <p style="text-align: center;">Worst Best</p> <p style="text-align: center;">0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10</p>	<p>Please think about how important each of these areas are in terms of your overall quality of life.</p> <p>You have 20 points to assign.</p> <p>You do not have to assign points to every area, but the total number of points assigned should equal 20.</p> <p>You should assign most points to the areas of your life you consider most important</p> <p>Please write the points in the following fields.</p>
<p>Example questions related to areas provided by other mothers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How do you feel about yourself? • How do you feel about your baby? • How do you feel about your relationship with your partner or other members of your family? • Have you experienced any physical or emotional problems? • How do you feel about going back to work? • How do you feel about your social life? <p><i>These are just examples to help you. We want you to say how you feel.</i></p>	<p style="text-align: center;">Please circle the option that best describes each area: Positive, Negative, Both or Neither.</p>	
	Positive Negative Both/Neither	0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

Remember: The total number of points in Step 3 must be equal to 20.

ANEXO B – Autorização do Autor The Mother Generated Index (Andrew Symon)

 Andrew Symon  24/04/2014 [Documentos](#) Acciones 

Para: 'Franz Janco Antezana' 

 2 datos adjuntos (total 207.3 kB) Outlook.com [Vista activa](#) 

 MGI template [2012... Ver en línea	 Symon [MGI] JAN o... Ver en línea
---	--

[Descargar todo como zip](#)

Dear Franz Janco,

Thank you for your enquiry. I presume, as you are based at UFC in Fortaleza, that you are being supervised by Prof Ana Karina Pinheiro, and that you will be aware of the MGI's use by Samila Gomes Ribeiro. I'm sure you will have seen the Portuguese – Brazilian version of the MGI.

As such, I'm sure you know something about how the tool works. I would be very happy to support your use of the MGI, and its translation into Spanish for use in Bolivia.

I have attached the MGI form.

You will probably know of the article we published in 2012 about the international use of the MGI (attached). In this article we discuss the importance of accurate translation of a questionnaire, and the importance of making sure it fits in a different cultural context. This can take time, and needs to be thought through carefully, and evaluated thoroughly.

Please tell me a bit more about your project.

I am hoping to make a visit to UFC later this year. If this takes place, I will forward to seeing you then.

Regards,

Andrew Symon

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética (Universidade Federal do Ceará - UFC)

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 168/11

Fortaleza, 20 de Agosto de 2011

Protocolo COMEPE nº 086/11

Pesquisador responsável: Mirna Fontenele de Oliveira.

Título do Projeto: "Aplicação da Escala para Mensuração de qualidade de vida em Puérperas."

Levamos ao conhecimento de V.S^a, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 18 de Agosto de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta azul, sobreposta a uma impressão digital ou rubrica em tons de cinza.

20/08/2011

ANEXO D – Autorización para coleta de dados



COMITÉ REGIONAL DE INTEGRACIÓN DOCENTE
ASISTENCIAL INVESTIGACIÓN E INTERACCION
COMUNITARIA - PANDO



Cobja 06 de Enero de 2015
CITE/CRIDAIC-PANDO N° 002/2015

Señores
Dres.(as) DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE COBIJA
Presente.-

REF: SOLICITUD DE PERMISO PAR REALIZAR TRABAJO DE CAMPO

De mi consideración.

Deseándoles éxitos en las funciones que desempeñan, el motivo de la presente es para solicitarle Que el Señor Franz Janco Antezana Licenciado en enfermería viene realizando un doctorado realizando su tesis de campo donde se les solicita permiso para que pueda trabajar con mujeres púerperas dentro del primer semestre.

Esta información será para fines solo de estudio, se les reitera la colaboración a dicho licenciado.

Sin otro particular me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.

Dr. Sandra M. Villacorta
COORDINADORA CRIDAIC
REGIONAL PANDO

Cc:Arch
CRIDAI
RBR/svt

Av. 9 de febrero, Plaza Humbert Terrazas
Teléfono: 842-3473 - Telef. - Fax. 3 - 842-3474