



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

MIRNA FONTENELE DE OLIVEIRA

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *MATERNAL POSTPARTUM*
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE: APLICAÇÃO EM PUÉRPERAS
BRASILEIRAS**

FORTALEZA

2014

MIRNA FONTENELE DE OLIVEIRA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *MATERNAL POSTPARTUM
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE*: APLICAÇÃO EM PUÉRPERAS BRASILEIRAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

O48a

Oliveira, Mirna Fontenele de.

Adaptação transcultural e validação da *maternal postpartum quality of life questionnaire*: aplicação em puérperas brasileiras/ Mirna Fontenele de Oliveira. – 2014.

177 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014.

Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

1. Mães. 2. Período Pós-Parto. 3. Qualidade de vida. 4. Estudos de validação. I. Título.

CDD 610.73

MIRNA FONTENELE DE OLIVEIRA

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DA *MATERNAL POSTPARTUM
QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE*: APLICAÇÃO EM PUÉRPERAS BRASILEIRAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutorado), da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Data de aprovação: __/__/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Namie Okino Sawada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP)

Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Priscila de Souza Aquino
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Régia Christina Moura Barbosa Castro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Pai,

*Dedico essa tese a você! Concluí-la foi uma
forma de realizar um sonho antigo seu.
Receba este presente, e sinta-se também
doutor!*

Deixo minha homenagem...

À Deus,

(Por tornar possível uma escalada que algumas vezes parecia inatingível, por me fazer crer no invisível e ter força para realizar o impossível. Imensa é sua chuva de bênçãos e misericórdia em minha vida, a cada novo dia)

Aos meus pais,

(Que me ensinam diariamente, com seus exemplos, como escalar a montanha da vida, usando ferramentas poderosas como a coragem, a determinação, a perseverança, a doação, a honestidade e o amor ao próximo)

Aos meus irmãos,

(Que contribuíram para que todas as minhas escaladas fossem mais fáceis, alegres e inesquecíveis)

Ao meu marido,

(Meu fiel companheiro e escudeiro durante esta escalada, noutras já ocorridas e tantas mais que ainda estão por vir... tenho certeza que juntos cresceremos muito mais e seremos ainda mais felizes!)

Aos meus sobrinhos,

(Que me fazem acreditar que vale a pena escalar montanhas, construir castelos, achar o pote de ouro no fim do arco-íris, destruir o mal e ser feliz para sempre!!!!)

Ao restante da minha família,

(Por ser exemplo de união, ajuda e alegria em todas as circunstâncias da caminhada)

Obrigada por terem permanecido ao meu lado durante tantos momentos de desafios, descobertas, alegrias, dificuldades e realizações durante essa maravilhosa escalada rumo ao meu pico alto, a concretização da minha tese!

A vista daqui de cima é realmente linda!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora (*Prof^a. Dr^a. Ana Karina Bezerra Pinheiro*), que já escalou várias *montanhas* do conhecimento, e com toda a sua competência profissional e pessoal, soube potencializar meus pontos fortes e minimizar minhas falhas, para que juntas buscássemos a melhoria contínua no decorrer desta pesquisa. Sua parceria foi muito especial para mim!

Aos colaboradores internacionais (*Dr. Pamella Hill, Dr. Andrew Symon, Dr. Leslie Parker, Dr. Jeanne-Marie Stacciarine, Dr. Hyochol Ahn*), que me revelaram novos e promissores horizontes.

Aos membros da banca examinadora (*Prof^a. Dr^a. Namie Sawada, Prof^a. Dr^a. Mônica Oriá, Prof^a. Dr^a. Priscila Aquino, Prof^a. Dr^a. Régia Barbosa, Prof^a. Dr^a. Janaína Victor, Prof^a. Dr^a. Mirna Frota*), que não só aceitaram o convite para avaliar meu trabalho, mas se comprometeram verdadeiramente em colaborar para o aprimoramento deste.

Ao time do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, núcleo da minha formação profissional desde a graduação, onde encontrei excelentes formadores, amigos e parceiros.

Ao Colégio de Enfermagem da Universidade da Flórida, sede do meu Doutorado Sanduíche.

Aos membros do Comitê de Juízes, que lapidaram com primor meus achados.

À consultoria estatística (*Prof. Dr. Paulo César, Prof^a. Dr^a. Silvia Freitas*), pelo valioso empenho em comprovar numericamente a validade dos meus resultados.

À consultoria da língua portuguesa, que conferiu excelência aos meus escritos, em respeito à equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual.

Aos integrantes do projeto de pesquisa “Saúde Sexual e Reprodutiva”, onde vivenciei ensinamentos compartilhados e multiplicados, para a vida e para a academia.

Às alunas da graduação (e hoje mestrandas) que participaram da coleta de dados e de tantas outras etapas importantes desta tese (*Hellen Catunda e Elizian Bernardo*), vocês fizeram o diferencial! Com vocês vi renovado minhas forças e meu entusiasmo. Um obrigada mais que especial!

Aos colegas de trabalho da instituição que sediou a coleta de dados, por nos acolherem tão bem desde o princípio.

Aos meus colegas de doutorado.

Aos meus amigos.

Aos meus colegas de trabalho.

E principalmente às puérperas que viabilizaram a descoberta deste novo construto,
o qual tenho o prazer de dividir convosco nas páginas seguintes.....

“Eu aprendi que todos querem viver no topo da montanha, mas toda felicidade e crescimento ocorre quando você está escalando-a...”

William Shakespeare

RESUMO

Embora a importância da morbidade pós-natal tenha sido posta em pauta nos últimos anos, informações sobre a sua repercussão para a vivência das puérperas ainda é limitada, o que leva a crer que a qualidade de vida (QV) da mulher neste período seja um aspecto que mereça maior atenção. Neste sentido, a mensuração da qualidade de vida mediante a percepção do paciente tem sido recomendada. Objetivou-se adaptar transculturalmente a *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro, verificar as propriedades psicométricas da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* no Brasil, analisar a relação entre os índices da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* e as variáveis maternas, e identificar os preditores de Qualidade de Vida entre as mães brasileiras estudadas. Trata-se de um estudo metodológico, com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade-escola pública de Fortaleza-Ceará. O estudo foi iniciado após consentimento da autora da escala e cumpriu duas etapas: adaptação transcultural, segundo protocolo de Beaton *et al.* (2007) e verificação das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade). A amostra foi composta por 210 mulheres, entre 7 e 10 dias de pós-parto. A coleta de dados ocorreu entre abril e julho de 2012 e foi subsidiada pela técnica de entrevista, com aplicação da MAPP-QOL e de um formulário com informações sociodemográficas e obstétricas das participantes. As análises dos dados maternos, índices de Qualidade de Vida e propriedades psicométricas foram realizadas utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21.0. O processo de adaptação transcultural resultou em uma escala com 39 itens, reavaliados seis itens por discordância entre o comitê de juízes e acrescentadas modificações em dois destes, em resposta à validação de face. Sendo assim, a *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* obteve um Índice de Concordância entre os juízes de 0,97. A análise fatorial foi o meio escolhido para a validação de construto do instrumento. Foi mantido o mesmo número de domínios da versão original, diferindo apenas na relocação de 20 itens ao longo de todos os domínios, segundo rotação varimax. O alfa de Cronbach total foi de 0,89, denotando a confiabilidade do instrumento. A validade discriminante foi confirmada através das diferenças nos escores da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* entre os grupos contrastados. O escore médio obtido da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* foi 15,24 e houve relação estatística significativa entre estado civil ($p = 0,01$), raça ($p = 0,04$) e nível educacional ($p = 0,01$), com os escores totais da escala. Segundo a análise de regressão múltipla das variáveis e os escores da escala, apenas o estado civil e a raça puderam ser

considerados preditores para qualidade de vida. Conclui-se que a versão brasileira da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* pode ser considerada um instrumento específico confiável e válido de aferição da qualidade de vida, de fácil compreensão e aplicação durante o período pós-parto. A utilização da MAPP-QOL no Brasil poderá nortear pesquisadores e/ou profissionais da área da saúde da mulher rumo ao planejamento, à implementação e à avaliação de intervenções pró-qualidade de vida, tornando-os, assim, promotores da saúde materna.

Palavras-chave: Mães. Período Pós-Parto. Qualidade de Vida. Estudos de Validação.

ABSTRACT

Although the importance of postnatal morbidity has recently been recognized, information about its impact on mother's experiences is limited, which suggests that the quality of life (QOL) in postpartum women is a topic that deserves more attention. In this sense, the measurement of quality of life through the perception of the patient has been recommended. This study aimed to adapt the Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire for Portuguese in the Brazilian context, verify the psychometric properties of Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire in the Brazil, analyze the relationship between the Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire scores and maternal variables, and identify predictors of quality of life among Brazilian postpartum mothers. This is a methodological study with a quantitative approach, performed in a public hospital specializing in obstetrics in Fortaleza-Ceará. The study started after received a copy-right authorization from the author of the scale and followed two steps: transcultural adaptation, as indicated by Beaton *et al.* (2007) and analysis of the psychometric properties (validity and reliability). The sample consisted of 210 women between 7 and 10 days postpartum. Data collection was done during April to July, 2012 and was conducted through interview technique, with the application of Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire and a form with demographic and obstetric information from participants. The analyzes of the maternal data, quality of life scores and psychometric properties were performed using the Statistical Package for Social Sciences, version 21.0. The process of transcultural adaptation resulted in a scale with 39 items, six items revalued by disagreement between the expert panel and insertion of modifications within two items, in response to face validity. Thus, the final Index of Concordance between judges for Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire was 0.97. Factor analysis was the means chosen to construct validation of the instrument. The same number of domains of the original version was kept, differing only in the relocation of 20 items across all domains, according to varimax rotation. The total Cronbach alpha was 0.89, indicating the reliability of the instrument. The discriminant validity was confirmed by the differences in scores between Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire in contrasted groups. The mean score obtained from Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire was 15.24 and there was a statistically significant correlation between marital status ($p = 0.01$), race ($p = 0.04$) and educational level ($p = 0.01$), with the total of scale scores. According to multiple regression analysis of variables and scale scores, only marital status and race could be considered predictors of quality of life. We conclude that the

Brazilian version from the Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire can be considered a specific, reliable and valid instrument for measuring quality of life, easy to understand and apply during the postpartum period. The use of the Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire in Brazil can guide researchers and/or professionals in the field of women's health into the planning, implementation and evaluation of health interventions to enhance the quality of life, making them promoters of maternal health.

Keywords: Mothers. Postpartum period. Quality of life. Validation studies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AF	Análise Fatorial
BT1	<i>Back-translation 1</i>
BT2	<i>Back-translation 2</i>
CEPEn	Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem
CCI	Curva Característica do Item
<i>CINAHL</i>	<i>Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature</i>
DP	Desvio Padrão
IC	Índice de Concordância
<i>KMO</i>	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i> (medida estatística)
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPP-QOL	<i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i>
<i>MEDLINE</i>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line</i>
<i>MGI</i>	<i>Mother Generated Index</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
<i>QLI</i>	<i>Quality of Life Index</i>
QV	Qualidade de Vida
RN	Recém-nascido
<i>SciELO</i>	<i>Scientific Electronic Library On-line</i>
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TRI	Teoria da Resposta ao Item
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T12	Síntese das traduções iniciais (1 e 2)
UFC	Universidade Federal do Ceará
USP	Universidade de São Paulo
<i>WHOQOL</i>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Domínios da <i>Quality of Life Index (QLI)</i> e seus aspectos específicos.....	29
Quadro 2 -	Domínios da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire (MAPP-QOL)</i> e seus aspectos específicos.....	31
Quadro 3 -	Possíveis situações de aplicação de escalas em uma nova população e adaptações requeridas.....	38
Quadro 4 -	Sistema de pontuação de especialistas do modelo de Fehring...	42
Quadro 5 -	Dados de identificação das teses presentes no banco de dados. CEPEEn, 2000 – 2009.....	54
Quadro 6 -	Dados do percurso metodológico das teses presentes no banco de dados . CEPEEn, 2000 – 2009.....	55
Quadro 7 -	Critérios de seleção de especialistas recomendados por Fehring (1994) e respectivas adaptações, com suas pontuações.....	64
Quadro 8 -	Critérios de seleção de juízes recomendados por Fehring (1994) com adaptações e suas respectivas pontuações. Fortaleza, Maio, 2014.....	65
Quadro 9 -	Período de execução do processo de adaptação transcultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> para o contexto do Brasil. Fortaleza, Maio, 2014.....	68
Quadro 10 -	Descrição da amostra da Fase I (estágios de 1 a 5 do processo de Adaptação trasncultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i>) e da Fase II (Verificação das propriedades psicométricas). Fortaleza, Maio, 2014.....	72
Quadro 11 -	Descrição do Estágio 1 – Tradução inicial (T1 e T2). Fortaleza, Agosto, 2011.....	77
Quadro 12 -	Descrição do Estágio 2 - Síntese das traduções (T12). Fortaleza, Setembro, 2011.....	81
Quadro 13 -	Descrição do Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (<i>back-translation</i>). Fortaleza, Outubro, 2011.....	83

Quadro 14 -	Índice de Concordância entre os juízes para a tradução das assertivas do MAPP-QOL. Fortaleza, Nov/Dez, 2011.....	86
Quadro 15 -	Itens com Índice de Concordância < 80%, as modificações sugeridas e o Índice de Concordância após as alterações dos juízes. Fortaleza, Nov/Dez, 2011.....	89
Quadro 16 -	Variância explicada (autovalores) e os percentuais de variação de cada item da MAPP-QOL. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012.....	95
Quadro 17 -	Matriz de componentes com os itens distribuídos nos 12 componentes encontrados. Fortaleza, Abr/Jul, 2012.....	96
Quadro 18 -	Matriz de correlação entre os itens e os domínios da MAPP-QOL segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012.....	98
Quadro 19 -	Quadro comparativo entre as escalas na versão original e após a análise fatorial. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012.....	99
Quadro 20 -	Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a MAPP-QOL. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012.....	102

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 -	Esquema explicativo do referencial metodológico adotado na pesquisa. Fortaleza, 2014.....	36
Figura 2 -	Representação gráfica do processo de adaptação transcultural recomendado por Beaton <i>et al.</i> (2007).....	62
Figura 3 –	Diagrama de declividade. Fortaleza, 2014.....	97
Gráfico 1 -	Gráfico representando os estágios de adaptação transcultural recomendados por Beaton <i>et al.</i> , (2007).....	43
Gráfico 2 -	Gráfico representando os procedimentos recomendados por Pasquali (1999, 2003, 2009, 2010) para elaboração de um instrumento confiável e válido.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição das mulheres segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas. Fortaleza, Abr/Jul, 2012, (n = 210).....	91
Tabela 2 -	Valores do alfa de Cronbach para a escala total e seus domínios separadamente. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012.....	103
Tabela 3 -	Distribuição das médias da escala total e os domínios entre as vias de parto. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210).....	104
Tabela 4 -	Distribuição das médias da escala total e os domínios entre grupos contrastados pela paridade. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210).....	104
Tabela 5 -	Distribuição das médias da escala total e os domínios entre grupos contrastados pelo estado civil. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210)...	105
Tabela 6 -	Comparação entre as vias de parto com as opções de resposta da MAPP-QOL, segundo seus domínios. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210).....	105
Tabela 7 -	Comparação entre a paridade e as opções de resposta da MAPP-QOL, segundo seus domínios. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210)...	106
Tabela 8 -	Comparação entre o estado civil e os escores totais da MAPP-QOL, em cada domínio. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210).....	106
Tabela 9 -	Distribuição dos escores da MAPP-QOL segundo características sociodemográficas e obstétricas das mães brasileiras. Fortaleza, Abr/ Jul, 2012, (n = 210).....	107
Tabela 10 -	Regressão múltipla (<i>stepwise</i>) entre preditores e QV no pós-parto (MAPP-QOL). Fortaleza, Abr/ Jul, 2012.....	109

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	Período pós-parto e qualidade de vida.....	20
1.2	Produção acerca da mensuração da qualidade de vida na área da saúde da mulher e no período pós-parto.....	23
1.3	Promoção da saúde da mulher e qualidade de vida no período pós-parto: justificativa e proposta da pesquisa.....	25
2	OBJETIVOS.....	35
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	36
3.1	Modelo de Beaton <i>et al.</i> (2007): adaptação transcultural.....	37
3.1.1	<i>Estágio 1 – Tradução inicial.....</i>	39
3.1.2	<i>Estágio 2 – Síntese das traduções</i>	40
3.1.3	<i>Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (back-translation).....</i>	40
3.1.4	<i>Estágio 4 – Revisão por um comitê de juízes.....</i>	41
3.1.5	<i>Estágio 5 – Pré-teste.....</i>	43
3.2	Psicometria (PASQUALI, 1999 ;2003 ;2009 ;2010).....	44
3.2.1	<i>Procedimentos teóricos.....</i>	44
3.2.1.1	<i>Análise semântica dos itens.....</i>	45
3.2.1.2	<i>Análise do conteúdo dos juízes.....</i>	46
3.2.2	<i>Procedimentos empíricos ou experimentais.....</i>	47
3.2.2.1	<i>Planejamento da aplicação do instrumento preliminar.....</i>	47
3.2.2.2	<i>Aplicação e coleta.....</i>	47
3.3	Procedimentos analíticos ou estatísticos.....	47
3.3.1	<i>Dimensionalidade do instrumento.....</i>	47
3.3.2	<i>Análise empírica dos itens.....</i>	49
3.3.3	<i>Fidedignidade do instrumento.....</i>	49
3.4	Considerações acerca da tradução e adaptação de escalas na área da saúde sexual e reprodutiva no Brasil.....	51
4	MÉTODOS.....	60
4.1	Tipo de estudo.....	60
4.2	Fase I – Adaptação transcultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life</i>	

	Questionnaire.....	61
4.2.1	<i>Estágio 1 – Tradução inicial.....</i>	62
4.2.2	<i>Estágio 2 – Síntese das traduções.....</i>	62
4.2.3	<i>Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (back-translation).....</i>	63
4.2.4	<i>Estágio 4 – Revisão por um comitê de juízes.....</i>	63
4.2.5	<i>Estágio 5 – Pré-teste.....</i>	67
4.3	Fase II – Verificação das propriedades psicométricas.....	68
4.3.1	<i>Validade.....</i>	69
4.3.2	<i>Confiabilidade.....</i>	69
4.4	Local.....	70
4.5	População e amostra.....	71
4.6	Operacionalização da coleta de dados.....	72
4.7	Organização dos dados e análise.....	74
4.8	Considerações éticas.....	75
5	RESULTADOS.....	77
5.1	Adaptação transcultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> para o contexto do Brasil.....	77
5.1.1	<i>Estágio 1 – Tradução inicial.....</i>	77
5.1.2	<i>Estágio 2 – Síntese das traduções.....</i>	80
5.1.3	<i>Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (back-translation).....</i>	83
5.1.4	<i>Estágio 4 – Revisão por um comitê de juízes</i>	86
5.1.5	<i>Estágio 5 – Pré-teste</i>	90
5.2	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres.....	91
5.3	Verificação das propriedades psicométricas da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i>.....	93
5.3.1	<i>Validação do construto.....</i>	93
5.3.1.1	<i>Análise fatorial.....</i>	93
5.3.2	<i>Análise da confiabilidade.....</i>	102
5.3.3	<i>Comparação de grupos contrastados: validade discriminante.....</i>	103
6	APLICAÇÃO DA <i>MATERNAL POSTPARTUM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE</i> NO BRASIL.....	107
6.1	Análise bivariada: fatores associados à qualidade de vida no período pós-parto.....	109

6.2	Análise multivariada: preditores de qualidade de vida em mulheres brasileiras durante o pós-parto.....	109
7	DISCUSSÃO.....	111
7.1	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres.....	111
7.2	Adaptação transcultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> para o contexto do Brasil e verificação das propriedades psicométricas.....	117
7.3	Aplicação da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> no Brasil: evidências acerca dos preditores de qualidade de vida em puérperas brasileiras.....	123
7.3.1	<i>Características sociodemográficas.....</i>	<i>125</i>
7.3.2	<i>Características obstétricas.....</i>	<i>126</i>
8	CONCLUSÕES.....	129
9	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E PARA A PRÁTICA.....	132
	REFERÊNCIAS.....	134
	APÊNDICES.....	146
	ANEXOS.....	171

1 INTRODUÇÃO

1.1 Período pós-parto e qualidade de vida

Puerpério é o nome dado à fase pós-parto em que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas resultantes do processo de transição posterior ao estado que a caracterizava antes da gravidez. De acordo com Rezende Filho e Montenegro (2013), essa fase pode ser dividida em três etapas: puerpério imediato (do primeiro ao décimo dia), puerpério tardio (do décimo ao quadragésimo quinto dia) e puerpério remoto (além do quadragésimo quinto dia até retornar à função reprodutiva da mulher).

O momento do término do puerpério é impreciso, aceitando-se, em geral, que ele termina quando retorna a ovulação e a função reprodutiva da mulher. Nas mães que não amamentam, poderá ocorrer a primeira ovulação após 6 a 8 semanas do parto. Nas que estão amamentando, a ovulação retornará em momento praticamente imprevisível. Poderá demorar de 6 a 8 meses, a depender da frequência das mamadas. A assistência em saúde requerida para o período pós-parto engloba medidas de promoção da saúde materna e estratégias preventivas das possíveis complicações comuns nesta fase (PIATO, 2009).

O modelo médico tradicional reconhece como as principais possíveis complicações do período pós-parto: anemia, depressão, infecções, hemorragias alterações mamárias anormais, falha no desempenho sexual da mulher, dor nas costas, incontinência urinária, dor na incisão cirúrgica/perineoplastia e constipação (GLAZENER; MACARTHUR, 2001; GROUTZ *et al.*, 2004; HALLIGAN *et al.*, 2007; BRUBAKER *et al.*, 2008; PIATO, 2009; REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2013).

Embora a importância do período pós-natal tenha sido reconhecida nos últimos anos, uma melhor investigação dos aspectos que influenciam a qualidade de vida (QV) no puerpério poderá ser benéfica para a adoção de estratégias de Promoção da Saúde materna. As informações sobre a vivência das puérperas diante das dificuldades para a manutenção da saúde ainda são limitadas, o que leva a crer que a qualidade de vida da mulher neste período seja um aspecto que mereça maior atenção (SOUZA *et al.*, 2006; AMORIM *et al.*, 2008; MOGOS *et al.*, 2013).

Para as novas mães, o período pós-parto é uma fase de significativas mudanças físicas, emocionais e sociais, com impacto na qualidade de vida dessas mulheres. Poucas mães vivenciam as primeiras semanas ou meses sem se deparar com problemas reais ou potenciais (HILL *et al.*, 2006).

Assim, apesar de a experiência de ter um filho ser vista como um acontecimento normal, para algumas mulheres todo esse processo de mudança pode gerar sentimentos de medo, angústia e insegurança que, somados às potenciais complicações fisiológicas do período pós-parto, podem comprometer o bem-estar materno.

Em um estudo qualitativo cujo objetivo era investigar as necessidades de um grupo de 25 mulheres no puerpério imediato, verificou-se que estas pontuaram equiparadamente necessidades de cunho biológico, psicológico e social, tais como: necessidade de orientação e informações; necessidade de ser ouvida e respeitada; necessidade de se sentir segura; necessidade de um sistema de apoio; necessidade de cuidado com o corpo; necessidade de descanso e lazer; necessidade de vestiário e higiene adequados e necessidade de ter um bom vínculo com seu bebê (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Um achado semelhante foi evidenciado por Ribeiro (2013), cujas áreas que mais influenciaram a qualidade de vida de mulheres durante o puerpério tardio (em torno de 30 a 45 dias após o parto) foram: alimentação; alteração de peso; amamentação; autoestima; cansaço; dor na cirurgia; estresse; felicidade; humor; lazer; aumento da responsabilidade; alterações na sensibilidade; relacionamento com a família; menos tempo para si mesma; menos tempo para o outro filho; menos tempo para a faculdade; mudança de rotina; não ter animais; não poder fazer compras; perda da independência; problema financeiro; problema físico; realização pessoal; relação com o parceiro; saúde da criança; sexualidade; sono; trabalho; trabalho em casa; e vida social.

Tais achados nos aproximam da percepção materna de saúde e bem-estar durante o período pós-natal, elucidando a importância da assistência integral à mulher, pois somente assim será possível proporcionar um puerpério com qualidade de vida para estas.

O termo qualidade de vida (QV) é o resultado final de um processo histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgiram a partir de 384 a. C., quando Aristóteles se referia à associação entre felicidade e bem-estar. Já nessa ocasião, as diferenças interpessoais (variações entre pessoas distintas) e intrapessoais (variações de acordo com situações de vida específicas), em relação à satisfação com a vida, eram consideradas essenciais para a compreensão do bem-estar. Lapidações conceituais sobre o tema foram delineadas por filósofos, teólogos e interessados, propiciando melhor abrangência do tema ao longo do tempo (FAYERS; MACHIN, 2007).

A partir do século XX, o uso da expressão qualidade de vida tornou-se familiar, sendo inicialmente utilizada no senso comum, informalmente, com base num conhecimento intuitivo e desprovido de definições ou demarcações científicas (BLAY; MERLIN, 2006).

Posteriormente, a partir de 1975, o conceito de QV foi apropriado pela área da saúde, que buscou fundamentação científica para associá-lo às diferentes situações clínicas. Esta iniciativa foi influenciada pela definição de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1948): “[...] o estado de completo bem-estar físico, psicológico e social, e não meramente a ausência de doença”. Apesar de essa definição implicar em uma amplitude de aspectos, as avaliações até então realizadas consideravam apenas fatores de morbidade e mortalidade, evidenciando a incoerência entre a definição conceitual de saúde e suas medidas.

No entanto, investimentos em definições mais precisas sobre saúde e avaliações diferenciadas daquelas cujo objetivo era analisar os aspectos de morbidade passaram a compor o novo período de indagações sobre funcionamento e suporte social, função adaptativa e aspectos psicológicos que permeiam as diversas situações de saúde-doença. Com isto, surgiram os primeiros modelos conceituais sobre QV (SAXENA; ORLEY, 1997; FAYERS; MACHIN, 2007).

Atualmente, existe grande variedade de modelos desenvolvidos com o objetivo de definir qualidade de vida. De modo geral, sua construção relaciona-se a um conceito multidimensional, medindo diferentes aspectos ou domínios da vida, que incluem o bem-estar físico, psíquico, social e funcional (WARE JUNIOR, 1984; WARNER; WILLIAMS, 1987; AARONSON, 1991; SYMON; MACDONALD; RUTA, 2002).

Dentre eles, é importante ressaltar alguns cujos focos essenciais se referem a aspectos subjetivos ou humanistas. Em 1984, Calman adotou o modelo de expectativa, no qual a compreensão de QV refere-se à diferença entre as expectativas e as experiências dos indivíduos, sendo que, quanto menor fosse essa diferença, melhor seria a qualidade de vida. Outras propostas fazem menção ao modelo das necessidades e reintegração à vida normal, no qual a QV é entendida como a habilidade e a capacidade de satisfação das necessidades humanas; ou ao modelo de satisfação pessoal com a vida, no qual a QV é compreendida como a percepção de valores existenciais e a capacidade de estes auxiliarem no enfrentamento das situações de vida (FAYERS; MACHIN, 2007).

Assim, a partir da década de 1980, numerosas investigações científicas foram realizadas com a finalidade de melhor compreender o impacto dos problemas de saúde nos

diversos domínios do bem-estar físico, psicológico e social dos indivíduos (BLAY; MERLIN, 2006).

Porém, foi somente em 1994, após 10 anos de estudo sobre a temática, que o projeto de qualidade de vida da OMS (WHOQOL group) divulgou sua definição de QV:

[...] percepção individual de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...] Trata-se de um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e da relação com características do ambiente (WHOQOL, 1995, p. 1405).

E foi em função desse processo de construção teórica e prática ao longo dos anos que o estudo da QV vem conquistando maior espaço na comunidade científica.

1.2 Produção acerca da mensuração da qualidade de vida na área da saúde da mulher e no período pós-parto

Investigar sobre qualidade de vida em nossa realidade local ainda se configura como um movimento incipiente. Observa-se que grande parte das pesquisas realizadas no período pós-parto repousam seu foco na ocorrência de complicações, como depressão pós-parto, incontinência urinária e dificuldades na retomada da vida sexual após o parto, mas poucas discorrem sobre a qualidade de vida na saúde da mulher (GROUTZ *et al.*, 2004; DENNIS, 2005; HALLIGAN *et al.*, 2007; BRUBAKER *et al.*, 2008).

No Brasil, somente no ano de 2009, foi criado o primeiro periódico direcionado a essa temática: a Revista Brasileira de Qualidade de Vida, um periódico eletrônico, do Laboratório de Qualidade de Vida (LaQVida) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, que finalizou o ano de 2013 na quarta edição do volume cinco. Segundo Pilatti e Pedroso (2009), trata-se de um periódico focado num tema de amplo interesse para a comunidade acadêmica e frequentemente negligenciado na maioria dos bons periódicos brasileiros. Nestes, ao realizar uma busca subsidiada pelo descritor pós-parto, nenhum artigo foi encontrado.

Internacionalmente, conta-se com o *Quality of Life Research*, um periódico científico multidisciplinar que visa a divulgar a produção mundial sobre a temática, apresenta fator de impacto de 2,985 e é o jornal oficial da Sociedade Internacional de Pesquisa em Qualidade de Vida, cuja missão é avançar na investigação científica sobre Qualidade de Vida relacionada à saúde e em resultados centrados nos pacientes, com vistas a identificar intervenções efetivas, aumentando a qualidade do cuidado em saúde e promovendo a saúde da

população. Desta vez, ao realizar-se uma busca de produção subsidiada pelo descritor *postpartum*, encontramos vinte e dois artigos publicados.

Com foco sobre a produção científica mundial acerca da mensuração da qualidade de vida de mulheres no puerpério, Ribeiro (2013) realizou uma busca em importantes bases de dados, como o portal de revistas *Scientific Electronic Library On-line* (SciELO), o *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (MEDLINE), o *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando como guia os descritores controlados em ciências da saúde: qualidade de vida / questionários / puerpério ou *quality of life / questionnaires / postpartum period*.

A partir da busca no SciELO, utilizando o descritor *quality of life*, o referido autor encontrou 4.897 artigos. Ao acrescentar o termo *questionnaires*, encontrou 231 artigos, e a inclusão do descritor *postpartum period* evidenciou a ocorrência de um artigo. A pesquisa na base de dados Medline revelou 22.270 artigos com a expressão *quality of life*. A inclusão da palavra *postpartum period* reduziu o número de artigos para 1.994; entretanto, ao acrescentar *postpartum period*, o número de achados reduziu-se para 37, e, destes, apenas seis eram textos completos. Na base de dados LILACS, foram encontrados 8.175 títulos com o descritor qualidade de vida. Ao incluir a expressão *questionários*, esse número foi reduzido para 549. Ao inserir o descritor *período pós-parto*, obteve dois títulos, sendo um texto completo. A pesquisa na base de dados CINAHL demonstrou 25.871 publicações com o termo *quality of life*. Ao incluir *questionnaires*, o número foi de 7.677, e, ao refinar a busca, encontrou sete publicações que tinham o descritor *postpartum period* com texto completo (RIBEIRO, 2013).

Com o intuito de conhecer melhor a produção científica brasileira sobre essa temática, realizou-se, em outubro de 2013, uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem (Base de Dados de Enfermagem – BDENF), subsidiada inicialmente pelo descritor *qualidade de vida*, na qual foi possível identificar 17.464 artigos publicados em periódicos do Brasil. Ao acrescentar o descritor *pós-parto*, esse quantitativo ficou em 42 publicações. Destes, apenas seis apresentavam enfermeiros brasileiros como autores, os quais abordavam: 1. consulta de enfermagem em puerpério; 2. força muscular perineal no pós-parto tardio; 3. opinião das puérperas acerca da qualidade da assistência em alojamento conjunto; 4. proposta de exercícios físicos no pós-parto; 5. incontinência urinária no pós-parto; e 6. qualidade de vida no puerpério mediato.

Reconhecendo a possibilidade de publicações de enfermeiros brasileiros extra BDENF, ampliou-se a busca em base de dados internacionais, até ser encontrado o seguinte artigo: *An assesement of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: a comparision of two questionnaires*, divulgado em um jornal norte-americano e que afirmava ser o primeiro estudo a buscar a mensuração da qualidade de vida durante o período pós-parto no Brasil (ZUBARAN *et al.*, 2009). No entanto, estes autores não aplicaram escalas de qualidade de vida específicas para o pós-parto, apenas instrumentos genéricos.

Uma outra pesquisa foi realizada no catálogo eletrônico de dissertações e teses da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que se destina à divulgação da pesquisa na área de enfermagem no Brasil (BERNARDO *et al.*, 2013). A busca incluía as produções durante os anos de 2005 a 2009 e resultou em um total de 79 produções científicas sobre QV. Destas, dez versavam sobre QV na área de Saúde da Mulher, sendo quatro com enfoque em oncologia, duas focalizando a gestação, uma abordando o climatério, uma discutindo a ocorrência de cefaléia, uma analisando a ocorrência de bexiga hiperativa e apenas uma desenvolvida no período pós-parto, com enfoque na amamentação.

Diante do reduzido número de estudos brasileiros sobre a temática, recorreu-se aos achados de uma revisão de literatura internacional, realizada por Hill *et al.* (2006), porém os autores relatam ter encontrado apenas uma investigação sobre a percepção das novas mães sobre o período pós-parto e a mensuração da sua qualidade de vida, a qual foi publicada por Symon, Mackay e Ruta (2003).

Mais recentemente, um grupo de pesquisadores da *University of South Florida* (EUA) realizou uma revisão sistemática sobre a utilização de instrumentos de mensuração da qualidade de vida direcionados à população de gestantes e puérperas. Mogos *et al.* (2013) encontraram 64 artigos publicados, dos quais 13 utilizaram instrumentos específicos; destes, apenas 8 eram direcionados à população de mulheres em pós-parto, reforçando a necessidade da realização de mais investigações científicas sobre o assunto.

1.3 Promoção da saúde da mulher e qualidade de vida no período pós-parto: justificativa e proposta da pesquisa

Para aprofundar o conhecimento acerca da promoção da saúde da mulher e qualidade de vida no pós-parto, realizou-se uma breve análise do comportamento demográfico do Brasil, o qual se manteve, até meados do século XX, relativamente estável, com elevadas taxas brutas de natalidade (entre 45 e 50 nascimentos por mil habitantes) e taxas de

fecundidade total entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher, refletindo a concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias (IBGE, 2009).

A partir dos anos 1940, observa-se um consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade, que foi acompanhado, inversamente, pela elevação da natalidade, o que despertou o interesse das políticas públicas e daqueles que planejam e executam as práticas de saúde para os temas relacionados à saúde da mulher (IBGE, 2009).

A partir dos anos 1980, observou-se mudanças nas taxas de mortalidade entre os sexos, praticamente em todas as regiões brasileiras. Em 1980, a sobrevida feminina, quando comparada à masculina, era de 6 anos. Essa diferença aumentou para 7,6 anos em 2000. No Sudeste, os homens viviam, em média, quase 9 anos a menos que as mulheres. Provavelmente isto explique que, na atualidade, as mulheres, além de viverem mais, respondam pela maior parcela populacional brasileira (50,77%) (IBGE, 2009).

De acordo com Fleck *et al.* (2008), o prolongamento da expectativa de vida impulsionou os profissionais da saúde a pensarem nas maneiras de mensurar como as pessoas vivem esses anos a mais – e, posteriormente, em medidas de qualidade de vida.

Tais fatos chamam a atenção para a Promoção da Saúde da Mulher e justificam o presente interesse pela temática de QV no pós-parto. De acordo com Souto *et al.* (2007), precisa-se vivenciar um processo de reflexão sobre o modo como as questões da saúde da mulher vêm sendo contempladas na investigação científica, ou seja, investigar as temáticas predominantes, os locais de produção de pesquisas, os atores das investigações e as abordagens teórico-metodológicas utilizadas, para que se chegue ao planejamento e execução de ações em saúde eficazes.

Marcos históricos – como o movimento feminista, a reforma sanitária brasileira, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – e eventos internacionais – como as conferências no Cairo, em Pequim e ainda a convenção do Pará – são balizas que colaboram para a análise das tendências de investigação nesse campo do saber.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica, em adoecimentos físicos e no seu papel social de mãe e de doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2009).

Posteriormente, a necessidade da integralização da atenção é percebida, sendo fortalecida com as discussões sobre a “promoção da saúde”, como norte para as práticas, organização e gestão da saúde no Brasil. O conceito de Promoção da Saúde passou a ser associado à qualidade de vida, e o sujeito passou a ter autonomia sobre seu estado de saúde (CZERESNIA, 2003; BUSS; CARVALHO, 2009).

A mulher, a partir de então, é vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas, tendo em vista que, à medida que a mulher é incluída nesse processo, há garantia do atendimento de suas reais necessidades, aumentando a satisfação com a vida (FREITAS *et al.*, 2009).

Sendo a qualidade de vida considerada uma medida de desfecho clínico que prioriza a avaliação do próprio cliente quanto aos efeitos que uma doença, uma mudança de vida ou um tratamento exercem sobre sua vida diária e seu nível de satisfação e bem-estar, sua avaliação permite obter um parâmetro seguro para a implementação de atividades clínicas que possam ter impacto mais positivo na vida dessas pessoas.

Acredita-se que investigar a QV de determinada clientela é uma estratégia que possibilitará ampliar a compreensão dos problemas vividos pelos pacientes, de modo a viabilizar futuras intervenções eficazes, melhorando a qualidade dos dias vividos. Segundo Hacker e Ferrans (2003), esta informação também pode ser usada para identificar pacientes com maior risco de problemas e, assim, antecipar intervenções, contribuindo para a Promoção da Saúde destes.

A promoção da saúde é considerada “[...] um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos” (BRASIL, 2002, p. 30). Inclui, entre suas ações, identificar prioridades de saúde e estabelecer políticas públicas para implementá-las; apoiar pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias; mobilizar recursos que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento; e implementar planos de ação voltados para a qualidade de vida (LOPES *et al.*, 2010).

Sendo assim, são consideradas relevantes as iniciativas científicas que se proponham a investigar acerca da vivência materna pós-natal, uma vez que contribuirá para a ampliação do conhecimento sobre a Saúde da Mulher – especificamente a que vivencia o período pós-parto, bem como para o planejamento e execução de ações que possam elevar a qualidade de vida desta população.

Além disso, leva-se em consideração que a prática da promoção da saúde vivencia um momento de expansão mundial, crescendo com a implementação de multifacetadas abordagens direcionadas para a melhoria das condições de saúde dos diferentes grupos populacionais e estabelecendo como objetivo da enfermagem obstétrica, enquanto profissão da área da saúde, uma assistência integral à mulher. Acredita-se que promover condições de qualidade de vida após o parto deva ser uma das metas mais relevantes da enfermagem obstétrica para a Promoção da Saúde da Mulher (LAHTINEM *et al.*, 2005).

Não obstante, atualmente existe um crescente interesse em transformar a QV em uma medida quantitativa. Para tal, a mensuração da qualidade de vida mediante a percepção do paciente tem sido recomendada (BOWLING, 1995; KLEINPELL, 1997; HILL *et al.*, 2006).

Apesar de atualmente já se dispor de numerosos instrumentos que possibilitam determinar o efeito de um tratamento específico, ou a eficácia de uma intervenção sobre as condições de QV de diferentes clientela, o trabalho pioneiro de mensuração de qualidade de vida foi desenvolvido por Carol Estwing Ferrans e Marjorie Powers em 1985 – a *Quality of Life Index (QLI)* (FERRANS; POWERS, 1985).

Para tanto, Ferrans e Power (1985) desenvolveram um modelo conceitual de qualidade de vida, cujo objetivo último foi o de subsidiar a criação do *Quality of Life Index (QLI)*. Para as autoras, a essência da qualidade de vida baseia-se na experiência de vida de cada pessoa e só a ela cabe julgá-la, de acordo com seus valores e preferências (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS; POWERS, 1992).

Para definição de tal modelo de qualidade de vida, Ferrans e Powers (1985), realizaram uma ampla revisão da literatura, por meio de qual foram identificados seis grandes núcleos intrínsecos ao conceito de qualidade de vida, e desses, a satisfação com a vida foi escolhida como núcleo central do construto qualidade de vida.

De acordo com Ferrans e Powers (1992, p. 29), o QLI partiu do pressuposto de que QV é um conceito multidimensional, subjetivo e dinâmico, e o definiu como “[...] a percepção individual de bem-estar que se origina da satisfação ou insatisfação com dimensões da vida que são importantes para o indivíduo”.

Esses autores propunham um instrumento que objetivava medir a qualidade de vida global em termos de satisfação com a vida, fê-lo mediante quatro domínios ou subescalas: Saúde e Funcionamento; Socioeconômico; Psicológico/Espiritual; e Família.

Esses domínios eram compostos por 33 aspectos da vida, conforme descritos no Quadro 1 (FERRANS, 1999).

Quadro 1. Domínios da *Quality of Life Index (QLI)* e seus aspectos específicos.

Domínios da <i>Quality of Life Index (QLI)</i> e os aspectos específicos de cada domínio	
Saúde e funcionamento (13 itens):	
Saúde; Assistência a saúde; Dor; Energia (fadiga); Independência física; Controle sobre a própria vida; Vida longa;	Vida sexual; Responsabilidades familiares; Ser útil às pessoas; Preocupações; Atividades de lazer; Possibilidade de futuro feliz.
Socioeconômico (8 itens):	
Amigos; Suporte das pessoas; Vizinhança; Lugar de moradia;	Trabalho; Não ter trabalho; Escolaridade; Necessidades financeiras.
Psicológico/Espiritual (7 itens):	
Paz de espírito; Fé em Deus; Objetivos pessoais; Felicidade;	Satisfação com a vida; Aparência pessoal; Autoestima (<i>self</i>).
Família (5 itens):	
Saúde da família; Filhos; Felicidade da família;	Cônjuge; Suporte familiar.

Fonte: Adaptado de Ferrans (1999).

Quanto à análise das propriedades psicométricas da QLI (FERRANS; POWERS, 1992), o coeficiente de consistência interna foi demonstrado por meio de 26 estudos. O valor do alfa de Cronbach para a totalidade dos itens foi de 0,93. O alfa de Cronbach para cada uma das quatro subescalas foi: Saúde e funcionamento = 0,87; Socioeconômico = 0,82; Psicológico/espiritual = 0,90; e Família = 0,77, confirmando a consistência interna do instrumento (FERRANS; POWERS, [2000?]).

A validade e o conteúdo foram comprovados, bem como a validade de construto – usando a comparação de grupos contrastados, de acordo com a publicação de Ferrans (1999). A validade convergente da QLI foi confirmada por meio da forte correlação entre seus escores totais e os escores do instrumento de mensuração da satisfação com a vida de Campbell, Converse e Rodgers (1976) ($r = 0,61; 0,65; 0,75; 0,77; 0,80; 0,83; 0,93$) (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1990; FERRANS; POWERS, 1992; BLILEY; FERRANS, 1993; ANDERSON; FERRANS, 1997).

A definição, os domínios e os modelos conceituais desenvolvidos por Ferrans (1999, 1996) e Ferrans e Powers (1992) ofereciam a flexibilidade de adaptação para diversas

populações específicas. Assim, a QLI desdobrou-se em versões adaptadas para aplicação em situações como: artrite, câncer, doenças cardíacas, síndrome da fadiga crônica, diabetes, diálise e epilepsia.

No que diz respeito ao período pós-parto, em 2002 foi publicado o primeiro instrumento internacional de mensuração da qualidade de vida. Pesquisadores do Reino Unido desenvolveram a *The Mother Generated Index (MGI)*, que mensurava “[...] a experiência global da mãe após o parto” ou sua “Qualidade de Vida”. Os responsáveis pelo MGI não referem fundamentação teórica no modelo de Ferrans e Powers (SYMON; MACDONALD; RUTA, 2002).

Esse instrumento foi desenvolvido e inicialmente aplicado mediante estudo piloto em puérperas do Reino Unido, durante visitas domiciliares. Era composto de uma única folha, requeria a presença de um entrevistador para a aplicação e se subdividia em três etapas. Na primeira, a mãe deveria escrever oito áreas da sua vida que foram afetadas após o nascimento do seu bebê. Em seguida, deveria ser atribuído um escore de 0 a 10 para cada uma destas áreas (etapa 2). Essa pontuação refletia como a mulher percebia a influência de cada uma delas em sua vida. Na etapa 3, ela deveria distribuir 20 pontos entre as áreas descritas, conforme o grau de importância que elas representavam (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

Por se tratar de uma escala aberta e de natureza qualitativa, o MGI mostrou-se completamente apropriado para avaliação individual da clientela a que se propõe. No entanto, ele não parece adequar-se bem para o uso em pesquisas de amostras maiores, pela dificuldade de congregação e análise da diversidade de informações geradas (HILL *et al.*, 2006).

Além disso, todos os dados obtidos fornecidos na etapa 1 desse inquérito, ou seja, os aspectos mais afetados no período pós-parto em relação à QV da mulher, deveriam ser escritos pela respondente, o que requeria bom nível de escolaridade (como garantia de uma escrita correta) e uma adequada capacidade cognitiva (como garantia de que os objetivos do instrumento fossem atingidos).

Com o intuito de sanar esta lacuna, Pamela Hill *et al.* (2006) desenvolveram a *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire (MAPP-QOL)* (Anexo A), o primeiro instrumento autoadministrado de mensuração da QV durante o período pós-parto, tendo como período indicado para aplicação a primeira e a terceira semana de puerpério.

O MAPP-QOL foi elaborado com base nas definições, domínios e modelos conceituais de Ferrans e Powers (QLI), em uma ampla revisão de literatura sobre o período

pós-parto e na colaboração de um grupo de pessoas com experiência pessoal e profissional no assunto. Após esse processo, alguns dos itens dos quatro domínios da QLI foram modificados, outros foram acrescentados, conforme especificidades do período puerperal. Por exemplo, nos itens relativos ao domínio Saúde e funcionamento foram acrescentados: “seus seios” e “sua incisão cirúrgica ou episiotomia”. Para os domínios Relacionamento/Família-amigos e Socioeconômico, itens como “cuidados com o bebê e as outras crianças” e “seu acesso a serviços de saúde” foram respectivamente adicionados.

Para a etapa de validação de conteúdo da nova escala (MAPP-QOL), foram utilizados dois *experts*: Ferrans (autora da escala global original) e um profissional com experiência no desenvolvimento de instrumentos desta natureza.

Após implementação dos *feedbacks* dos *experts*, a versão final constou de 39 perguntas fechadas (somando itens e subitens), distribuídas em cinco domínios: Relacionamento/Família-amigos; Socioeconômico; Relacionamento/Marido-Companheiro; Saúde e Funcionamento; Psicológico/Bebê (Quadro 2).

Quadro 2. Domínios da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* (MAPP-QOL) e seus aspectos específicos.

Domínios da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> (MAPP-QOL) e os aspectos específicos de cada domínio	
Saúde e Funcionamento (8 itens):	
Própria saúde;	Aparência física;
A quantidade de dor que sente;	Seus seios;
A quantidade de energia para as atividades diárias;	Incisão cirúrgica ou episiotomia;
Capacidade de cuidar de si mesma sem a ajuda dos outros;	Vida sexual.
Socioeconômico (9 itens):	
Casa/apartamento/local em que vive;	Acesso aos meios de transporte;
Vizinhança;	Condições de vida em casa;
Independência financeira;	Bens materiais/capacidade econômica ou financeira;
Capacidade de cumprir com as obrigações financeiras;	Condições de trabalho/ocupação.
Acesso aos serviços de saúde.	
Psicológico/Bebê (8 itens):	
Quantidade de controle sobre a própria vida;	Quantidade de aborrecimentos em sua vida;
Paz de espírito;	Saúde do seu bebê;
Felicidade em geral;	Habilidade de sentir/perceber seu novo bebê;
Vida em geral;	Rotina do dia a dia.
Relacionamento/Família-amigos (9 itens):	
Capacidade de cumprir as responsabilidades familiares;	Tempo para as tarefas domésticas;
Cuidados com o seu bebê e as outras crianças;	Tempo para os amigos/familiares;
O suporte emocional que recebe:	Tempo para o esposo/companheiro;
de alguns membros da família;	Tempo para as crianças;
dos amigos ou de outras pessoas;	Tempo para si própria.
Relacionamento/Esposo-companheiro (5 itens):	
Suporte emocional recebido do seu esposo/companheiro;	Condições de vida em casa;
Relacionamento com esposo/companheiro;	Ambiente em que vive (sem gritarias, brigas, disputas).
Saúde do seu esposo/companheiro;	

Fonte: Adaptado de Hill *et al.* (2006)

O instrumento (MAPP-QOL) foi desenvolvido com dois focos de investigação sobre a QV da puérpera: a satisfação (parte I) e a importância (parte II), conforme o modelo da QLI, publicado por Ferrans e Powers (1985,1998). Ambas as partes (I e II) usaram uma escala do tipo Likert para resposta, com itens idênticos em cada uma delas. Na parte I, era questionada a satisfação da participante em relação a cada item da escala, com escores de resposta que iam de 1 (muito insatisfeita) a 6 (muito satisfeita). Já na parte II, era questionado o nível de importância de cada item da escala, com escores de resposta que iam de 1 (não muito importante) a 6 (muito importante) (HILL *et al.*, 2006).

No intuito de calcular o escore geral da escala, que contemplasse o somatório da avaliação referente à satisfação e à importância, a autora principal recomendou o seguinte cálculo para cada item da escala: o escore de satisfação de um item, subtraído de uma constante fixa (3,5), multiplicado pelo escore de importância do mesmo item. Por exemplo, para o cálculo da pontuação do item 1 = [(1 Satisfação QV - 3.5) * Importância QV]. Vale salientar que tal cálculo foi proposto pela autora da escala, bem como pelos autores nos quais ela fundamentou-se teoricamente e justifica-se por estudos prévios realizados por ambos, com o objetivo de garantir a segurança e precisão do cálculo final dos índices de qualidade de vida. O intervalo possível estabelecido para a pontuação total da escala é de 0-30. Uma descrição dos passos recomendados pela autora e um programa informatizado para calcular os escores gerais de qualidade de vida (somatório dos índices referentes à satisfação – parte I; e índices referentes à importância – parte II) podem ser encontrados no *QoL Web site*: <http://www.uic.edu/orgs/qli/> (FERRANS; POWERS, [2000?]).

Segundo as autoras, o instrumento não possuía itens invertidos e nem pontos de corte, e quanto mais altos os escores de satisfação e importância, melhor a qualidade de vida do indivíduo, e, em contrapartida, as áreas com baixa pontuação indicavam que os profissionais deveriam direcionar estratégias de atuação com vistas à promoção da qualidade de vida da puérpera (HILL *et al.*, 2006; FERRANS; POWERS, 1985, 1998). Além disso, este esquema de pontuação baseou-se na premissa de que pessoas satisfeitas com áreas que consideravam importantes desfrutavam de melhor qualidade de vida do que pessoas insatisfeitas com áreas que consideravam importantes (FERRANS; POWERS, 19998).

Para a etapa de validação clínica (aplicação na população-alvo) da MAPP-QOL, foram inqueridas 184 puérperas, que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: possuir habilidade para falar, ler e escrever em inglês (idioma da escala original); idade entre 18 anos ou mais; ter planejado a gestação; e ter acesso a telefone. Vale ressaltar que, antes da

aplicação propriamente dita, os autores da MAPP-QOL fizeram um contato prévio com as puérperas ainda no ambiente hospitalar, a fim de explicitar os objetivos da pesquisa e convidar as participantes (HILL *et al.*, 2006).

Uma vez aceito o convite, os dados socioeconômicos eram colhidos e acertados os detalhes para os contatos posteriores – aplicação da escala, que deveria acontecer com uma (teste) e três semanas (reteste) de pós-parto, via telefone. Neste segundo momento, além do MAPP-QOL, foram utilizados outros quatro instrumentos de mensuração como suporte para avaliação das propriedades psicométricas: (1) *Overall Satisfaction with Life Question – LIFESAT* (CAMPBELL *et al.*, 1976); (2) *Fatigue Visual Analog Scale – FATIGUE VAS* (HILL *et al.*, 2005); *The Richards-Campbell Sleep Questionnaire – RCSQ* (RICHARDS, 1987); e *The Multiple Affect Adjective Checklist/Revised- MAACL/R* (ZUCKERMAN; LUBIN, 1985).

Dessa forma, a validade convergente do MAPP-QOL foi demonstrada através da forte correlação entre os escores do MAPP-QOL e do LIFESAT ($r = 0,69$). A mensuração do coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para a amostra estudada foi considerada adequada (0,94).

A consistência interna do MAPP-QOL geral foi comprovada por meio do coeficiente alfa de Cronbach (0,96). O Alfa de Cronbach para os cinco domínios foi: Psicológico/Bebê = 0,91; Socioeconômico = 0,90; Relacionamento/Esposo-companheiro = 0,85; Relacionamento/Família-amigos = 0,90; e Saúde e Funcionamento = 0,82.

Para a escala total, a confiabilidade temporal (estabilidade) foi comprovada mediante coeficiente de Correlação Teste-reteste (0,74), após um intervalo de duas semanas entre o teste e o reteste. A confiabilidade temporal para cada domínio da escala também foi comprovada, por intermédio dos seguintes coeficientes de Correlação Teste-reteste: Psicológico/Bebê = 0,76; Socioeconômico = 0,76; Relacionamento/Esposo-companheiro = 0,72; Relacionamento/Família-amigos = 0,69; e Saúde e Funcionamento = 0,66.

Através dos achados de sua pesquisa, Hill *et al.* (2006) conseguiram demonstrar que o MAPP-QOL é um instrumento confiável e válido para mensuração da QV da mulher no período pós-parto.

Porém, como o instrumento original da MAPP-QOL foi aplicado na cidade de Moline, no Estado americano de Illinois, uma região que não possui grande diversidade populacional, os pesquisadores responsáveis sugerem sua aplicação em amostras mais variadas, estimulando seu uso em outros países (HILL *et al.*, 2006).

No entanto, até o momento da edição final desta tese, não localizamos estudos que descrevessem a adaptação transcultural deste instrumento para outros idiomas, o que fortaleceu a escolha por sua utilização.

Diante do exposto, a realização desta pesquisa teve o objetivo de traduzir, aplicar e validar a *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* dentro do contexto do Brasil, considerando de forma particular a realidade de Fortaleza. No Brasil, o uso de instrumentos de medida de qualidade de vida no campo da saúde o colocaria em consonância com as pesquisas internacionais para o avanço teórico e metodológico na área (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Assim, pretende-se defender a seguinte tese: a adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para a língua portuguesa no contexto brasileiro torna esse instrumento confiável e válido para avaliar a qualidade de vida de puérperas.

Diante das evidências vislumbradas na promoção da QV da mulher no período após o parto registradas na literatura e aqui apresentadas, é perceptível a relevância de estudos que versem sobre essa temática.

Mensurar a QV no puerpério possibilitará aprofundar um conhecimento emergente, que poderá fundamentar intervenções em saúde capazes de viabilizar um atendimento integral e humanizado à mulher.

Este estudo permitirá a divulgação de um instrumento que poderá ser utilizado por enfermeiros e outros profissionais de todo o Brasil, possibilitando a construção de novas evidências referentes a esta temática nas diferentes regiões do país, aumentando sua discussão na comunidade científica e clínica, para que culmine em melhoria das ações de Promoção da Saúde da mulher.

2 OBJETIVOS

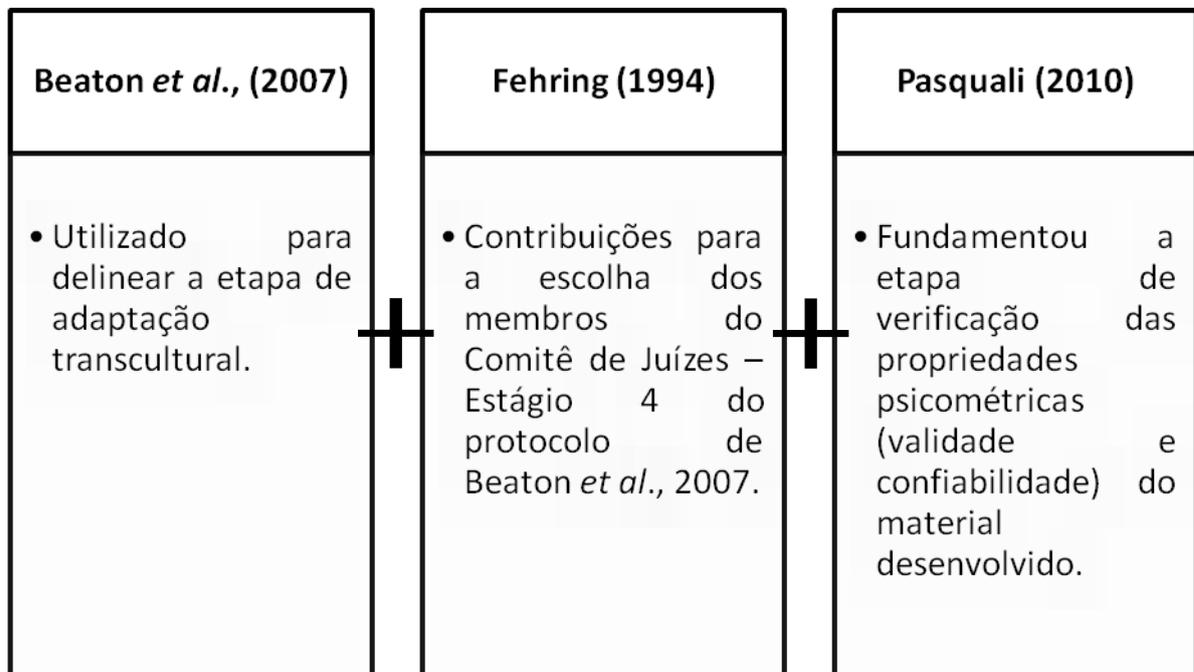
- ✓ Realizar a adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro;
- ✓ Verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*;
- ✓ Analisar a relação entre os índices da versão brasileira da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* e as variáveis maternas;
- ✓ Identificar os preditores de qualidade de vida entre as mães brasileiras estudadas.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O processo científico de adaptação transcultural e validação de instrumentos de mensuração de um idioma para outro requer a apropriação e o emprego de um modelo que fundamente a construção da versão traduzida, refinamento e avaliação do produto desenvolvido. Após investigação dos vários modelos metodológicos para validação de instrumentos de mensuração descritos na literatura, ou utilizados em dissertações e teses brasileiras nos últimos dez anos, foram eleitos alguns por terem uma frequência maior nestas produções e uma estrutura organizacional que se julgou mais completa.

Sendo assim, selecionou-se como referencial metodológico para esta pesquisa o modelo de Beaton *et al.* (2007), utilizado para delinear a etapa de adaptação transcultural; o modelo de Fehring (1994), como contribuição para a escolha dos membros do Comitê de Juízes - estágio 4 do protocolo de Beaton *et al.* (2007); e Pasquali (2010) como fundamento para a verificação das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) do material desenvolvido, conforme esquema a seguir.

Figura 1 – Esquema explicativo do referencial metodológico adotado na pesquisa. Fortaleza, 2014.



Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Adiante serão expostos aspectos fundamentais de cada um desses métodos, os quais serão adotados e/ou adaptados para utilização em nossa pesquisa.

3.1 Modelo de Beaton *et al.* (2007): adaptação transcultural

Com o aumento do número de projetos de pesquisa multinacionais e multiculturais, a necessidade de adaptar as medidas de estado de saúde para uso em outras línguas que não a de origem também tem crescido rapidamente. A maioria dos questionários de medida é desenvolvida em países que falam Inglês, mas, mesmo nesses países, os pesquisadores devem considerar as diversas situações possíveis, a exemplo das populações imigrantes em estudos de saúde, especialmente quando a sua exclusão puder levar a um viés sistemático em estudos de investigação de cuidados de saúde ou qualidade de vida (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A adaptação transcultural de um instrumento de mensuração para uso em um novo país, cultura e/ou linguagem exige uma metodologia que seja capaz de alcançar equivalência entre a fonte original e os idiomas de destino. Reconhecendo que na atualidade as escalas de medida estão sendo utilizadas em diferentes países, os itens não devem ser apenas bem traduzidos linguisticamente, mas também passar por uma adaptação transcultural que mantenha a validade de conteúdo do instrumento em diferentes culturas. Dessa forma, pode-se garantir a construção de uma versão traduzida confiável e válida, capaz de mensurar com precisão aquilo que se propõe na população-alvo (BEATON *et al.*, 2007).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) sugerem cinco diferentes situações de quando será necessário prestar atenção nas etapas de adaptação transcultural, comparando o destino (onde vai ser utilizado) e a origem (onde foi desenvolvido), língua e cultura. Na primeira situação sugerida, o instrumento deve ser utilizado na mesma língua e cultura na qual ele foi desenvolvido. Nenhuma adaptação é necessária. Nas outras situações, resumidas no Quadro 3, encontram-se casos específicos que ditarão a necessidade de tradução e/ou adaptação.

Quadro 3 - Possíveis situações de aplicação de escalas em uma nova população e adaptações requeridas.

Situações de utilização de escalas em uma nova população	Diferenças entre a população-alvo e a população original			Adaptação requerida	
	Cultural	Na linguagem	No idioma	Tradução	Adaptação cultural
A - Utilização com a mesma população. Nenhuma alteração na língua, cultura ou país de origem	-	-	-	-	-
B - Utilização com imigrantes estabelecidos no país de origem	✓	-	-	-	✓
C - Utilização em outro país, com mesmo idioma de origem	✓	-	-	-	✓
D - Utilização com novos imigrantes, que não falam o idioma da escala, mas estão no país de origem	✓	✓	-	✓	✓
E - Utilização em outro país e em outro idioma	✓	✓	✓	✓	✓

Fonte: Adaptado de Guillemin, Bombardier e Beaton, 1993.

De acordo com as informações do Quadro 3 e com os objetivos desta investigação, enquadra-se a presente tese na situação E, já que se deseja utilizar a escala original MAPP-QOL em outro país (Brasil) e em outro idioma (português). Assim, a adaptação requerida deverá contemplar: tradução e adaptação cultural, processo denominado de adaptação transcultural.

Para a adaptação transcultural de escalas, Beaton *et al.* (2007) propõem um processo de adaptação minucioso, visando maximizar a obtenção da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e o traduzido. Sem dúvida, trata-se de um processo um pouco mais demorado, porém com o benefício de um produto final de melhor qualidade, em termos de validade de conteúdo e de face.

A primeira publicação de orientações metodológicas para adaptação transcultural proposta por Beaton data de 1993. No entanto, em consequência do trabalho de diferentes grupos de pesquisa com interesses afins, ganhou-se mais experiência na adaptação transcultural de instrumentos genéricos e doenças específicas, resultando no consecutivo aperfeiçoamento da metodologia (LEPLÉGE; VERDIER, 1994).

De acordo com Beaton *et al.* (2007), os principais estágios contemplados pelo processo de adaptação transcultural de instrumentos de mensuração são: 1. Tradução inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*); 4. Revisão por um comitê de Juízes; e 5. Pré-teste.

3.1.1 Estágio 1 – Tradução inicial

A primeira fase da adaptação transcultural é a tradução do instrumento original. Pelo menos duas traduções devem ser confeccionadas, da língua original para a língua-alvo, que denominaremos de T1 e T2. Desta forma, as traduções podem ser comparadas, e as discrepâncias que podem refletir uma formulação ambígua no idioma original, ou as discrepâncias na forma como a palavra foi traduzida, podem ser evidenciadas. Deve-se escolher a melhor tradução entre os construtos dos dois tradutores.

As duas traduções independentes (T1 e T2) deverão ser produzidas por tradutores bilíngues, que têm a língua de destino como língua materna. Deve ser solicitado a cada tradutor, um relatório escrito da tradução que eles fizeram. Os comentários serão incluídos para destacar frases desafiadoras ou incertezas, justamente como auxílio na melhoria da versão final.

Os dois tradutores devem ter diferentes perfis, para garantir a melhor tradução possível, como descrito a seguir:

- a) Tradutor 1: deve ser de área afim ao campo de aplicação do instrumento a ser traduzido, para que tenha a compreensão dos termos e conceitos utilizados no instrumento. Este deve ser informado dos objetivos da tradução;
- b) Tradutor 2: não deve ser de área afim ao campo de aplicação do instrumento a ser traduzido, para que, não conhecendo os termos e conceitos utilizados, possa detectar as diferenças mais sutis, que posteriormente poderia ser detectada pela população-alvo. Esta segunda tradução geralmente enfatiza significados mais ambíguos para os termos da versão traduzida. Este não deve ser informado dos objetivos da tradução.

3.1.2 Estágio 2 - Síntese das traduções

Para produzir uma síntese das duas traduções, uma terceira pessoa deverá ser adicionada à equipe. O papel dessa pessoa será o de mediador nas discussões sobre as diferenças nas duas traduções iniciais, além de documentar todo o processo. Trabalhando a partir do instrumento original, bem como da versão do primeiro tradutor (T1) e do segundo tradutor (T2), uma síntese destas traduções deverá ser produzida, resultando em uma tradução comum (T12). Os dois tradutores trabalharão em equipe com o auxílio da pesquisadora na construção da última versão das traduções (T12), a fim de minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras, que possam mudar o real significado do instrumento. Assim, no relatório escrito deverá estar registrado o processo de síntese, cada tema abordado e como foram resolvidas as não concordâncias de cada versão. É importante que todas as questões sejam dirimidas por consenso, para garantir a imparcialidade do processo.

3.1.3 Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*)

Este estágio deve partir da versão T12 do instrumento e, de forma totalmente cega, prosseguir com a tradução de volta para o idioma original. A finalidade desse estágio é verificar a validade de T12, para garantir que a tradução reflita exatamente o conteúdo dos itens da versão original. O processo de *back-translation* frequentemente ajuda a identificar falhas na redação escolhida para as traduções iniciais. Este tipo de processo é apenas uma das maneiras de verificar a validade, mas, acima disto, é uma forma de chamar a atenção para inconsistências graves ou erros conceituais nas traduções iniciais.

As retraduições deverão ser denominadas de B1 e B2 e deverão ser produzidas por duas pessoas bilíngues (no idioma de origem – Inglês e no idioma alvo – Português do Brasil). Os dois tradutores não devem estar cientes dos objetivos da tradução, nem ser informados dos conceitos explorados, e, de preferência, não devem ter formação na área de saúde. As principais razões para o estabelecimento desses critérios são: evitar viés de informação e extrair significados inesperados dos itens do questionário traduzido (T12), aumentando assim a probabilidade de "realçar as imperfeições" (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; LEPLÉGE; VERDIER, 1994).

3.1.4 Estágio 4 – Revisão por um Comitê de Juízes

A composição do Comitê de Juízes é crucial para alcançar equivalência transcultural do instrumento traduzido; serão eles os responsáveis por checar as equivalências conceitual, idiomática, semântica e experimental entre a versão original e traduzida.

A composição mínima do Comitê de Especialistas ou Juízes proposta por Beaton *et al.* (2007) inclui pelo menos um profissional com experiência em estudos de adaptação transcultural, um profissional de saúde com experiência clínica na área de interesse, um profissional de letras, bem como todos os tradutores (os responsáveis por T1, T2, B1 e B2), além do responsável pela síntese das traduções (T12) – função geralmente concedida à pesquisadora principal. Se possível, os autores da versão original do instrumento também devem ser cogitados para a composição deste comitê, de forma a contribuir para uma validação mais eficaz.

Por considerar o referencial de Beaton *et al.* (2007) breve quanto às diretrizes para a escolha dos especialistas na área de interesse que deverão compor o comitê de juízes, e tendo em vista que essa é uma etapa indispensável ao estudo que se pretende desenvolver, optou-se por agregar algumas contribuições relevantes sobre o tema, como o Modelo de Fehring (1994). Como este modelo foi concebido para aplicação em uma situação diferente, como a validação do conteúdo de diagnóstico de enfermagem, realizaram-se as adaptações necessárias para aplicação nesta pesquisa.

Sendo assim, foram utilizados alguns construtos do modelo de Fehring (1994), os quais estabelecem um sistema de pontuação com os critérios necessários aos juízes ou especialistas na área de interesse: enfermeiro com título de mestre ou doutor, obtido por meio de investigação na área de interesse; desenvolvimento de pesquisa científica publicada na área de interesse; desenvolvimento de artigos relativos à temática de interesse, publicados em periódicos de referência; experiência clínica em uma área relevante para a pesquisa ou certificado na área de interesse, conforme descrito no quadro 4 (FEHRING, 1994).

Quadro 4 - Sistema de pontuação de especialistas do modelo de Fehring.

Crêterios	Pontos
Mestre em enfermagem	4
Mestre em enfermagem – dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1
Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2
Doutorado em diagnóstico	2
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2
Pontuação máxima	14

Fonte: Adaptado de Fehring, 1994.

Espera-se que as contribuições do Modelo de Fehring (1994) referentes aos critérios de seleção de juízes possam colaborar para o aprimoramento do estágio 4 do Modelo de Beaton *et al.* (2007) – Revisão por um Comitê de Juízes e, com isto, reforçar a validade da versão traduzida da escala em estudo.

Sendo assim, o papel do Comitê de Juízes será o de consolidar todas as versões e os componentes da escala, incluindo o instrumento original, instruções, registros dos estágios e todas as versões traduzidas (T1, T2, T12, B1, B2), para que possam avaliar e chegar a um consenso sobre as diferenças encontradas, com vistas ao desenvolvimento da versão pr -final do questionário para os testes de campo.

Em síntese, as avaliações do Comitê de Juízes deverão investigar as seguintes equivalências entre o instrumento original e a versão traduzida: Equivalência semântica (a versão T12 – em nosso caso, brasileira – apresenta ortografia correta? O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar   versão original da escala? A versão traduzida está gramaticalmente correta?); Equivalência idiomática (as expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?); Equivalência experi ncial (a tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada – neste caso, as puérperas brasileiras? Itens que procuram captar a experiência da vida diária, muitas vezes variam em diferentes países e culturas. Em alguns casos, uma determinada tarefa não pode simplesmente ser experimentada na cultura alvo, mesmo que seja traduzível. Para resolver esta situação, um

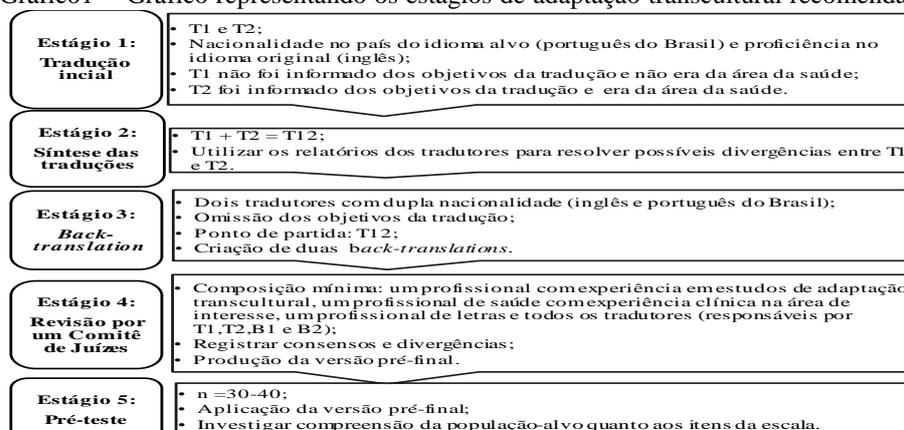
item de questionário abordando uma ação semelhante na cultura alvo deve ser identificado para substituir o item original. Por exemplo, na pergunta "Você tem dificuldade para comer com um garfo?", o termo "garfo" pode ser substituído por outro utensílio, como um palito, se for o utensílio comum usado para comer na cultura alvo); e Equivalência conceitual (a tradução deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala? Muitas vezes, as palavras possuem distintos significados conceituais entre diferentes culturas. Por exemplo, o significado de "ver a sua família tanto quanto gostaria", pode diferir entre as culturas de acordo com o conceito que adotam de "família").

3.1.5 Estágio 5 – Pré-teste

Após validada a escala, a fase final do processo de adaptação transcultural é o pré-teste. Neste estágio, a versão traduzida deve ser aplicada em uma amostra de 30 a 40 pessoas da população-alvo. Cada sujeito, além de responder ao instrumento, terá de discorrer sobre sua percepção acerca do significado de cada item e sua resposta. Isso ajudará a verificar se a versão adaptada está mantendo sua equivalência perante a população-alvo. Os resultados desta fase deverão ser resumidos e analisados para elaboração da versão final.

Embora o processo de adaptação transcultural se esforce para produzir a máxima equivalência, as outras propriedades estatísticas, como a consistência interna, validade e confiabilidade, precisam ser verificadas, tarefa que cabe à psicometria, a qual será discutida mais adiante, fundamentada em Pasquali (1999, 2003, 2009, 2010).

Gráfico1 - Gráfico representando os estágios de adaptação transcultural recomendados por Beaton *et al.* (2007)



Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* (2007).

3.2 Psicometria (PASQUALI, 1999, 2003, 2009, 2010)

A psicometria é uma área que pretende estudar fenômenos psicológicos. Conseqüentemente, seu objetivo específico de estudo são os fenômenos psicológicos e não conceitos, no caso, o número. O número, nesta ciência, é apenas o modo de representar estes fenômenos psicológicos, os quais são obtidos, por exemplo, com a aplicação de instrumentos de medida, como as escalas psicométricas (PASQUALI, 2009).

Predomina em Psicometria a concepção estatística sobre a psicológica. Os precursores e os que desenvolveram a Psicometria eram estatísticos de formação, tanto que ainda se define Psicometria como um ramo da estatística, quando na verdade ela deve ser concebida como um ramo da Psicologia em interface com a Estatística. Das contribuições emergidas destas disciplinas, tantas outras se beneficiam, como as da área da saúde, por meio da aplicação de instrumentos de mensuração do estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida de diferentes parcelas da população.

A Psicometria, ou medida em Psicologia, se insere na teoria da medida em geral, que, por sua vez, desenvolve uma discussão epistemológica em torno da utilização do símbolo matemático (número) no estudo científico dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2010).

Apesar da distância epistemológica existente entre ciência e matemática, a primeira se apercebeu das vantagens consideráveis que ela pode obter ao utilizar a linguagem da matemática para descrever o seu objeto de estudo. E, no dizer de Klein (1974, p.24), “[...] os instrumentos e técnicas de medida propiciam a ponte mais útil entre os mundos do dia-a-dia do leigo e dos especialistas em ciência”.

A Psicometria oferece subsídios para análise de escalas psicométricas de atitude através de três grandes pólos, denominados de 1. procedimentos teóricos, 2. procedimentos empíricos (experimentais) e 3. procedimentos analíticos (estatísticos) (PASQUALI, 1999).

3.2.1 Procedimentos teóricos

Os procedimentos teóricos referentes aos instrumentos de medida enfocam a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico. No caso, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens.

Na verdade, com uma base teórica coerente e, quando possível, completa, torna-se viável uma definição clara dos tipos e características dos comportamentos que irão constituir a representação empírica dos traços latentes e, assim, facilitar a tarefa do psicometrista em operacionalizá-los adequadamente (PASQUALI, 2010).

A análise dos itens de um instrumento de medida faz parte dos procedimentos teóricos e consiste simplesmente em pedir outras opiniões sobre este. Estas outras opiniões deve partir de juízes (ou especialistas) e visa estabelecer a compreensão dos itens (análise semântica) e a pertinência destes ao atributo que pretende medir.

Essa análise teórica deverá ser feita por dois tipos distintos de especialistas. .A depender do alvo da avaliação, incide-se sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao construto que representam (análise do conteúdo dos juízes). Assim, antes de partir para verificação da validade e precisão do instrumento, este pode ser submetido à análise semântica e à análise de conteúdo dos especialistas.

3.2.1.1 Análise semântica dos itens

No caso da análise semântica, os juízes são sujeitos da própria população para a qual se quer construir o teste. Duas preocupações são relevantes nesta análise: (1) verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-alvo, e por isso a amostra para esta análise deve ser extraída deste público; e (2) para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-alvo, ambas serão úteis para garantir a chamada “validade aparente” do teste.

Uma das maneiras mais eficazes para realização da análise semântica consiste em verificá-la numa situação de entrevista em pequenos grupos. O experimentador apresenta os itens um a um e pede ao grupo para reproduzi-los com as próprias palavras. Se a reprodução não for consenso ou não corresponder ao que o experimentador pretendia com o item, este obviamente tem problemas de compreensão e deve ser reformulado ou abandonado. Nesta mesma sessão, surge, na maioria das vezes, a formulação correta do item, por parte do próprio grupo. Itens que, com 80% de sujeitos, não apresentam problemas de compreensão não precisam mais ser posteriormente checados. Itens com problemas nesta área poderão exigir

novas conferências, e depois disso o item que ainda persistir duvidoso deve ser descartado (PASQUALI, 2010).

Note-se que esta análise converge com alguns procedimentos propostos pelo estágio 5 do Modelo de Beaton *et al.* (2007) – “Pré-teste”, que prevê a aplicação da versão pré-final do instrumento na população-alvo, com a finalidade de investigar a percepção dos sujeitos acerca do significado de cada item.

3.2.1.2 Análise do conteúdo dos juízes

Essa análise é, às vezes, denominada de validação de conteúdo, dado que precisamente se procura verificar a adequação (conformidade) da representação comportamental do(s) atributo(s) latente(s)”.

Pasquali (2003, p.188) afirma que “[...] um teste tem validade de conteúdo se ele constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínios)”. Em suma, a validade de conteúdo consiste em determinar a capacidade dos itens do instrumento para representar acertadamente as dimensões ou domínios do fenômeno a que se destina.

Nessa análise de conteúdo do instrumento, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao fator (traço latente) em questão. Uma concordância de, pelo menos, 80% entre os especialistas pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço que teoricamente se refere (PASQUALI, 2010).

Um número de seis especialistas é considerado suficiente para realizar esta tarefa. Itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores (cerca de 80%) obviamente apresentam problemas, sendo o caso de descartá-los do instrumento (PASQUALI, 2010).

Com o trabalho dos especialistas, ficam completados os procedimentos teóricos na construção de instrumentos de medida, culminando com a elaboração do instrumento-piloto, que necessitará ser testado (validação do instrumento). Essa tarefa caberá aos procedimentos experimentais, os quais consistem em coletar informação empírica válida e submetê-las às análises estatísticas pertinentes em Psicometria.

3.2.2 Procedimentos empíricos ou experimentais

Os procedimentos empíricos buscam definir as etapas e técnicas de aplicação do instrumento preliminar e de coleta da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica do instrumento. É realizada análise da dificuldade, da discriminação e da validade dos itens, a partir dos dados coletados de uma amostra de sujeitos representativa da população para a qual o instrumento está sendo construído, utilizando-se análises estatísticas (PASQUALI, 1999; 2009).

3.2.2.1 Planejamento da aplicação do instrumento preliminar

Consiste em determinar uma amostra representativa da população-alvo, delimitando-a quanto às suas características específicas. Elaborar instruções referentes à aplicação do instrumento, dirigidas aos respondentes, para evitar equívoco, assim como definir o formato do instrumento-piloto e o sistema de aplicação. Sugere-se um pré-teste com o instrumento-piloto para garantir a inteligibilidade.

3.2.2.2 Aplicação e coleta

Após observação e deferência aos ajustes recomendados no pré-teste, prossegue-se com o planejamento, operacionalizando a coleta de informações. Os dados obtidos gerarão uma matriz ou banco de dados informatizado, necessário à próxima fase.

3.3 Procedimentos analíticos ou estatísticos

Os procedimentos analíticos têm como objetivo estabelecer os mecanismos de análises matemáticas a serem efetuados sobre os dados para estimar a validade e a precisão do instrumento.

3.3.1 Dimensionalidade do instrumento

Essa análise é necessária para verificar se o instrumento construído é unidimensional ou não. Para tanto, Pasquali (1999, 2003) recomenda proceder a uma análise fatorial, que determinará quantos fatores o instrumento realmente está medindo, para então definir a sua dimensionalidade.

A análise fatorial (AF) permite observar se “[...] uma série de variáveis ou itens pode ser reduzida idealmente a uma única dimensão ou variável” (fator), com a qual todas as demais estão relacionadas, sendo que a relação de cada item com o fator é expressa pela covariância ou correlação, isto é, pela carga fatorial. Em outras palavras, a AF “[...] verifica precisamente quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens”. Tais correlações resultam de variáveis-fonte. Ainda a AF postula que “[...] um número menor de traços latentes (variáveis-fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens)” (PASQUALI, 2003, p. 173).

Assim, itens da série que apresentam alta carga (> de 0,30) no fator são unidimensionais, o que significa que medem o mesmo fator, ao passo que itens com carga zero ou próxima a zero não estão medindo o mesmo que os demais e portanto devem ser descartados. Acrescenta-se que é a carga fatorial (correlação entre -1 a +1) que determina a correlação entre as variáveis empíricas.

Segundo Pasquali (2003, p. 289), a AF é definida como:

[...] uma técnica estatística calcada sobre o pressuposto de que uma série de variáveis observadas, medidas, chamadas de variáveis empíricas ou observáveis, pode ser explicada por um número de variáveis hipotéticas, não-observáveis, chamadas precisamente de variáveis hipotéticas ou variáveis fonte, mais conhecidas sob o nome de fatores.

Essas últimas são o motivo pelo qual “[...] as variáveis observáveis se relacionam entre si, isto é, são responsáveis pelas intercorrelações (covariância) entre estas variáveis” (PASQUALI, 2003, p. 289). Se as variáveis empíricas se relacionam entre si, presume-se que é porque tenham uma causa comum e que esta produz a correlação, sendo que se denomina essa causa comum de fator, cujo descobrimento é exatamente a tarefa da AF.

A validade de construto de um instrumento é definida pela grandeza das cargas fatoriais das variáveis no fator, as quais constituem a representação comportamental do próprio fator (traço latente) para o qual foram elaboradas as variáveis como representação empírica.

A análise fatorial integra a validade de construto (ou validade de conceito), cujo propósito é “[...] descobrir se a representação (tese) constitui uma representação legítima,

adequada do construto”, ou melhor, verifica a legitimidade da representação comportamental dos traços latentes (PASQUALI, 2003, p.165).

E para demonstrar tal validade, é necessário definir duas coisas:

1. O teste deve se correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, pela teoria, estar relacionado (validade convergente);
2. Não se correlacionar com variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (validade discriminante) (PASQUALI, 2003, p. 175).

3.3.2 *Análise empírica dos itens*

Os itens que representam suficientemente o traço latente que o instrumento mede conforme etapa anterior devem ser submetidos a análises individuais para verificação de outras características (dificuldade, discriminação e resposta aleatória) a serem analisadas em cada fator apresentado dentro do mesmo instrumento (PASQUALI, 1999).

É indicado pelo autor fazer uma análise empírica dos dados empregando a Teoria da Resposta ao Item (TRI), ou a Curva Característica do Item (CCI), cujos parâmetros principais são a dificuldade, a discriminação e a resposta aleatória. Essa teoria presume que “[...] o sujeito possui certo nível de magnitude do traço latente” e que é determinado pela análise das respostas através de diferentes funções matemáticas (PASQUALI, 1999, p. 63).

A dificuldade se refere à magnitude do traço latente que o sujeito deve ter para acertar ou aceitar o item. Desse modo, quanto maior a magnitude exigida mais difícil o traço latente, ou seja, “[...] a dificuldade do item é dada pelo número (proporção) de acertos”, quanto maior o número de acertos mais fácil o item. A discriminação é relativa à capacidade de diferenciar sujeitos com escores altos daqueles com escores baixos. A resposta aleatória diz respeito às respostas corretas dadas ao acaso (PASQUALI, 2003, p. 129).

3.3.3 *Fidedignidade do instrumento*

Também identificado como precisão, confiabilidade, estabilidade, constância, equivalência e consistência interna, dependendo do tipo do método utilizado na coleta de dados empíricos ou da técnica estatística aplicada na análise dos dados coletados, cujas denominações procuram expressar o que ele realmente representa para o instrumento (PASQUALI, 2003).

Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2013, p. 187), a fidedignidade consiste na avaliação das ferramentas escolhidas para se ter certeza de que são medidas válidas e confiáveis, ou melhor, “[...] de que elas operacionalizam os construtos que estão sendo testados”. Assim, fidedignidade “[...] é a qualidade dos escores de teste que sugere que eles são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração para serem úteis”, embora não necessariamente em sua totalidade, pois as mensurações sempre estão sujeitas a uma margem de erro e flutuação (URBINA, 2007, p. 121).

Nesse sentido, a confiabilidade de um instrumento é determinada pela “[...] medida em que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas”, portanto, “[...] refere-se à proporção de precisão para imprecisão na medição”. Logo, para uma escala ser considerada confiável tem de ter estabilidade e homogeneidade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013, p. 192).

Estabilidade é a capacidade de produzir resultados iguais em administração repetida do instrumento. O procedimento utilizado para estimar a estabilidade do instrumento é o teste-reteste, que consiste em administrar o mesmo instrumento para os mesmos sujeitos sob condições similares em momentos diferentes e confrontar os escores obtidos. O intervalo entre o teste e o reteste varia e depende do fenômeno a ser medido (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

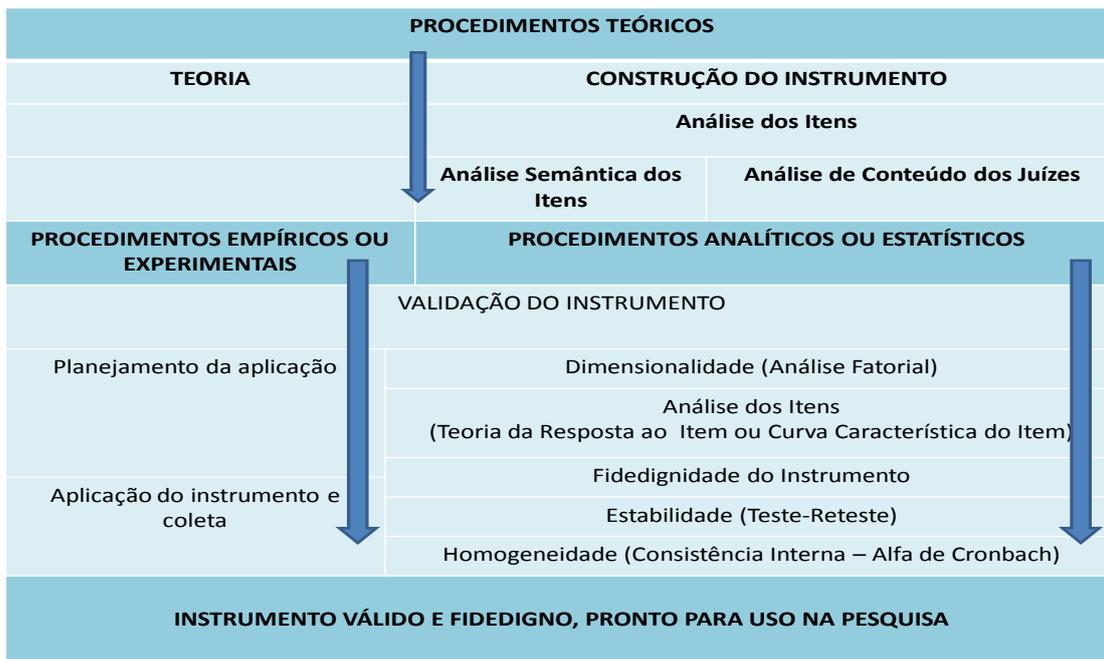
Homogeneidade, ou Consistência Interna, significa que todas as questões de um instrumento devem medir o mesmo conceito ou características, isto é, que os itens da escala se correlacionam ou se complementam. O método utilizado com mais frequência para avaliar a consistência interna é o alfa de Cronbach, cujo teste compara os itens da escala simultaneamente um com o outro para verificar a congruência que cada item possui com os demais itens do mesmo instrumento (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2013; PASQUALI, 2003).

Esse método requer uma única aplicação do instrumento a um grupo de sujeitos e proporciona uma estimativa da covariância entre os escores obtidos a partir da divisão do instrumento em duas metades equivalentes. Os escores do alfa de Cronbach vão de “zero a um”, sendo que “zero” indica ausência total de coerência entre os itens, e o “um” indica consistência interna de 100%. Supõe-se que, quanto menor a variabilidade de um item, menos

erro ele provoca e mais preciso ele é; por conseguinte, quanto menor a soma das variâncias dos itens, mais consistente e preciso é o instrumento (PASQUALI, 2010).

Pasquali (1999, 2003, 2009, 2010) apregoa que o instrumento submetido às análises anteriormente mencionadas passa a ser considerado um instrumento válido e fidedigno, pronto para uso na pesquisa, conforme demonstrado na Figura 3.

Gráfico 2 - Gráfico representando os procedimentos recomendados por Pasquali (1999, 2003, 2009, 2010) para elaboração de um instrumento confiável e válido.



Fonte: Adaptado de Pasquali (2010).

Desse modo, ao abordar os aspectos dos Modelos de Beaton, Fehring e Pasquali relevantes ao nosso estudo, encerra-se a abordagem ao referencial metodológico adotado.

3.4 Considerações acerca da tradução e adaptação de escalas na área da saúde sexual e reprodutiva no Brasil¹

Reconhecendo que o processo de validação de uma escala para aplicação no contexto brasileiro deve seguir algumas etapas, como a tradução para o idioma local, a adaptação transcultural, a aplicação na população-alvo e a validação do instrumento como

¹ Extraído do seguinte artigo de co-autoria da pesquisadora: BERNARDO, E. B.R. *et al.* Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 4, jul./ago., p. 529-598, 2013.

garantia de um processo exitoso, emergiram alguns questionamentos acerca da existência de uma uniformidade nos passos metodológicos utilizados pelos pesquisadores para a etapa de tradução e adaptação de escalas na área da saúde sexual e reprodutiva. Segundo Whitemore e Knafl (2005), a combinação de diversas metodologias em determinados tipos de estudos contribuem para a falta de rigor, a inacurácia e o viés, sendo recomendado o seguimento de padrões de rigor metodológico com eficácia comprovada.

Para tanto, analisou-se o percurso metodológico seguido para a tradução e adaptação de escalas em dissertações e teses da enfermagem brasileira na área de saúde sexual e reprodutiva.

O processo de levantamento dos dados ocorreu no catálogo eletrônico de dissertações e teses da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (<http://www.abennacional.org.br>), uma vez que o seu Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn), criado em 17 de julho de 1971 e destinado à divulgação da pesquisa em Enfermagem, possui o maior banco de teses e dissertações na área de Enfermagem no Brasil, contando hoje com mais de 4.000 trabalhos registrados em seu acervo referentes às produções de 2000 a 2009, dado que justifica o período analisado.

Para esta busca, utilizou-se as seguintes palavras-chave: tradução, adaptação, enfermagem, saúde sexual e reprodutiva.

A verificação dos dados foi subsidiada pela seguinte questão norteadora: *Qual o percurso metodológico utilizado para tradução e adaptação de escalas descrito em dissertações e teses da enfermagem brasileira, na área de saúde sexual e reprodutiva, nos últimos dez anos?*

O levantamento dos trabalhos, na base de dados selecionada, ocorreu inicialmente mediante a leitura dos títulos e dos resumos das dissertações e teses para posterior seleção daqueles que atendiam aos critérios de inclusão: estudos completos disponibilizados eletronicamente e estudos que abordavam a tradução, adaptação e validação de escalas na área da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Foram encontrados 38 trabalhos que abordavam a tradução e adaptação de escalas em áreas temáticas diversas. Destes, apenas três o fizeram na área de saúde sexual e reprodutiva.

Utilizou-se como referencial metodológico para a apresentação e análise dos dados referentes ao percurso da tradução e adaptação transcultural de escalas as etapas descritas por Beaton *et al.* (2007), uma vez que todas as produções selecionadas para análise se fundamentaram neste autor. Segundo este, a escala em idioma original deve passar pelas seguintes etapas para ser considerada traduzida e adaptada transculturalmente: tradução inicial; síntese da tradução; tradução de volta à língua de origem (*back-translation*); revisão por um comitê de juízes; pré-teste da versão final e submissão de todos os relatórios e construtos aos autores da escala para verificação do cumprimento de todas as etapas do processo; e validade do instrumento (BEATON *et al.*, 2007).

Na busca pelos estudos desenvolvidos nos cursos de mestrado e doutorado em Enfermagem brasileiros que abordam a tradução e adaptação de escalas, foram selecionados três trabalhos na área de Saúde Sexual e Reprodutiva, durante o período de 2000 a 2009. Destes, todos (100%) corresponderam a teses de doutorado.

Os quadros 5 e 6 mostram os dados extraídos das três teses analisadas. Esses dados permitem observar as variações das metodologias adotadas na tradução e adaptação transcultural de instrumentos de origem estrangeira para serem utilizados no contexto brasileiro.

No quadro 5 estão presentes os dados de identificação das teses: autor, título, ano, origem e direcionalidade temática.

Quadro 5 - Dados de identificação das teses presentes no banco de dados. CEPEn, 2000 – 2009.

<i>AUTOR</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>ANO</i>	<i>ORIGEM</i>	<i>DIRECIONALIDADE TEMÁTICA</i>
Anne Marie Weissheimer	Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento pré-natal Psychosocial Profile (PPP) (T ₁)	2007	Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Assistência pré-natal
Mônica Oliveira Batista Oriá	Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES): Aplicação em gestantes (T ₂)	2008	Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem	Aleitamento materno
Teresa Cristina Martins Leite Imada	Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II (FDM II) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil (T ₃)	2008	Universidade de São Paulo/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Dinâmica familiar de mulheres com câncer de mama

Fonte: Adaptado de CEPEN, 2011.

Em relação aos dados de identificação das teses, elencados no quadro 01, todos os autores especificaram no título tratar-se de um estudo de tradução, adaptação e validação de escala.

Constatou-se que, no ano de 2008, duas teses foram publicadas com a temática. Em seguida aparece o ano de 2007, com uma tese produzida.

Ao analisar a origem das produções em estudo, verificou-se maior prevalência de construção na região Sudeste. Dentre as teses citadas, duas foram desenvolvidas nesta região, contrastando com apenas uma na região Nordeste.

Dentre as teses produzidas na região Sudeste, duas foram oriundas da Universidade de São Paulo (USP), Campus Ribeirão Preto. Já a produção referente à região Nordeste adveio da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ao analisar a origem das produções, percebe-se a predominância de estudos provenientes da região Sudeste. Essa superioridade pode guardar relação com o fato de a maioria dos cursos de pós-graduação localizar-se nesta região do Brasil. Nos últimos anos,

uma política de incentivo à pesquisa tem-se estabelecido nas outras regiões do país, na tentativa de disseminar a pós-graduação em enfermagem nas cinco regiões brasileiras (CARVALHO *et al.*, 2010).

Em relação à direcionalidade temática, uma tese enfocou a assistência pré-natal, uma (33,3%) o aleitamento materno e outra a dinâmica familiar de mulheres com câncer de mama. Evidencia-se que não há pesquisas na área de enfermagem relacionadas à qualidade de vida no puerpério envolvendo a metodologia citada.

No quadro 6, estão presentes os dados referentes ao percurso metodológico adotado pelos pesquisadores em estudo, segundo as etapas estabelecidas pelo referencial metodológico comum às três teses, conforme Beaton *et al.* (2007).

Quadro 6 - Dados do percurso metodológico das teses presentes no banco de dados. CEPEn, 2000 – 2009.

Tese	Referencial Metodológico	Tradução inicial	Síntese da tradução	Retro-tradução	Comitê de juízes	Pré-teste	Submissão aos autores
T ₁	Beaton <i>et al.</i> , 2007	Três tradutores independentes: a pesquisadora e dois profissionais da saúde. Não há clareza se os objetivos da tradução foram revelados para os tradutores.	Síntese realizada por três tradutores.	Dois tradutores da área de letras, tendo como língua materna o português e fluência no inglês.	Formado por três enfermeiras obstétricas e a pesquisadora.	Aplicado com uma amostra de 39 gestantes.	Não mencionou esta etapa.
T ₂	Beaton <i>et al.</i> , 2007	Dois tradutores independentes: um da área da saúde. Os objetivos da tradução foram revelados apenas para o tradutor que não era profissional da saúde.	Etapas realizadas, mas não há clareza de quem participou da construção da síntese.	Dois tradutores estudantes de medicina, tendo como língua materna o inglês e fluência no português.	Formado por três professores universitários doutores.	Aplicado com uma amostra de 30 mulheres (15 gestantes e 11 puerperas).	Não mencionou essa etapa.
T ₃	Beaton <i>et al.</i> , 2007 Chalow, 1995	Três tradutores independentes, sendo dois da área da saúde. Não há clareza se os objetivos	Etapas realizadas. Refere que foi construída por pesquisadores, incluindo a	Dois tradutores, sendo um deles bilíngue com nacionalidade	Dois profissionais de saúde que possuíam experiência	Não realizou essa etapa.	Realizou.

	Maneesriwongul, Dixon, 2004.	da tradução foram revelados.	autora. Não especifica os outros participantes.	inglesa e pesquisador na área de saúde mental.	com família.		
--	------------------------------	------------------------------	---	--	--------------	--	--

Fonte: Adaptado de CEPEN, 2011.

Conforme observado, as três teses adotaram o mesmo referencial metodológico: Beaton *et al.* (2007). Entretanto, em uma delas (T3), houve a associação de mais dois referenciais teóricos: Chalow (1995); Maneesriwongul e Dixon (2004).

Quanto às etapas do percurso metodológico, os dados coletados foram divididos em subcategorias, segundo as etapas descritas pelo autor adotado: tradução inicial, síntese das traduções, retrotradução, comitê de juízes, pré-teste e submissão aos autores da escala.

Na primeira etapa, denominada de tradução inicial, constatou-se a participação de pelo menos dois tradutores independentes, com fluência no idioma original (inglês) e alvo (português). No entanto, em dois trabalhos (T₁ e T₃), esta etapa contou com a participação de mais um tradutor, totalizando três em cada.

Ainda nesta etapa, em T₁ os três tradutores envolvidos eram da área da saúde, não ficando explicitado se estes foram informados dos objetivos da tradução. Em T₂, somente um dos tradutores era da área da saúde, e os objetivos da tradução da escala foram revelados para o outro tradutor. Em T₃, dois dos tradutores eram da área da saúde, e não ficou claro se eles foram informados dos objetivos da tradução da escala.

Destaca-se que, na primeira etapa preconizada por Beaton *et al.* (2007) – Tradução inicial, deverão ser realizadas duas traduções independentes para a língua portuguesa. Uma por um tradutor (1) que não seja da área de saúde – este não será informado do objetivo da tradução; e outra por um segundo tradutor (2), que será um profissional de saúde com fluência em inglês – este será informado do objetivo da tradução. As traduções deverão ser realizadas por brasileiros com fluência em inglês (idioma original da escala). Nesta etapa, T₂ está em concordância com o referencial metodológico adotado, ou seja, o critério do número mínimo de tradutores (dois) e a fluência destes no idioma original (inglês) foi seguido (BEATON *et al.*, 2007).

No entanto, em relação ao critério que um dos tradutores não deveria ser da área da saúde, houve descumprimento por T₁. Já quanto ao critério de revelação dos objetivos da tradução da escala, este não foi respeitado por T₁ e T₃ (não deixaram claro se o fizeram), e foi executado incorretamente por T₂ (revelou os objetivos para o tradutor que não era da área da saúde). Destaca-se que para o tradutor pertencente à área da saúde deve ser revelado o objetivo da pesquisa para que este possa evitar termos técnicos utilizados no campo científico, desconhecidos da população em geral (BEATON *et al.*, 2007).

Na segunda etapa, denominada de síntese da tradução, constatou-se que, em todas as teses, houve a produção de uma síntese das traduções elaboradas na etapa anterior.

A falta de informação ainda é observada na fase de síntese, na qual duas teses, embora a tenham executado, não deixam claro quem participou dessa fase, fato observado em T₂ e T₃. Essa última apenas mencionou que a síntese foi realizada por uma equipe. Tal conduta dificulta a avaliação dos trabalhos devido à falta de dados importantes para a identificação e compreensão da metodologia.

Na terceira etapa, denominada de retrotradução, houve a participação de dois retrotradutores em todas as teses, com semelhança na fluência nos dois idiomas de interesse – português e inglês, mas com variações quanto à especialidade destes: em T₁ ambos eram da área de letras, em T₂ ambos eram estudantes de medicina e em T₃ um era profissional da saúde mental e o outro não teve sua especialidade revelada.

Na terceira etapa preconizada por Beaton *et al.* (2007) – Tradução de volta à língua de origem (*Back-translation*), o procedimento adotado consiste no envio do instrumento traduzido e sintetizado para a sua língua oficial de origem, etapa denominada de *back-translation*. Esta deve ser executada por dois tradutores que não tenham conhecimento dos objetivos da *back-translation* com o propósito de evitar vies. Após a realização das traduções de volta à língua de origem, os instrumentos serão encaminhados ao próximo estágio.

Porém, os achados dos trabalhos analisados revelam divergência em relação ao cumprimento desses critérios, uma vez que eles foram executados de forma equivocada ou incompleta, demonstrando falta de atenção na elaboração desses estudos. Isto corrobora os achados de outro autor, que observou uma tendência em não conduzir o processo de

adaptação transcultural com o rigor metodológico necessário e exigido nesse tipo de trabalho (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Na quarta etapa preconizada por Beaton *et al.* (2007), denominada de comitê de juízes, todos os instrumentos produzidos até esta fase, as duas traduções, a tradução síntese e as duas versões do *back-translation*, além da versão original, deverão ser analisados por um comitê de juízes, preferencialmente formado por profissionais da área da saúde, pesquisadores linguísticos e da temática.

Esta fase foi cumprida por todas as teses, porém com algumas variações na formação: em T₁ o comitê contou com a participação de três enfermeiras obstétricas e a autora da tese; em T₂ o comitê foi formado por três professores universitários da área, com título de doutor; em T₃ o comitê foi composto por dois profissionais da saúde com experiência no contexto da família.

Diante da análise dos critérios estabelecidos pelas teses supracitadas quanto à formação do comitê de juízes, percebeu-se que não houve consenso no perfil deste grupo de *experts*. Além disso, os referenciais metodológicos disponíveis são breves em sua descrição, não tecendo comentários aprofundados sobre sua composição.

Sintetizando o perfil de juízes com base nos achados das teses analisadas, verificou-se o seguinte: profissionais com título de doutorado e com experiência prática e acadêmica na área em estudo. Entretanto, ressaltam-se as recomendações de Beaton *et al.* (2007), quanto à composição mínima do comitê de juízes: um profissional com experiência em estudos de adaptação transcultural, um profissional de saúde com experiência clínica na área de interesse, um profissional de letras e todos os tradutores envolvidos nas etapas anteriores.

Na quinta etapa, denominada de pré-teste, observou-se que a maioria das teses (T₁ e T₂) submeteu a versão traduzida e aprovada pelo comitê de juízes a uma parcela da população-alvo, tendo essa amostra variada de 30 a 39 sujeitos, como sugerido por Beaton e seus colaboradores. Apenas uma autora (T₃) não executou essa etapa.

Em relação a esta etapa, todos os critérios foram cumpridos adequadamente por duas das teses analisadas. O cumprimento desta etapa é relevante por oportunizar ajustes

advindos de sugestões do público-alvo da escala, verificar a compreensão das questões propostas e servir para o planejamento da aplicação do instrumento final, além de analisar o tempo gasto no preenchimento da escala traduzida, o local adequado, a forma e a aceitação da abordagem.

Na sexta etapa, denominada de submissão aos autores da escala, houve cumprimento de apenas uma tese (T₃). Nessa etapa preconizada por Beaton *et al.* (2007), todos os relatórios e construtos deverão ser enviados aos autores da escala, para verificação do cumprimento de todas as etapas do processo e da validade do instrumento. Percebe-se que este é um critério citado apenas por Beaton *et al.* (2007), sendo pouco utilizado nos estudos de tradução e adaptação de escalas. Observou-se, no presente estudo, que apenas uma tese cumpriu este critério (T₃); isto fortaleceu seu processo metodológico, contribuindo para a qualidade do seu construto (IMADA, 2008).

Considera-se ainda incipiente a produção científica brasileira de estudos metodológicos que objetivem a tradução, adaptação e validação de escalas psicométricas na área da saúde sexual e reprodutiva.

Diante disso, revela-se a necessidade de produzir e ampliar a divulgação desse tipo de estudo, facilitando o acesso às respectivas produções. Uma das estratégias para o alcance dessa meta seria citar o tipo de estudo ou seu propósito em locais comuns de busca, como no título do trabalho, a exemplo do que observamos nas teses analisadas.

Após análise dos estudos, concluiu-se que há prevalência da não padronização do processo de tradução e adaptação transcultural. Além disso, é perceptível o não detalhamento nas descrições de informações referentes ao percurso metodológico seguido, o que dificultou nossa averiguação acerca do percurso metodológico.

4 MÉTODOS

Este estudo foi dividido em duas fases: a primeira constou da adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* (MAPP-QOL) para o contexto do Brasil; e a segunda, dos procedimentos de verificação das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* em uma população do Nordeste do Brasil, considerando especificamente a área de Fortaleza.

O consentimento para tradução, adaptação, aplicação e validação da escala, precedeu a execução das duas fases da pesquisa e foi emitido, via correio eletrônico, pela autora da escala (Anexo B), a enfermeira e docente do Departamento de Saúde da Mulher, Criança e Família da Universidade de Illinois-Chicago, Dra. Pamela Hill. Salienta-se que a pesquisadora não só autorizou, mas incentivou a realização deste estudo, fornecendo todo o material publicado sob sua autoria. Além disso, ao autorizar a tradução e adaptação transcultural da escala, deu-se também autonomia para formatação da versão brasileira.

4.1 Tipo de estudo

Para a realização da tradução e adaptação transcultural de um instrumento de mensuração, deve-se considerar a existência da distinção entre a cultura e o idioma dos diferentes países. Logo, é necessário ser rigoroso com a adaptação transcultural para além da simples tradução, além de ajustar o instrumento com as palavras do contexto cultural da população-alvo, sendo necessário, por vezes, transformar completamente alguns itens para garantir os mesmos conceitos propostos na versão original (SPERBER, 2004).

Além disso, estes instrumentos precisam passar por um processo de validação, como a verificação das suas propriedades psicométricas, para que comprovem sua eficácia para uso em pesquisas. Conforme LoBiondo-Wood e Harber (2013), a psicometria está relacionada com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de medição durante o processo de pesquisa e, para isso, procura mensurar um conceito por meio de instrumentos válidos e confiáveis.

A adaptação transcultural de um instrumento de mensuração para uso em um novo país, cultura e/ou linguagem exige uma metodologia que seja capaz de alcançar equivalência

entre a fonte original e os idiomas de destino, além de coeficientes adequados de confiabilidade e validade (BEATON *et al.*, 2007; PASQUALI, 2010).

Assim, essa investigação constitui-se de uma pesquisa metodológica, uma vez que, segundo LoBiondo-Wood e Harber (2013), o estudo metodológico tem como propósito as investigações de métodos de obtenção, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa.

Ainda segundo LoBiondo-Wood e Harber (2013), o estudo metodológico visa definir o constructo ou comportamento a ser medido, formular os itens da ferramenta de acordo com a cultura da população-alvo e desenvolver as instruções para os usuários e respondentes, de forma confiável e válida.

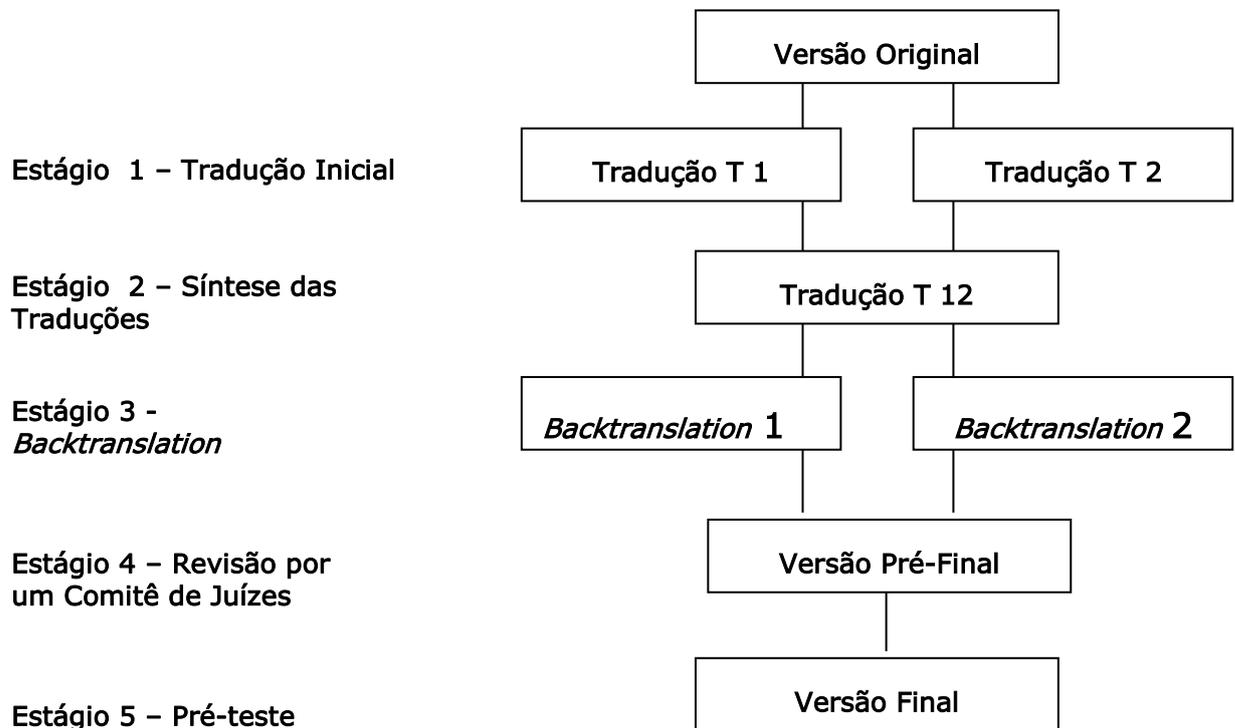
Para tanto, foi utilizada uma abordagem quantitativa. Uma pesquisa com esta abordagem segue um processo formal, objetivo, rigoroso e sistemático para gerar informações sobre o mundo e deve ser conduzida para descrever novas situações, eventos ou conceitos, examinar relações entre conceitos e ideias, e determinar a eficiência de tratamentos (BURNS; GROVE, 2003).

4.2 Fase I - Adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*

Os procedimentos metodológicos para adaptação transcultural da MAPP-QOL seguiram os referenciais de Beaton *et al.* (2007). Segundo esse autor, uma escala em idioma original deve passar pelos seguintes estágios para ser considerada traduzida e adaptada transculturalmente: 1. Tradução inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*); 4. Revisão por um comitê de Juízes; e 5. Pré-teste.

A Figura 2 descreve a representação gráfica dos estágios seguidos, bem como os construtos almejados em cada um deles.

Figura 2 – Representação gráfica do processo de adaptação transcultural recomendado por Beaton *et al.* (2007)



Fonte: Adaptado de Beaton *et al.* (2007).

4.2.1 Estágio 1 - Tradução inicial

Foram realizadas duas traduções independentes para a língua portuguesa. Uma por um tradutor (T1), que não era da área de saúde – este não foi informado do objetivo da tradução; e outra por um segundo tradutor (T2), profissional de saúde – para este foi informado o objetivo da tradução. Vale ressaltar que ambos os tradutores possuíam o idioma alvo (português) como língua materna e fluência no idioma original da escala (inglês).

Em seguida, cada tradutor emitiu um relatório escrito de suas traduções (T1 e T2), que contemplou as frases desafiadoras ou incertezas, bem como as sugestões, como auxílio na síntese das duas traduções, que era o construto exigido para o estágio seguinte.

4.2.2 Estágio 2 - Síntese das traduções

Neste estágio, a pesquisadora sintetizou os resultados das duas traduções, escolhendo a melhor tradução entre os construtos dos dois tradutores. Esse processo foi

subsidiado pelo instrumento original (inglês), pelos relatórios do Estágio 1, emitidos por T1 e T2, bem como pelas suas respectivas traduções. Esta síntese foi cuidadosamente registrada, quanto a cada item do instrumento. Os ajustes necessários à síntese das duas traduções deu origem ao instrumento denominado de T12, que foi utilizado no Estágio 3.

4.2.3 Estágio 3 - Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*)

O procedimento adotado nesta etapa consistiu em envio do instrumento traduzido (T12) para a sua língua original (inglês), etapa denominada de *back-translation*. Este trabalho foi executado por dois tradutores (B1 e B2), de forma cega, ou seja, ambos não tiveram conhecimento dos objetivos da *back-translation* e não mantiveram contato com o material que já havia sido construído.

O processo de *back-translation* frequentemente ajuda a identificar falhas na redação escolhida para as traduções iniciais. Este tipo de processo é uma das maneiras de verificar a validade, mas, acima disto, é uma forma de chamar a atenção para inconsistências graves ou erros conceituais nas traduções iniciais (BEATON *et al.*, 2007).

Após a realização das traduções de volta à língua de origem por B1 e B2, os instrumentos foram encaminhados ao próximo estágio. Ressalta-se que nessa etapa as *back-translations* foram realizadas por cidadãos com dupla nacionalidade (brasileira e americana), que possuíam como língua materna o idioma original da escala (inglês) e fluência no idioma alvo (português).

4.2.4 Estágio 4 - Revisão por um comitê de juízes

Todos os instrumentos produzidos até esta fase, as duas traduções T1 e T2, a síntese T12 e as duas versões da *back-translation* (B1 e B2), além da versão original, foram examinados por um comitê de juízes formado por profissionais da área da saúde, profissionais com conhecimento na temática abordada e/ou no método utilizado. Como forma de viabilizar a compreensão do material em dois idiomas, foi estabelecido como critério obrigatório para todos os juízes: possuir proficiência em inglês.

Além disso, foram adotados os critérios de seleção de especialistas recomendados por Fehring (1994), cujo sistema de pontuação é apresentado no Quadro 7, com algumas adaptações à esta pesquisa.

Quadro 7 - Critérios de seleção de especialistas recomendados por Fehring (1994) e respectivas adaptações, com suas pontuações.

Critérios (FEHRING,1994)	Pontos (FEHRING,1994)	Critérios adaptados	Pontos adaptados
Mestre em enfermagem	4	Título de Mestre	Critério obrigatório
Mestre em enfermagem – dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1	Dissertação na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto	2
Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2	Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto	1
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto	1
Doutorado em diagnóstico	2	Tese na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto	2
Prática clínica de, pelo menos, um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1	Experiência prática na área da Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto por tempo mínimo de 2 anos	2
Certificado em área de clínica médica com comprovada prática clínica	2		
Pontuação máxima	14	Pontuação máxima	08

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

De acordo com o sistema de pontuação apresentado, os enfermeiros deveriam obter a pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos no comitê de juízes. Esse sistema de pontuação está em consonância com estudos similares, como o de Barbosa (2008), Lopes (2009), Ribeiro (2013) e Lessa (2013).

Respeitando esses critérios, procedeu-se à captação desses especialistas. Inicialmente recorreu-se à busca na Plataforma Lattes do portal CNPq, por interesse de pesquisa e, através de uma amostragem do tipo “bola de neve”, recolheram-se indicações daqueles indivíduos a serem selecionados.

Após prévia seleção, foi enviada uma carta-convite para esses potenciais especialistas, com vistas à apresentação da pesquisadora, exposição dos objetivos da

investigação, dos métodos a serem adotados, das etapas da pesquisa das quais fariam parte e da contribuição esperada (Apêndice A). Depois do aceite do convite, firmou-se a participação através da assinatura de cada especialista no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), emitido em duas vias, uma para o juiz e outra para a pesquisadora, e procedeu-se com a entrega do Instrumento de Avaliação dos Juízes (Apêndice C), Instrumento de Caracterização dos Juízes (Apêndice D) e demais materiais a serem avaliados (MAPP-QOL, T1, T2, T12, BT1 e BT2).

Sendo assim, selecionou-se seis especialistas para compor o Comitê de Juízes, cujas pontuações obtidas estão descritas no Quadro 8.

Quadro 8 - Critérios de seleção de juízes recomendados por Fehring (1994) com adaptações e suas respectivas pontuações. Fortaleza, Maio, 2014.

Critérios adaptados para seleção dos juízes/ pontuação	Pontos obtidos					
	J* 1	J*2	J*3	J*4	J*5	J*6
Dissertação na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto / 2	2	2	2	2	2	2
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto / 1	1	1	1	1	1	1
Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto / 1	1	1	1	1	1	1
Tese na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto / 2	0	0	0	0	0	2
Experiência prática na área da Saúde Mulher ou Qualidade de Vida no Pós-Parto por tempo mínimo de 2 anos / 2	2	2	2	2	2	2
Pontuação total	6	6	6	6	6	8

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

*J = juiz

Logo, o referido Comitê foi composto inicialmente por 06 juízes. Além disso, foi incluído neste comitê um professor de letras da Casa de Cultura Portuguesa da Universidade Federal do Ceará, este também possuía proficiência na língua inglesa e sua inclusão visou fortalecer principalmente a validação semântica e idiomática, perfazendo, assim, um total de 07 juízes. Optou-se por um número ímpar (sete) de juízes, com o intuito de evitar o empate de opiniões.

Todos os juízes tiveram a responsabilidade de avaliar os instrumentos produzidos até esta fase – as duas traduções T1 e T2, a tradução T12 e as duas versões do *back-translation* (BT1 e BT2), além da versão original, bem como de responder ao instrumento de

avaliação dos juízes (Apêndice C), o qual possuía questões acerca da redação e compreensão dos itens traduzidos (equivalências semântica e idiomática), e também referentes à pertinência conceitual relacionada à QV da mulher durante o puerpério (equivalências experimental e conceitual).

Não foi possível incluir os autores da escala original no quadro de juízes, conforme recomendado por Beaton *et al.* (2007), uma vez que a barreira idiomática inviabilizou este processo, pois os autores da escala original não possuíam domínio do português do Brasil, o que limitava a avaliação da versão brasileira da MAPP-QOL e demais materiais no mesmo idioma.

O instrumento de avaliação dos juízes constava de assertivas da escala traduzida e adaptada, como o título da escala, as orientações de preenchimento, as questões e opções da escala de likert para a população alvo, e possuía quatro opções de resposta: 1 = tradução muito adequada, 2 = tradução adequada, 3 = tradução com inadequações, e 4 = tradução totalmente inadequada. Além disso, destinou-se um espaço para adição de sugestões ou modificações.

Para devolução do instrumento de validação pelos juízes, estabeleceu-se um prazo de 30 dias, o qual foi cumprido por 100% da amostra.

Para análise estatística das respostas dos juízes, recorreu-se ao cálculo do Índice de Concordância entre os juízes. Inicialmente foram compilados seus pareceres no programa Excel 2013, obedecendo à seguinte conversão: respostas 1 (tradução muito adequada) e 2 (tradução adequada) = 1; e respostas 3 (tradução com inadequações) e 4 (tradução totalmente inadequada) = 0. Em seguida foram calculadas as médias dos Índices de Concordância entre os juízes, individual e total, para todas as assertivas da escala traduzida e proporção de assertivas que atingiu escore 1 (tradução muito adequada ou tradução adequada) (POLIT; BECK, 2011).

Considerou-se como critério de pertinência dos itens, uma concordância entre os juízes $\geq 80\%$ (0,80), conforme orienta Pasquali (2010). Naqueles itens com valores $< 80\%$, foram analisadas as sugestões dos juízes para implementar as devidas alterações. Em seguida, o material modificado foi reapresentado aos juízes, gerando um novo Índice de Concordância entre os juízes, ou índice de Concordância final.

As modificações emergidas neste estágio serviram de base para a elaboração da versão pré-final, que foi utilizada no pré-teste.

4.2.5 Estágio 5 – Pré-teste

Após análise da concordância entre os juízes quanto à tradução, procedeu-se ao pré-teste, com o objetivo de verificar a compreensão do instrumento pela população-alvo. Tomou-se essa medida para prevenir falsos resultados e averiguar a isenção de erros quanto à compreensão dos itens (análise semântica e validade aparente) (PASQUALI, 2009).

Polit e Beck (2011) acrescentam que a aplicação do pré-teste junto a uma parcela da população-alvo tem por finalidade identificar falhas ou avaliar as exigências de tempo.

Quanto ao perfil socioeconômico do público-alvo, adotou-se o que Pasquali (2009) recomenda: o pré-teste deve ser aplicado em pequenos grupos, incluindo pessoas do estrato mais baixo ao mais sofisticado da população-alvo, justificando que, se o estrato menos habilidoso compreender os itens, o mesmo ocorrerá com os estratos subsequentes.

Quanto ao tamanho amostral desta etapa, seguiu-se o que Beaton *et al.* (2007) estabelecem: a versão traduzida deve ser aplicada em uma amostra de 30 a 40 pessoas da população-alvo.

As mulheres incluídas na amostra atenderam aos seguintes critérios:

- ✓ ter idade igual ou superior a dezoito anos;
- ✓ ser puérpera e não apresentar complicações obstétricas ou neonatais relacionadas ao parto e/ou puerpério atual;
- ✓ ser alfabetizada;
- ✓ não apresentar restrições físicas ou mentais que impossibilitem a compreensão do instrumento e a capacidade para respondê-lo.

Como critério de exclusão, definiu-se o seguinte: gestações múltiplas. Este critério fundamentou-se na suposição de que o papel materno de cuidar de mais de um filho irá influenciar na qualidade de vida destas mulheres.

Cada sujeito teve que, além de responder ao instrumento, discorrer sobre sua percepção acerca do significado de cada item e sobre o sistema de atribuição de escores. Foram consideradas ainda as sugestões para deixar o instrumento o mais compreensível e claro possível, de modo a evitar futuras interpretações equivocadas. Isso ajudou a verificar se a versão adaptada manteve sua equivalência perante a população-alvo, corroborando a validação do instrumento.

Assim, durante a aplicação do pré-teste, o tempo de preenchimento, as dificuldades e observações das puérperas foram devidamente registradas pela pesquisadora, para possíveis reajustes e adequações. Os resultados desta fase foram resumidos e analisados para elaboração da versão final.

Como contribuição aos futuros estudos de recorte metodológico similar ao nosso, descreveu-se no Quadro 9 o período de execução do processo de adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para o contexto do Brasil.

Quadro 9 - Período de execução do processo de adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para o contexto do Brasil. Fortaleza, Maio, 2014.

Estágio do processo de adaptação transcultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> para o contexto do Brasil	Período de execução
Estágio 1. Tradução inicial	Agosto de 2011
Estágio 2. Síntese das traduções	Setembro de 2011
3. Tradução de volta à língua de origem (<i>back-translation</i>)	Outubro de 2011
4. Revisão por um comitê de juízes	Novembro e dezembro de 2011
5. Pré-teste	Janeiro a março de 2012

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Desta forma, o presente processo de adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* (MAPP-QOL) para o contexto do Brasil completou-se no Estágio V – Pré-teste e elaboração da versão final, que subsidiou a FASE II – verificação das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade).

4.3 Fase II – Verificação das propriedades psicométricas

Para verificação das propriedades psicométricas, inicialmente se aplicou a versão traduzida e adaptada para o contexto do Brasil da *Maternal Postpartum Quality of Life*

Questionnaire (MAPP-QOL) em uma amostra de mulheres brasileiras. Esta etapa se faz necessária para certificar-se de que o instrumento adaptado possui as mesmas propriedades da escala original. A partir dos índices de qualidade de vida no pós-parto elencados, procedeu-se à verificação da validade e confiabilidade do instrumento.

4.3.1 Validade

Há diversos modos para validar uma ferramenta que vão depender do construto em questão a ser mensurado, bem como do próprio instrumento. Dessa forma, a MAPP-QOL foi submetida à validação de aparência, de construto e discriminante.

A **validação de aparência ou de face** refere-se a forma subjetiva de validar um instrumento/estratégia, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão; entretanto, não deve ser utilizada de forma isolada (WILLIAMSON, 1981). Esta etapa foi cumprida quando da aplicação do pré-teste na população-alvo.

A MAPP-QOL também foi submetida à **validação de construto**, através da análise fatorial; e à **validação discriminante**, pela comparação de grupos contrastados.

A análise fatorial é um método que produz resultados importantes e permite ao pesquisador inferir acerca da qualidade dos itens da escala em questão. Ademais, a análise fatorial demonstra o que o instrumento realmente está medindo, ou seja, os fatores, e qual a relação existente de cada item da escala com os seus respectivos fatores (PASQUALI *et al.*, 2010).

4.3.2 Confiabilidade

Existem várias maneiras de analisar a confiabilidade de uma escala: teste-reteste, formas paralelas e consistência interna.

A precisão teste-reteste versa sobre o cálculo da correlação entre as distribuições de escores obtidos em um mesmo teste, porém em diferentes pontos de tempo. Uma das principais dificuldades que a análise da fidedignidade apresenta por esse teste é exatamente a questão da maturação, ou seja, quando o construto medido pode ou não se modificar ao longo do tempo (FIELD, 2009). Esta medida não foi aplicada devido à limitação de tempo para

finalizar a pesquisa, bem como por julgar que a qualidade de vida da mulher modifica-se com o passar dos dias.

O teste escolhido para analisar a confiabilidade da escala MAPP-QOL foi a mensuração do alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1 e consideram-se como aceitáveis valores maior do que 0,7 – além de ser a medida mais comum quando se trata de confiabilidade (FIELD, 2009).

4.4 Local

O estágio 5 (Pré-teste) da fase I e a fase II da pesquisa foram realizados em uma maternidade-escola da rede pública da cidade de Fortaleza (Ceará). Esta instituição se classifica como terciária e é considerada referência estadual no atendimento materno-infantil, uma vez que oferece à população o serviço de banco de leite; consultas ambulatoriais de pré-natal, infertilidade, ginecologia, puerpério e puericultura; atendimento de emergência em obstetrícia e ginecologia; acompanhamento clínico (internação) e cirúrgico, além da realização de exames diagnósticos e terapêuticos.

Dentre as unidades que compõem este complexo hospitalar, situa-se o Ambulatório de Aleitamento Materno, unidade em que foi realizado o estudo. Trata-se de um serviço que recebe os recém-nascidos entre oito e dez dias de vida para realização da primeira consulta de puericultura e educação em saúde acerca da importância do aleitamento materno. Como a maioria destas crianças comparece acompanhada da mãe, este local foi considerado propício para a captação das pacientes com perfil para compor a amostra do estudo, ou seja, mulheres entre o sétimo e o décimo dia de puerpério.

Os atendimentos são realizados por uma médica pediatra, de segunda a sexta-feira, no período da manhã e da tarde, com média diária de dez atendimentos. O mesmo estabelecimento dispõe de uma sala próxima, que foi utilizada para abordagem das pacientes após o exame e a consequente aplicação do instrumento de mensuração de qualidade de vida.

É válido ressaltar que tal instituição abriga atividades de estágio e pesquisa de diversos estudantes e profissionais da saúde, tanto no nível de graduação, como especialização, mestrado e doutorado, constituindo-se em um centro de formação acadêmica e divulgação científica.

4.5 População e amostra

A amostra do estágio 1 (Tradução inicial) ao estágio 5 (Pré-teste) do processo de adaptação transcultural da MAPP-QOL foi formada por tradutores bilíngues; profissionais da área da saúde com conhecimento no idioma original (inglês); profissional da área de letras; especialistas no assunto, conforme critérios pré-determinados; e estrato populacional da população-alvo, itens descritos a seguir (Quadro 10).

A amostra da fase II foi constituída pelas puérperas que compareceram à primeira consulta do seu recém-nascido no Ambulatório de Aleitamento Materno durante o período de abril a julho de 2012. Como demonstrativo, o número de atendimentos no ano de 2011 foi de 4.356 recém-nascidos, os quais estavam, em sua maioria, acompanhados da mãe.

No que diz respeito ao tamanho da amostra, Pasquali (2010) refere que este número poderia ser de 100 pacientes por cada fator medido (neste caso, apenas um fator foi medido – qualidade de vida) ou 10 sujeitos para cada item do instrumento. Já Sapnas (2004), Kass e Tinley (1979) argumentam que amostras menores, de 5 a 10 indivíduos por item, também têm sido aceitas, com resultados relevantes.

Considerando que a escala em questão (MAPP-QOL) possui 39 itens (contabilizando-se os subitens) e adotando os critérios acima descritos, considera-se aceitável um quantitativo mínimo de 195 mulheres, ou seja: 39 itens multiplicado por 5. No entanto, estabeleceu-se uma amostragem consecutiva e não probabilística, com aplicação do instrumento em um quantitativo de 210 puérperas.

Quadro 10 - Descrição da amostra da Fase I (estágios de 1 a 5 do processo de Adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*) e da Fase II (Verificação das propriedades psicométricas). Fortaleza, Maio, 2014.

FASE I: Processo de adaptação transcultural da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i>	Amostra
Estágio 1. Tradução inicial	Dois tradutores que possuíam o idioma alvo (português do Brasil) como língua materna e fluência no idioma original da escala (inglês). O responsável por T1 não era profissional da área da saúde e o responsável por T2 era um profissional da área da saúde.
Estágio 2. Síntese das traduções	Própria pesquisadora sintetizou os resultados das duas traduções elaborando o instrumento T12.
Estágio 3. Tradução de volta à língua de origem (<i>back-translation</i>)	Dois tradutores nativos do idioma original (inglês), com fluência no idioma alvo (português do Brasil). Não eram da área da saúde e não foram informados dos objetivos da <i>back-translation</i> .
Estágio 4. Revisão por um comitê de Juízes	06 Juízes do assunto com proficiência em Inglês 01 professor de letras (português) com proficiência em Inglês
Estágio 5. Pré-teste	40 mulheres que atenderam aos critérios de elegibilidade e exclusão do estudo
FASE II: Verificação das propriedades psicométricas	Amostra
Aplicação da <i>Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire</i> no Brasil	210 mulheres brasileiras que atenderam aos critérios de elegibilidade e exclusão do estudo

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

4.6 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada depois de concluída todas as etapas do protocolo de Beaton *et al.* (2007), definida a versão em Português do Brasil da MAPP-QOL, obtenção da aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo C e D) e da diretoria da instituição que sediou o estudo (Anexo G).

A aplicação de uma escala está sujeita a alguns problemas, dentre os quais Polit, Beck e Hungler (2011) consideram os mais comuns aqueles referentes à parcialidade do conjunto de respostas, que podem ser divididos em três tipos, a saber: parcialidade pelo desejo de aceitação social; parcialidade extrema do conjunto de respostas; e parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas.

A parcialidade pelo desejo de aceitação social ocorre quando o indivíduo tende a mascarar suas atitudes ou características concedendo respostas que sejam consistentes com a visão social vigente (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

A parcialidade extrema do conjunto de respostas é a tendência de expressar atitudes ou sentimentos com respostas extremas (ex: concordo totalmente) levando a distorções (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

E, por fim, a parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas é a concordância com os itens da escala independentemente de seu conteúdo, caracterizado por pessoas que tendem a responder “sim”. A tendência de responder “não”, ou seja, de discordar com as assertivas independentemente do seu conteúdo é menos comum (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Desta forma, procurou-se minimizar os erros da pesquisa, ao promover um ambiente amigável e descontraído durante a aplicação da escala, reforçando que não existia uma resposta correta, deixando a mulher livre para responder conforme a proximidade com sua realidade, além de garantir a confidencialidade das respostas e o anonimato das participantes.

As mulheres que participaram da validação clínica (verificação das propriedades psicométricas) foram abordadas após o exame do recém-nascido, em uma sala reservada. Os critérios de elegibilidade foram: idade ≥ 18 anos, entre 7 e 10 dias pós-parto, ausência de complicações obstétricas ou neonatais relacionadas ao nascimento atual, ou qualquer restrição física ou mental que as impedissem de compreender os instrumentos de coleta utilizados no estudo. O critério de exclusão foi: puérperas de gestações múltiplas. Todos os pacientes elegíveis foram contactados pela pesquisadora e convidados a participar mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E).

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista. Além da MAPP-QOL, foi aplicado um formulário com informações sociodemográficas e obstétricas das participantes (Apêndice F). Esse formulário foi previamente aplicado, juntamente com o pré-teste da escala, em um quantitativo de 40 mulheres, a fim de se identificar e operacionalizar as retificações necessárias.

4.7 Organização dos dados e análise

Cada versão da escala obtida nos estágios 1, 2 e 3 do processo de adaptação transcultural da MAPP-QOL para o contexto do Brasil, bem como a versão final do instrumento, foi apresentada em quadros e analisada de forma descritiva.

Os registros do estágio de avaliação do Comitê de Juízes foram congregados e analisados, resultando numa versão final por consenso quanto à equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual. Para efetivar a análise desses critérios, construiu-se uma planilha no programa *Microsoft Office Excel 2013* com a lista de especialistas e suas respectivas pontuações para cada item. Em seguida, calculou-se a média aritmética de concordância quanto à tradução de cada item: Σ dos escores de concordância de cada item/quantidade de juízes.

Adotou-se como critério de permanência de um item o que recomenda Pasquali (2010): índice de concordância mínima de 80% entre os juízes. Em contrapartida, as traduções dos itens que não alcançaram esse percentual, ou não se ajustaram às sugestões dos juízes, foram revistas e reescritas.

Para as outras etapas de validação clínica da escala, optou-se pela análise fatorial e comparação de grupos contrastados; para a medida da confiabilidade, utilizou-se a mensuração da consistência interna (alfa de Cronbach).

A análise dos dados maternos e índices de qualidade de vida foi realizada utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0 (IBM Inc., Armonk, NY, 2012). Uma análise preliminar dos dados iniciou-se com o exame de estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência) e dos *outliers* (valores discrepantes) para limpar o conjunto de dados. Os valores em falta, o que constituiu menos de 10% dos dados, foram substituídos pelas médias dos valores assumidos pela respectiva variável. Alguns autores têm sugerido que a substituição dos valores ausentes (*missing-value*) pela média funciona razoavelmente bem quando menos de 30% dos valores dos itens totais estão faltando (POLIT, 2010).

O t-teste, o teste ANOVA de um fator (*one-way*), o teste Qui-quadrado e a razão de verossimilhança foram utilizados para subsidiar a análise bivariada, que objetivou verificar

a associação entre as variáveis independentes (características sociodemográficas e obstétricas maternas) e a variável dependente (qualidade de vida durante o período de pós-parto, ou seja, a pontuação da MAPP-QOL). Essas associações foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de p foi $\leq 0,05$ (POLIT, 2010). A análise de regressão múltipla (modelo *stepwise*) foi utilizada para determinar quais das variáveis analisadas puderam ser consideradas preditores para a qualidade de vida no pós-parto.

4.8 Considerações éticas

Em cumprimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, o projeto de pesquisa foi inicialmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação, tendo sido aprovado mediante os pareceres nº 086/11 e nº 534/2011 (BRASIL, 2012). Buscou-se ainda deferimento da diretoria da Instituição que sediou o estudo, por meio do Termo de Consentimento da Instituição (Apêndice G), bem como de cada participante do estudo, segundo assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para se definir os direitos e deveres do pesquisador e dos sujeitos participantes de um estudo, a Resolução nº 466/12 e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos levam em consideração os aspectos de autonomia, não maleficência, benefício e justiça, os quais foram respeitados (UNESCO, 2005; BRASIL, 2012).

Dessa forma, a partir do primeiro contato com os sujeitos do estudo, foi feito o convite para participação na pesquisa e esclarecido que eles tinham o direito de participar livremente do estudo e abandoná-lo caso desejassem (autonomia).

Durante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisadora se colocou à disposição para responder aos eventuais questionamentos dos sujeitos pesquisados e garantiu o anonimato das informações concedidas a partir da codificação das identidades de cada participante (não maleficência).

Com base nos objetivos desta investigação, reconhece-se que os sujeitos investigados podem não ser beneficiados diretamente com o estudo pleiteado. Contudo, foi esclarecido que a participação destes era importante para a validação do instrumento proposto, o que beneficiará futuras puérperas e ajudará na construção de conhecimentos científicos relevantes à promoção da saúde materna (beneficência).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o sujeito do estudo), nas quais constaram as assinaturas da pesquisadora e da participante do estudo, servindo de documento base para questionamentos relativos aos aspectos legais (Justiça).

5 RESULTADOS

O primeiro resultado apresentado será a adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para o contexto do Brasil. Em seguida, será apresentada a caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra pesquisada. Por último, serão descritos os resultados da verificação das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala, os índices de QV e os preditores de QV identificados entre as puérperas brasileiras.

5.1 Adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para o contexto do Brasil

5.1.1 Estágio 1 - Tradução inicial

No quadro 11, descrevem-se os construtos desta primeira etapa, que partiu da versão original da escala (em inglês) e contemplou a elaboração de duas versões traduzidas para o idioma português do Brasil (T1 e T2).

Quadro 11 - Descrição do Estágio 1 – Tradução inicial (T1 e T2). Fortaleza, Agosto, 2011.

Versão original (em Inglês)	Versão traduzida T1	Versão traduzida T2
MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE –Versão brasileira 1	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE – Versão brasileira 2
<i>Part I. For each of the following, please choose the answer that best describes <u>how satisfied</u> you are with that area of life is to you. Please mark your answer by circling the number. There is no right or wrong answer.</i>	Parte I. Para cada opção seguinte, favor escolher a resposta que melhor descreve seu <u>nível de satisfação</u> em cada situação. Por favor, marque sua resposta circulando um número. Não há resposta certa ou errada.	Parte I. Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o seu <u>grau de satisfação</u> em relação aos diferentes aspectos da sua vida. Em seguida, marque sua Resposta circulando o número correspondente. Lembre-se que não há resposta certa ou errada.
1 = Very dissatisfied 2 = Moderately dissatisfied 3 = Slightly dissatisfied 4 = Slightly satisfied 5 = Moderately satisfied 6 = Very satisfied	1= Muito insatisfeita 2= Moderadamente insatisfeita 3= Pouco insatisfeita 4= Pouco satisfeita 5= Moderadamente satisfeita 6= Muito satisfeita	1 = Muito insatisfeita 2 = Moderadamente insatisfeita 3 = Um pouco insatisfeita 4 = Um pouco satisfeita 5= Moderadamente satisfeita 6 = Muito satisfeita
How satisfied are you with:	Qual o seu grau de satisfação com:	Qual o seu nível de satisfação em relação a:

Versão original (em Inglês)	Versão traduzida T1	Versão traduzida T2
1. Your health?	1. Sua saúde?	1. Sua saúde?
2. The amount of pain that you have?	2. A quantidade de dor que você sente?	2. Quantidade de dor que você sente?
3. Amount of energy for everyday activities?	3. Quantidade de energia para suas atividades diárias?	3. Quantidade de energia para as atividades cotidianas?
4. Amount of control you have over your life?	4. Quantidade de controle que você tem sobre sua vida?	4. Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?
5. Your ability to take care of yourself without help?	5. Sua capacidade/habilidade para se cuidar sem ajuda?	5. Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros?
6. Your physical appearance?	6. Sua aparência física?	6. Sua aparência física?
7. Your breasts?	7. Seus seios?	7. Seus seios?
8. Your surgical incision or episiotomy?	8. Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?	8. Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?
9. Your sex life?	9. Sua vida sexual?	9. Sua vida sexual?
10. Your peace of mind?	10. Sua tranquilidade?	10. Sua paz de espírito?
11. Your happiness in general?	11. Sua felicidade em geral?	11. Sua felicidade em geral?
12. Your life in general?	12. Sua vida em geral?	12. Sua vida em geral?
13. The amount of worries in your life?	13. A quantidade de preocupações em sua vida?	13. A quantidade de preocupações na sua vida?
14. The emotional support you get from: a.) Your husband/partner? b.) Your extended family? c.) Your friends or other people?	14. Em quem você encontra apoio emocional: a.) Seu marido/companheiro? b.) Sua família? c.) Seus amigos ou outras pessoas?	14. O apoio emocional que você recebe: a.) Do seu marido/ companheiro? b.) Da sua família no sentido amplo? c.) Dos seus amigos ou outras pessoas?
15. Your relationship with your husband/partner?	15. Seu relacionamento com marido/companheiro?	15. Seu relacionamento com seu marido / companheiro?
16. Your ability to meet family responsibilities?	16. Sua capacidade/habilidade em cumprir/lidar com as responsabilidades familiares?	16. Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?
17. Your baby's health?	17. Saúde do seu bebê?	17. A saúde do seu bebê?
18. The assistance with baby care and other children?	18. A Assistência/ajuda em cuidar do bebê e outras crianças?	18. A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?
19. Time for children?	19. Tempo para as crianças?	19. Tempo para as crianças?
20. Time for maintaining the household?	20. Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	20. Tempo para cuidar da casa?

Versão original (em Inglês)	Versão traduzida T1	Versão traduzida T2
21. Time for friends/relatives?	21. Tempo para os amigos/parentes?	21. Tempo para os amigos/familiares?
22. Time for husband/partner?	22. Tempo para o marido/companheiro	22. Tempo para o marido/companheiro?
23. Time for yourself?	23. Tempo para você?	23. Tempo para si própria?
24. Your ability to feed your new baby?	24. Sua habilidade em alimentar seu novo bebê?	24. Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?
25. Your husband/partner's health?	25. A saúde do seu marido/companheiro?	25. A saúde do seu marido/companheiro?
26. Your day to day life's routine?	26. A rotina do seu dia-a-dia?	26. Sua rotina do dia a dia e de vida?
27. Your home/apartment/place where you live?	27. Sua casa/apartamento/lugar onde mora/vive?	27. Sua casa/apartamento/lugar onde você vive?
28. Your neighborhood?	28. Sua vizinhança?	28. Seu bairro?
29. Your financial independence?	29. Sua independência financeira?	29. Sua independência financeira?
30. Your ability to meet financial obligations?	30. Sua habilidade/capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	30. Sua capacidade de cumprir obrigações financeiras?
31. Your access to medical care?	31. Seu acesso a serviços de saúde?	31. Seu acesso aos cuidados médicos?
32. Your access to transportation?	32. Seu acesso a transporte?	32. Seu acesso ao transporte?
33. Your living conditions in the home? a.) Your materialistic possessions b.) Your economic or financial capacity c.) Your overall environment/surrounding (no yelling, fights, squabbles)	33. As condições de vida na sua casa? a.) Seus bens materiais b.) Sua capacidade econômica ou financeira c.) O ambiente que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/intrigas)	33. Suas condições de vida em casa? a.) Seus bens materiais b.) A sua capacidade econômica ou financeira c.) Seu ambiente geral/circundante (Sem gritaria, brigas, disputas)
34. Employment/work? a.) Your husband's employment b.) Our own employment	34. Emprego/ trabalho? a.) O emprego/trabalho do seu marido b.) Seu emprego/trabalho	34. Trabalho/Ocupação? a.) O emprego de seu marido b.) O seu próprio emprego

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Se for levado em consideração que semântica (do grego *σημαντικός*, *sēmantiká*, plural neutro de *sēmantikós*, derivado de *sema*, sinal) é o estudo do significado, que ela incide

sobre a relação entre significantes – tais como palavras, frases, sinais e símbolos – e que estes representam a sua denotação (PIRES DE OLIVEIRA; BASSO, 2007), percebe-se que, de uma forma geral, as traduções T1 e T2 são semanticamente semelhantes, apresentando pequenas diferenças gráficas nos termos escritos adotados por cada tradutora, como o observado na parte I (orientações para o preenchimento da escala); no significado dos valores 3 e 4 da escala de Likert; na expressão “How satisfied are you with”; e nos itens 3, 5, 10, 14, 18, 21, 23, 26, 28, 31, 33 e 34.

Ou seja, das 37 assertivas que compunham a escala (sendo 34 itens, uma instrução, um grupo de opções de resposta e uma pergunta introdutória), houve diferentes intertraduções em 12 (32,4%) e concordância em 25 (67,6%). Este fato tornou mais fácil a construção requerida para a etapa seguinte: Síntese das traduções. Note-se ainda que o título da escala se manteve original, em respeito aos direitos autorais do material.

5.1.2 Estágio 2 - Síntese das traduções

Nesta fase foram sintetizados os resultados das duas traduções (T1 e T2), o que resultou na elaboração do instrumento síntese (T12) (Quadro 12). Foi tomado como base o instrumento original e levada em consideração a cultura local.

Quadro 12 - Descrição do Estágio 2 – Síntese das traduções (T12). Fortaleza, Setembro, 2011.

Versão traduzida T1	Versão traduzida T2	Síntese das traduções (T12)
MATERNAL POSTPARTUM QUALITY- OF-LIFE Versão brasileira 1	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE Versão brasileira 2	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE Versão brasileira 12
Parte I. Para cada opção seguinte, favor escolher a resposta que melhor descreve seu <u>nível de</u> <u>satisfação</u> em cada situação. Por favor, marque sua resposta circulando um número. Não há resposta certa ou errada.	Parte I. Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o seu <u>grau de satisfação</u> em relação aos diferentes aspectos da sua vida. Em seguida, marque sua resposta circulando o número correspondente. Lembre-se que não há resposta certa ou errada.	Parte I. Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o seu <u>grau de satisfação</u> em relação aos diferentes aspectos da sua vida. Por favor, marque sua resposta circulando o número correspondente. Lembre-se que não há resposta certa ou errada.
1= Muito insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 3= Pouco insatisfeita 4= Pouco satisfeita 5=Moderadamente satisfeita 6= Muito satisfeita	1 = Muito insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 3 = Um pouco insatisfeita 4 = Um pouco satisfeita 5=Moderadamente satisfeita 6 = Muito satisfeita	1 = Muito insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 3 = Um pouco insatisfeita 4 = Um pouco satisfeita 5=Moderadamente satisfeita 6 = Muito satisfeita
Qual o seu grau de satisfação com:	Qual o seu nível de satisfação em relação a:	Qual o seu grau de satisfação em relação a:
1.Sua saúde?	1.Sua saúde?	1.Sua saúde?
2.A quantidade de dor que você sente?	2.Quantidade de dor que você sente?	2.A quantidade de dor que você sente?
3.Quantidade de energia para suas atividades diárias?	3.Quantidade de energia para as atividades cotidianas?	3.Quantidade de energia para suas atividades diárias?
4.Quantidade de controle que você tem sobre sua vida?	4.Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?	4.Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?
5.Sua capacidade/habilidade para se cuidar sem ajuda?	5.Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros?	5.Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros?
6.Sua aparência física?	6.Sua aparência física?	6.Sua aparência física?
7.Seus seios?	7.Seus seios?	7.Seus seios?
8.Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?	8.Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?	8.Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?
9.Sua vida sexual?	9.Sua vida sexual?	9.Sua vida sexual?
10.Sua tranquilidade?	10.Sua paz de espírito?	10.Sua paz de espírito?
11.Sua felicidade em geral?	11.Sua felicidade em geral?	11.Sua felicidade em geral?
12.Sua vida em geral?	12.Sua vida em geral?	12.Sua vida em geral?
13.A quantidade de preocupações em sua vida?	13.A quantidade de preocupações na sua vida?	13.A quantidade de preocupações na sua vida?

Versão traduzida T1	Versão traduzida T2	Síntese das traduções (T12)
14.Em quem você encontra apoio emocional: a.) Seu marido/companheiro? b.) Sua família? c.) Seus amigos ou outras pessoas?	14.O apoio emocional que você recebe: a.) Do seu marido/ companheiro? b.) Da sua família no sentido amplo? c.)Dos seus amigos ou outras pessoas?	14.O apoio emocional que você recebe: a.) Do seu marido/ companheiro? b.) Da sua família? c.) Dos seus amigos ou outras pessoas?
15.Seu relacionamento com marido/companheiro?	15.Seu relacionamento com seu marido/companheiro?	15.Seu relacionamento com seu marido/companheiro?
16.Sua capacidade/habilidade em cumprir/lidar com as responsabilidades familiares?	16.Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?	16.Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?
17.Saúde do seu bebê?	17.A saúde do seu bebê?	17.A saúde do seu bebê?
18.A assistência/ajuda em cuidar do bebê e outras crianças?	18.A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?	18.A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?
19.Tempo para as crianças?	19.Tempo para as crianças?	19.Tempo para as crianças?
20.Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	20.Tempo para cuidar da casa?	20.Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?
21.Tempo para os amigos/parentes?	21.Tempo para os amigos/familiares?	21.Tempo para os amigos/familiares?
22.Tempo para o marido/companheiro?	22.Tempo para o marido/companheiro?	22.Tempo para o marido/companheiro?
23.Tempo para você?	23.Tempo para si própria?	23.Tempo para você?
24.Sua habilidade em alimentar seu novo bebê?	24.Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?	24.Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?
25.A saúde do seu marido/companheiro?	25.A saúde do seu marido/companheiro?	25.A saúde do seu marido/companheiro?
26.A rotina do seu dia a dia?	26.Sua rotina do dia a dia e de vida?	26.A rotina do seu dia a dia?
27.Sua casa/apartamento/lugar onde mora/vive?	27.Sua casa/apartamento/lugar onde você vive?	27.Sua casa/apartamento/lugar onde você vive?
28.Sua vizinhança?	28.Seu bairro?	28.Sua vizinhança?
29.Sua independência financeira?	29.Sua independência financeira?	29.Sua independência financeira?
30.Sua habilidade/capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	30.Sua capacidade de cumprir obrigações financeiras?	30.Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?
31.Seu acesso a serviços de saúde?	31.Seu acesso aos cuidados médicos?	31.Seu acesso a serviços de saúde?
32.Seu acesso a transporte?	32.Seu acesso aos meios de transporte?	32.Seu acesso aos meios de transporte?

Versão traduzida T1	Versão traduzida T2	Síntese das traduções (T12)
33.As condições de vida na sua casa? a.) Seus bens materiais b.) Sua capacidade econômica ou financeira c.) O ambiente que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)	33.Suas condições de vida em casa? a.) Seus bens materiais b.)A sua capacidade econômica ou financeira c.)Seu ambiente geral/ circundante (Sem gritaria, brigas, disputas)	33.Suas condições de vida em casa? a.) Seus bens materiais b.)A sua capacidade econômica ou financeira c.)O ambiente que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)
34.Emprego/ trabalho? a.) O emprego/trabalho do seu marido b.) Seu emprego/trabalho	34.Trabalho/Ocupação? a.) O emprego de seu marido b.) O seu próprio emprego	34.Trabalho/Ocupação? a.) O emprego de seu marido b.) O seu próprio emprego

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

5.1.3 Estágio 3 - Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*)

Neste estágio, à partir da versão T12, foram produzidas duas *back-translations* (BT1 e BT2), e destas, elaborou-se uma síntese (BT12), que foi utilizada para comparação com a versão original, conforme descrito no quadro 13.

Quadro 13 - Descrição do Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*). Fortaleza, Outubro, 2011.

Versão T12 (em português)	Síntese das <i>Back-translations</i> BT1+BT2 (de volta para o Inglês)	Versão original (em Inglês)
MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE – Versão brasileira T12	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE
<p>Parte I.</p> <p>Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o seu grau de satisfação em relação aos diferentes aspectos da sua vida. Por favor, marque sua resposta circulando o número correspondente. Lembre-se que não há resposta certa ou errada.</p>	<p>Part I.</p> <p><i>For each item below, choose the answer that best describes your level of satisfaction with these aspects of your life. Then check your answer by circling the corresponding number. Remember that there is no right or wrong answer.</i></p>	<p>Part I.</p> <p><i>For each of the following, please choose the answer that best describes how satisfied you are with that area of life is to you. Please mark your answer by circling the number. There is no right or wrong answer.</i></p>

Versão T12 (em português)	Síntese das <i>Back-translations</i> BT1+BT2 (de volta para o Inglês)	Versão original (em Inglês)
1 = Muito insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 3 = Um pouco insatisfeita 4 = Um pouco satisfeita 5=Moderadamente satisfeita 6 = Muito satisfeita	1= Very dissatisfied 2= Moderately dissatisfied 3= Slightly dissatisfied 4= Slightly satisfied 5= Moderately satisfied 6= Very satisfied	1 = Very dissatisfied 2 = Moderately dissatisfie 3 = Slightly dissatisfied 4 = Slightly satisfied 5 = Moderately satisfied 6 = Very satisfied
Qual o seu grau de satisfação em relação a:	What is your level of satisfaction in relation to:	How satisfied are you with:
1.Sua saúde?	1.Your health?	1.Your health?
2.A quantidade de dor que você sente?	2.Amount of pain you feel?	2.The amount of pain that you have?
3.Quantidade de energia para suas atividades diárias?	3.Amount of energy for everyday activities?	3.Amount of energy for everyday activities?
4.Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?	4.Amount of control you have over your life?	4.Amount of control you have over your life?
5.Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros?	5.Your ability to take care of himself without the help of others?	5.Your ability to take care of yourself without help?
6.Sua aparência física?	6.Your physical appearance?	6.Your physical appearance?
7.Seus seios?	7.Your breasts?	7.Your breasts?
8.Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?	8.Your surgical incision or episiotomy?	8.Your surgical incision or episiotomy?
9.Sua vida sexual?	9.Your sex life?	9.Your sex life?
10.Sua paz de espírito?	10.Your peace of mind?	10.Your peace of mind?
11.Sua felicidade em geral?	11.Your happiness in general?	11.Your happiness in general?
12.Sua vida em geral?	12.Your life in general?	12.Your life in general?
13.A quantidade de preocupações na sua vida?	13.The amount of worries in your life?	13.The amount of worries in your life?
14.O apoio emocional que você recebe: a.)Do seu marido/ companheiro? b.)Da sua família? c.)Dos seus amigos ou outras pessoas?	14.The emotional support you get: a.)From your husband / partner? b.)From your family in the broad sense? c.)From your friends or others?	14. The emotional support you get from: a.) your husband/partner? b.) your extended family? c.) your friends or other people?

Versão T12 (em português)	Síntese das <i>Back-translations</i> BT1+BT2 (de volta para o Inglês)	Versão original (em Inglês)
15.Seu relacionamento com seu marido/ companheiro?	15.Your relationship with your husband / partner?	15.Your relationship with your husband/partner?
16.Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?	16.Your ability to fulfill family responsibilities?	16.Your ability to meet family responsibilities?
17.A saúde do seu bebê?	17.The health of your baby?	17.Your baby's health?
18.A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?	18.Assistance with baby care and other children?	18.The assistance with baby care and other children?
19.Tempo para as crianças?	19.Time for the children?	19.Time for children?
20.Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	20.Time to do house work?	20.Time for maintaining the household?
21.Tempo para os amigos / familiares?	21.Time for friends / family?	21.Time for friends/relatives?
22.Tempo para o marido / companheiro?	22.Time for the husband / partner?	22.Time for husband/partner?
23.Tempo para você?	23.Time for yourself?	23.Time for yourself?
24.Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?	24.Their ability to feed your new baby?	24.Your ability to feed your new baby?
25.A saúde do seu marido / companheiro?	25.The health of your husband / partner?	25.Your husband/partner's health?
26.A rotina do seu dia a dia?	26.Your routine of everyday life and living?	26.Your day to day life's routine?
27.Sua casa / apartamento / lugar onde você vive?	27.Your house / apartment / place where you live?	27.Your home/apartment/place where you live?
28.Sua vizinhança?	28.Your neighborhood?	28.Your neighborhood?
29.Sua independência financeira?	29.Your financial independence?	29.Your financial independence?
30.Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	30. Your ability to meet financial obligations?	30.Your ability to meet financial obligations?
31.Seu acesso a serviços de saúde?	31.Your access to medical care?	31.Your access to medical care?
32.Seu acesso aos meios de transporte?	32.Your access to transportation?	32.Your access to transportation?
33.Suas condições de vida em casa? a.) Seus bens materiais b.) A sua capacidade econômica ou financeira c.) O ambiente que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)	33.Your living conditions at home? a)Your possessions b)Your economies or finances c)Your general environment / surroundings? (No yelling, fights, disputes)	33.Your living conditions in the home? a.) Your materialistic possessions b.) Your economic or financial capacity c.) Your overall environment/surrounding (no yelling, fights, squabbles)

Assertiva	J* 1	J 2	J 3	J 4	J 5	J 6	J 7	Média do IC** por Assertiva
15. Seu relacionamento com seu marido/ companheiro?	1	1	1	1	1	1	1	1
16. Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?	1	1	1	1	1	1	1	1
17. A saúde do seu bebê?	1	1	1	1	1	1	1	1
18. A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?	1	0	0	0	1	0	1	0,428571
19. Tempo para as crianças?	1	1	1	1	1	1	1	1
20. Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	1	0	1	1	1	1	1	0,857143
21. Tempo para os amigos / familiares?	1	1	1	1	1	1	1	1
22. Tempo para o marido / companheiro?	1	1	1	1	1	1	1	1
23. Tempo para você?	1	1	1	1	1	1	1	1
24. Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?	0	1	1	0	1	1	1	0,714286
25. A saúde do seu marido / companheiro?	1	1	1	1	1	1	1	1
26. A rotina do seu dia a dia?	1	0	1	1	1	1	1	0,857143
27. Sua casa / apartamento / lugar onde você vive?	1	1	1	1	1	1	1	1
28. Sua vizinhança?	1	1	1	1	1	1	1	1
29. Sua independência financeira?	1	1	1	1	1	1	1	1
30. Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	1	1	1	1	1	1	1	1
31. Seu acesso a serviços de saúde?	1	1	1	1	1	1	1	1
32. Seu acesso aos meios de transporte?	1	1	1	1	1	1	1	1
33. Suas condições de vida em casa? a.) Seus bens materiais b.) Sua capacidade econômica ou financeira c.) O ambiente em que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)	1	1	1	1	1	1	1	1
34. Trabalho/Ocupação? a.) O emprego de seu marido b.) O seu próprio emprego	1	1	1	1	1	1	1	1
Média dos ICs totais								0,906015 (90,6%)

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

*J: Juiz

**IC: Índice de concordância entre os juízes

Segundo o Quadro 14, de um total de 39 assertivas referentes à versão traduzida da MAPP-QOL para o Brasil, seis apresentaram IC < 80% (variando de 0,2857 a 0,7142), as quais foram analisadas e melhoradas com base no consenso de sugestões emitidas pelos juízes. Após as modificações os itens foram reapresentados aos juízes e o IC foi recalculado.

No Quadro 15, estão dispostos os itens com IC < 80%, as modificações sugeridas e o IC por assertiva após implementadas as sugestões dos juízes.

Quadro 15 - Itens com Índices de Concordância < 80%, as modificações sugeridas e o Índice de Concordância após as alterações dos juízes. Fortaleza, Nov/Dez, 2011.

Assertiva	Modificações Sugeridas/Juíz	Índice de Concordância por Assertiva (< 80%)	Índice de Concordância por Assertiva após as alterações dos juízes
2.A quantidade de dor que você sente?	2. Nível de dor que você sente?/J7 2. A dor que você sente?/ J4, J1	0,571429	0,714286
3.Quantidade de energia para suas atividades diárias?	3. Sua disposição para as atividades diárias?/J7, J1, J4, J5 3. Sua disposição para as atividades cotidianas? /J3	0,285714	1
4.Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?	4. Nível de controle que você tem sobre a sua vida? /J7 4. O controle que você tem sobre a sua vida?/ J4, J3, J5	0,285714	1
13.A quantidade de preocupações na sua vida?	13. As preocupações na sua vida? /J7, J3	0,714286	1
18.A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?	18. Cuidados com o bebê e as outras crianças? /J7, J3, J4	0,428571	1
24.Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?	24. Sua capacidade para alimentar seu novo bebê? /J1, J4	0,714286	1

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

O IC total antes das modificações foi de 0,9060 ou 90,6%. Após as modificações sugeridas, obteve-se um IC total de 0.9774 ou 97,7%.

Sendo assim, a partir da análise de cada assertiva do instrumento analisado e dos pareceres emitidos pelos membros do comitê de juízes acerca da tradução da MAPP-QOL, a pesquisadora procedeu à síntese do instrumento pré-final, apto para utilização no pré-teste, que contemplou as seguintes modificações: assertiva 2: apesar de não ter atingido um índice de concordância maior que 80%, foi mantida e apenas modificada, passando de *A quantidade de dor que você sente?*, para *A dor que você sente?*; assertiva 3: mudou de *Quantidade de energia para suas atividades diárias?*, para *Sua disposição para as atividades diárias?*;

assertiva 4: mudou de *Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?*, para *O controle que você tem sobre a sua vida?*; assertiva 13: mudou de *A quantidade de preocupações na sua vida?*, para *As preocupações na sua vida?*; assertiva 18: mudou de *A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?*, para *Cuidados com o bebê e as outras crianças?*; assertiva 24: mudou de *Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?*, para *Sua capacidade para alimentar seu novo bebê?*.

5.1.5 Estágio 5 - Pré-teste

Neste estágio, buscou-se a equivalência das versões original e final, a fim de que fosse verificada sua compreensão pela população-alvo. Foram levadas em consideração as sugestões indicadas para deixar o instrumento o mais compreensível e claro possível, de modo a evitar futuras interpretações equivocadas e aumentar a sua aplicabilidade.

O tempo médio demandado pela população-alvo para responder foi de 10 minutos, sendo a escala administrada pelo pesquisador. Embora o instrumento possa ser autoadministrado, optou-se pela administração guiada pelo pesquisador a pedido das participantes, pois a maioria estava com as mãos ocupadas segurando seus bebês.

Como se tratava de itens curtos, foi observado bom nível de compreensão das assertivas, de forma que somente a minoria requereu modificações, tais como: assertiva 8 (*Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?*): uma parte da amostra do pré-teste (60%) referiu dúvidas quanto ao significado do termo *epsiotomia*, levando à modificação da assertiva 8 para *Sua cirurgia? Ex: os pontos da cirurgia (cesárea) ou o corte perineal (parto vaginal)*. Vale ressaltar, ainda sobre a assertiva 8, que algumas mulheres não apresentaram incisão cirúrgica ou episiotomia, uma vez que foram submetidas a parto vaginal sem episiotomia, deixando a questão em branco; porém, o percentual de não-respostas para este item não prejudicou a análise total da aplicação do instrumento; e assertiva 34 (*Trabalho/ocupação? a) O emprego do seu marido, b) Seu próprio emprego*), na qual foi modificado o termo *emprego* por *ocupação*, pois no Brasil existe um número considerável de pessoas que não possuem emprego formal, e sim ocupações informais, ou seja, referir-se à ocupação apresentou melhor compreensão pela população-alvo.

5.2 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres

A Tabela 1 descreve as distribuições de frequência para as características sociodemográficas e obstétricas da amostra de puérperas investigadas (210 mulheres).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres segundo as variáveis sociodemográficas e obstétricas. Fortaleza, Abr/Jul, 2012 (n = 210).

Variáveis	n (%)	Média (± DP*)	Valor	
			Min	Max
Sociodemográficas				
Idade (anos)				
≤ 20 a	48 (22,9)	26,87	14	45
21-- 30 a	89 (42,4)	(± 7,28)		
31-- 40 a	61 (29,0)			
> 40 a	12 (5,7)			
Estado civil				
Casada/Vive com parceiro	167 (79,5)	-		
Solteira	43 (20,5)	-		
Ocupação				
Desempregada	19 (9,0)	-		
Dona de casa	49 (23,3)	-		
Estudante	10 (4,8)	-		
Emprego formal	66 (31,4)	-		
Emprego informal	66 (31,4)	-		
Nível educacional				
8 anos de estudo ou menos	74 (35,3)	-		
De 9 a 11 anos de estudo	31 (14,8)	-		
Nível médio concluído	90 (42,9)	-		
Graduação incompleta	7 (3,3)	-		
Graduação completa	8 (3,8)	-		
Renda mensal (R\$)				
< 1.500	98 (46,7)	1,181,02	0	3,333
1.500 – 2.300	89 (42,4)	(± 943,33)		
> 2.300	23 (11,0)			
Raça				
Branca	186 (88,6)	-		
Preta	20 (9,5)	-		
Asiática	4 (1,9)	-		
Obstétricas				
Paridade				
Primípara	90 (42,8)	1,97	1	11
Secundípara e múltipara	120 (57,2)	(± 1,46)		
Número de crianças				
1	93 (44,3)	1,99	1	11
2-3	96 (45,7)	(± 1,30)		
≥ 4	21 (10,0)			
Tipo de parto (último)				
Abdominal	110 (52,4)	-		
Vaginal	100 (47,6)	-		
Queixas físicas				
Não	152 (72,4)	-		
Sim	58 (27,6)	-		
Número de consultas pré-natais				
Nenhuma	3 (1,4)	2,85	1	14
< 6	54 (25,7)	(± 0,65)		

6-8	124 (59,0)	
> 8	29 (13,8)	
Profissional que realizou pré-natal		
Enfermeiro	30 (14,3)	-
Médico	114 (54,3)	-
Enfermeiro + médico	63 (30,0)	-
Nenhum	3 (1,4)	
Educação em saúde acerca de QV durante o pré-natal		
Não	142 (67,6)	-
Sim	68 (32,4)	-
Educação em saúde acerca de QV no hospital após o parto		
Sim	142 (67,6)	-
Não	68 (32,4)	-

*DP = Desvio padrão

Nota: a checagem da normalidade dos dados e subsequente utilização da média foram subsidiadas pelo Teste Kolmogorov-Smirnov.

Do total das mães da amostra (n = 210), a maioria era de adultas jovens (137 ou 65,3%), casadas ou vivendo com companheiro (167 ou 79,5%), tinha ocupação formal (com os direitos trabalhistas completos) ou informal (sem direitos trabalhistas) (132 ou 62,8 %), possuía o ensino médio (90 ou 42,9%), recebia renda mensal média de R\$ 1.181,02 e era branca (186 ou 53,8 %).

A distribuição das características obstétricas indica que a maioria das mulheres eram secundíparas ou múltíparas (120 ou 57,1%), com 2 ou 3 crianças vivas (96 ou 45,7%). O tipo de parto teve uma frequência semelhante (110 ou 52,4% - abdominal e 100 ou 47,6% - vaginal). Um total de 152 ou 72,4% das mulheres relatou que não tiveram queixas físicas durante o período pós-parto. Mais da metade das mães (124 ou 59,0%) compareceram entre 6 e 8 consultas pré-natais (média de 3 visitas) e 54% (114) dessas consultas foram realizadas por um médico. Mais da metade das mulheres não receberam educação em saúde sobre a qualidade de vida durante o pré-natal (142 ou 67,6%). No entanto, 67,6% (142) receberam educação em saúde sobre a qualidade de vida no hospital após o parto.

Segundo as mulheres que receberam educação em saúde para elevar a qualidade de vida no pós-parto, os temas abordados durante o pré-natal foram: aleitamento materno (70,7%); cuidados com o recém-nascido (10,3%); alimentação materna (10,3%); anormalidades no puerpério (2,9%); contracepção (2,9%); e importância da consulta materna após o parto (2,9%). Já os temas das orientações em saúde recebidas no hospital, após o parto

foram: aleitamento materno (72,5%); cuidados com o recém-nascido (17,6%); cuidados com a mulher (8,5%); e importância da consulta materna após o parto (1,4%).

5.3 Verificação das propriedades psicométricas da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*

Depois de cumpridas as etapas de tradução, adaptação e validação de face, procedeu-se à validação de construto e mensuração da confiabilidade do instrumento, mediante verificação das propriedades psicométricas.

5.3.1 Validação do construto

5.3.1.1 Análise fatorial

Referente à viabilidade da utilização da análise fatorial, foram necessárias as testagens de alguns pressupostos, como a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett.

A estatística KMO varia entre 0 e 1, em que Kaiser (1974) recomenda como aceitáveis valores maiores do que 0,5 e, como bons valores, acima ou igual a 0,7. O valor encontrado para o KMO na presente pesquisa foi de 0,815 e o teste de esfericidade demonstrou significância estatística ($p = 0,000$). Portanto, tais resultados revelaram que a análise fatorial é apropriada para a análise da MAPP-QOL.

Uma das medidas utilizadas para analisar a covariância entre as variáveis é o Coeficiente de Correlação de Pearson, que neste caso também poderá ser denominado de carga de um fator, o qual possui variação aceitável entre -1 e + 1 (coeficiente de correlação menor do que -1 ou maior do que +1 é um indício de erro) (FIELD, 2009). Além disso, o coeficiente de correlação é considerado uma medida padronizada de tamanho de efeito, e valores de $\pm 0,1$ representam um efeito pequeno; de $\pm 0,3$, um efeito médio; e de $\pm 0,5$, um efeito grande.

Ao analisar a matriz de correlação, ou matriz – R, resultante da análise fatorial, verificou-se que os coeficientes de correlação de Pearson, entre todos os pares de itens,

resultaram valores dentro dos limites aceitáveis, demonstrando que houve consistência na análise fatorial. No entanto, entre algumas variáveis, observou-se um coeficiente $r = 0$, que indica ausência de relacionamento linear entre os fatores, ou seja, se uma variável muda, a outra permanece praticamente igual; e coeficientes $r > 0,5$, indicando que as duas variáveis são correlacionadas, ou seja, enquanto uma variável aumenta ou diminui, a outra aumenta ou diminui proporcionalmente.

Os seguintes pares de variáveis (ou itens) apresentaram grande correlação entre si: Item 22 (Tempo para o marido/companheiro) e Item 14 a) (Apoio emocional que recebe do seu marido/companheiro), $r = 0,525$, $p = 0,000$; Item 29 (Sua independência financeira) e Item 33 b) (Sua capacidade econômica ou financeira), $r = 0,614$, $p = 0,000$; Item 30 (Sua capacidade em cumprir as obrigações financeiras) e Item 33 b) (Sua capacidade econômica ou financeira), $r = 0,69$; $p = 0,000$; Item 33 a) (Seus bens materiais) e Item 33 b) (Sua capacidade econômica ou financeira), $r = 0,055$; $p = 0,000$; Item 33 b) (Sua capacidade econômica ou financeira) e Item 29 (Sua independência financeira), $r = 0,61$; $p = 0,000$; Item 33 b) (Sua capacidade econômica ou financeira) e Item 30 (Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras), $r = 0,69$; $p = 0,000$; Item 33 a) (Seus bens materiais) e Item 33 c) (O ambiente em que você vive), $r = 0,51$; $p = 0,007$.

Ao verificar o determinante da matriz de correlação ($D = 0,0001918$), que assumiu valor maior que $0,00001$, constatou-se que a multicolinearidade não retratou um problema nesses dados, corroborando a não exclusão de nenhum item da escala até o momento.

O Quadro 16 mostra a parte inicial do processo de extração de fatores que é determinada pelos componentes lineares dentro de um conjunto de dados. Existem vários critérios que podem ser adotados para determinar quais fatores devem ser mantidos ou não na análise dos dados.

Kaiser (1974) afirma que os fatores devem ser retidos com autovalores maiores do que 1. Assim, nos resultados encontrados, seguindo os pressupostos de Kaiser (1974), 12 fatores deveriam ser mantidos para seguir com a análise fatorial. Tais componentes são responsáveis por 64,81% da variância total dos dados.

Quadro 16 – Variância explicada (autovalores) e os percentuais de variação de cada item da MAPP-QOL. Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

Itens	Autovalor inicial			Soma da extração das cargas fatoriais		
	Total	% de Variância	% Cumulativa	Total	% de Variância	% Cumulativa
1	8,452	21,672	21,672	8,452	21,672	21,672
2	2,764	7,088	28,760	2,764	7,088	28,760
3	2,048	5,252	34,012	2,048	5,252	34,012
4	1,904	4,881	38,893	1,904	4,881	38,893
5	1,712	4,389	43,282	1,712	4,389	43,282
6	1,500	3,846	47,128	1,500	3,846	47,128
7	1,283	3,290	50,418	1,283	3,290	50,418
8	1,249	3,202	53,620	1,249	3,202	53,620
9	1,197	3,069	56,689	1,197	3,069	56,689
10	1,076	2,760	59,449	1,076	2,760	59,449
11	1,065	2,731	62,180	1,065	2,731	62,180
12	1,027	2,632	64,813	1,027	2,632	64,813
13	,949	2,432	67,245			
14a)	,900	2,308	69,553			
14b)	,893	2,290	71,843			
14c)	,855	2,192	74,034			
15	,808	2,071	76,106			
16	,735	1,886	77,991			
17	,682	1,748	79,740			
18	,650	1,667	81,407			
19	,639	1,637	83,044			
20	,619	1,587	84,632			
21	,590	1,514	86,145			
22	,549	1,408	87,554			
23	,500	1,283	88,837			
24	,474	1,215	90,052			
25	,464	1,190	91,242			
26	,459	1,177	92,419			
27	,396	1,014	93,433			
28	,366	,938	94,371			
29	,312	,800	95,171			
30	,309	,792	95,963			
31	,290	,744	96,707			
32	,276	,707	97,414			
33a)	,271	,694	98,108			
33b)	,225	,576	98,684			
33c)	,196	,502	99,186			
34a)	,183	,469	99,655			
34b)	,135	,345	100,000			
TOTAL: 39 itens						

Fonte: Adaptado do SPSS, versão 21.0.

Ainda seguindo as recomendações de Kaiser (1974), observa-se que, no Quadro 17, as variáveis estão distribuídas entre os doze (12) componentes de acordo com a variância correspondente.

Quadro 17 – Matriz de componentes com os itens distribuídos nos 12 componentes encontrados. Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

Itens	Componentes ^a											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
33b)	,670											
30	,668			-,413								
26	,644											
16	,625											
29	,616											
5	,608											
33a)	,561											
3	,552											
6	,547											
20	,522											
4	,520											
12	,514											
13	,500										0,480	
22	,484	,441			,438							
10	,455											
9	,448											
1	,446											
8	,433											
18	,431											
32	,423											
34b)	,423											
2	,405											
25		,551										
15		,788										
14a)		,784										
11		,411										
34a)		,649										
33c)	,463		,531									
27	,444			,446								
23	,431			,433	414							
28				,403								
21	,436				541							
31	,418					,457						
14c)						-,405						
19							,462					
24								,600				
7								,490				
17									,499			
14b)									,436			

Fonte: Adaptado do SPSS, versão 21.0.

Método de extração: Análise dos componentes principais.

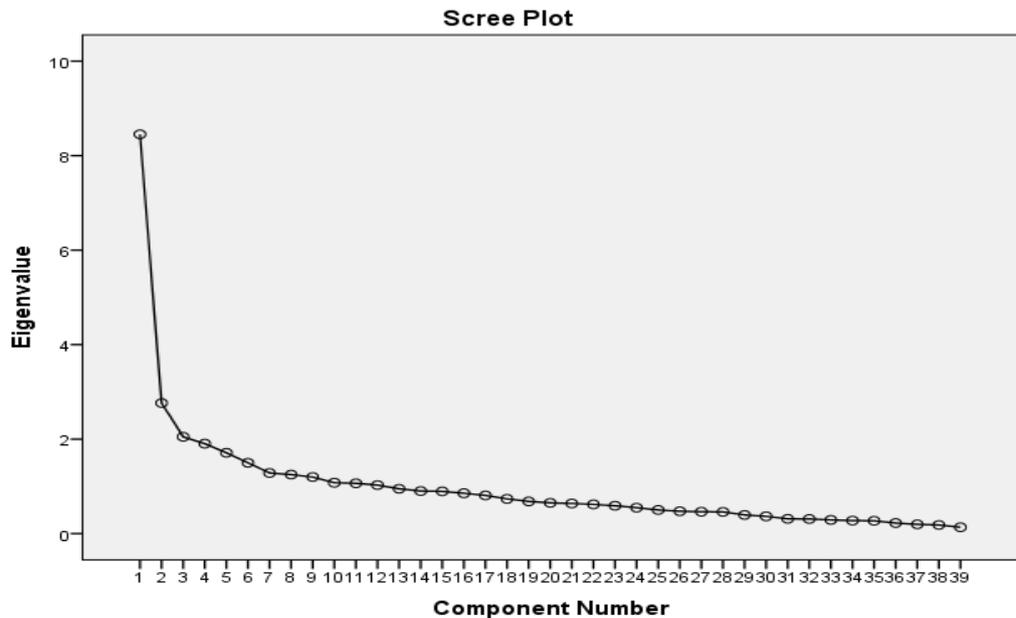
^a 12 componentes extraídos.

A análise de fatores é um dispositivo de exploração e torna-se imprescindível, visto que serve de guia para decidir o número de fatores existentes no instrumento utilizado.

Os critérios de Kaiser são precisos quando existem menos que trinta (30) variáveis e o tamanho da amostra excede 250 participantes, o que não se adequa à pesquisa em questão. Portanto, optou-se por utilizar o diagrama de declividade (Figura 3), que indica quantos

fatores devem ser extraídos a partir do gráfico que sinaliza o número de componentes acima do ponto de inflexão (KAISER, 1974).

Figura 3 – Diagrama de declividade. Fortaleza, 2014.



O gráfico acima revela uma curva em que o número de componentes com autovalores (*eigenvalue*) de 2 é apenas de três domínios, abaixo do que foi proposto na escala original (cinco domínios). No entanto, um número três de componentes, ou domínios, fica muito próximo deste parâmetro (cinco). Sendo assim, após avaliação crítica e comparação inicial com a escala original composta por cinco domínios, foi definida a extração de cinco fatores, ou domínios.

A interpretação dos fatores pode ainda ser compreendida por meio da rotação. A rotação indica quais variáveis se relacionam mais fortemente com cada fator, por meio da carga fatorial (FIELD, 2009).

Sendo assim, após a extração dos fatores, foi realizada a rotação dos mesmos. A rotação ortogonal varimax foi selecionada, pois agrega um menor número de variáveis dentro de cada fator, facilitando a interpretação dos dados.

O Quadro 18 revela os itens distribuídos nos cinco fatores. Observa-se que, para a variável que possui carga em mais de um fator, considerou-se o fator cuja carga apresenta maior valor. Ratifica-se ainda que todas as variáveis obtiveram valor maior do que 0,3, não sendo assim necessária a exclusão de nenhum item.

Quadro 18 - Matriz de correlação entre os itens e os domínios da MAPP-QOL, segundo análise fatorial pelos componentes principais e rotação Varimax. Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

Item	Domínios				
	1	2	3	4	5
30	,834				
29	,739				
33b)	,701				
16	,573				
18	,507				
34b)	,472				
3	,472				
8	,453				
2	,476				
12		,629			
10		,613			
4		,589			
11		,570			
26		,556			
1		,477			
19		,472			
5		,467			
13		,500			
17		,462			
14a)			,846		
15			,818		
22			,684		
34a)			,595		
25			,539		
24		,449			
23				,688	
21				,649	
20				,578	
6				,573	
7				,508	
9				,441	
33c)					,700
28					,619
27					,577
14b)					,459
33a)					,437
32					,434
14c)					,427
31	,418				

Fonte: Adaptado do SPSS, versão 21.0.

Método de extração: Análise dos componentes principais.

Método de rotação: Varimax.

Comparando a escala na versão brasileira com a escala na versão americana, a análise fatorial redistribuiu alguns itens dentre os cinco domínios de maneira diferente da

proposta pela autora da escala original. O Quadro 19 mostra um comparativo das duas versões e essa reorganização.

Quadro 19 - Quadro comparativo entre as escalas na versão original e após a análise fatorial. Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

Domínios	ITENS/ VERSÃO ORIGINAL	N	ITENS/ VERSÃO BRASILEIRA APÓS ANÁLISE FATORIAL	N	Quantidade de itens que permaneceram no domínio original
1. Saúde e Funcionamento	1. Sua saúde? 2. A dor que você sente? 3. Sua disposição para as atividades diárias? 5. Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros? 6. Sua aparência física? 7. Seus seios? 8. Sua cirurgia? 9. Sua vida sexual?	8	2. A dor que você sente? 3. Sua disposição para as atividades diárias? 8. Sua cirurgia? 16. Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares? 18. Cuidados com o bebê e as outras crianças? 29. Sua independência financeira? 28. Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras? 31. Seu acesso a serviços de saúde? 33b). Suas condições de vida em casa: b) Sua capacidade econômica ou financeira? 34b). Trabalho/Ocupação: O seu próprio emprego?	10	3
2. Psicológico/ Bebê	4. O controle que você tem sobre a sua vida? 10. Sua paz de espírito? 11. Sua felicidade em geral? 12. Sua vida em geral? 13. As preocupações na sua vida? 17. A saúde do seu bebê? 24. Sua capacidade para alimentar seu novo bebê? 26. A rotina do seu dia a dia?	8	1. Sua saúde? 4. O controle que você tem sobre a sua vida? 5. Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros? 10. Sua paz de espírito? 11. Sua felicidade em geral? 12. Sua vida em geral? 13. As preocupações na sua vida? 17. A saúde do seu bebê? 19. Tempo para as crianças? 24. Sua capacidade para alimentar seu novo bebê? 26. A rotina do seu dia a dia?	11	8

Domínios	ITENS/ VERSÃO ORIGINAL	N	ITENS/ VERSÃO BRASILEIRA APÓS ANÁLISE FATORIAL	N	Quantidade de itens que permaneceram no domínio original
3. Relacionamento/ Esposo-companheiro	14a). O apoio emocional que você recebe: Do seu marido/ companheiro? 15. Seu relacionamento com seu marido/ companheiro? 25. A saúde do seu marido / companheiro? 33c). Suas condições de vida em casa: O ambiente em que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)?	4	14a). O apoio emocional que você recebe: Do seu marido/ companheiro? 15. Seu relacionamento com seu marido/ companheiro? 22. Tempo para o marido / companheiro? 25. A saúde do seu marido / companheiro? 34a). Trabalho/Ocupação: O emprego de seu marido?	5	3
4. Relacionamento/ Família/Amigos	14b). O apoio emocional que você recebe: Da sua família? 14c). O apoio emocional que você recebe: Dos seus amigos ou outras pessoas? 16. Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares? 18. Cuidados com o bebê e as outras crianças? 19. Tempo para as crianças? 20. Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas? 21. Tempo para os amigos / familiares? 22. Tempo para o marido / companheiro? 23. Tempo para você?	9	6. Sua aparência física? 7. Seus seios? 9. Sua vida sexual? 20. Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas? 21. Tempo para os amigos / familiares? 23. Tempo para você?	6	3

Domínios	ITENS/ VERSÃO ORIGINAL	N	ITENS/ VERSÃO BRASILEIRA APÓS ANÁLISE FATORIAL	N	Quantidade de itens que permaneceram no domínio original
5. Socioeconômico	27. Sua casa / apartamento / lugar onde você vive? 28. Sua vizinhança? 29. Sua independência financeira? 30. Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras? 31. Seu acesso a serviços de saúde? 32. Seu acesso aos meios de transporte? 33a). Suas condições de vida em casa: Seus bens materiais? 33b). Suas condições de vida em casa: Sua capacidade econômica ou financeira? 34a). Trabalho/Ocupação: O emprego de seu marido? 34b). Trabalho/Ocupação: O seu próprio emprego?	10	14b). O apoio emocional que você recebe: Da sua família? 14c). O apoio emocional que você recebe: Dos seus amigos ou outras pessoas? 27. Sua casa / apartamento / lugar onde você vive? 28. Sua vizinhança? 32. Seu acesso aos meios de transporte? 33a). Suas condições de vida em casa: Seus bens materiais? 33c). Suas condições de vida em casa: O ambiente em que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)?	7	4

Fonte: Elaborado pela pesquisadora.

Em todos os domínios, observou-se reordenação de itens provenientes da análise fatorial, conforme descrito no quadro acima.

No domínio 1, o quantitativo de itens passou de 8 para 10, permanecendo 3 dos itens originais. No domínio 2, o quantitativo de itens passou de 8 para 11, permanecendo todos os 8 itens originais. Ainda referente ao domínio 2, este foi o que apresentou a menor relocação de itens segundo a análise fatorial. No domínio 3, o quantitativo de itens passou de 4 para 5, permanecendo 3 dos itens originais. No domínio 4, o quantitativo de itens passou de 9 para 6, permanecendo 3 dos itens originais. No domínio 5, o quantitativo de itens passou de 10 para 7, permanecendo 4 dos itens originais. Vale ressaltar que nesses dois últimos domínios observou-se a maior variação de itens, segundo a redistribuição da análise fatorial.

Salienta-se que foi verificada congruência em algumas realocações propostas pela análise fatorial, levando em consideração o significado dos itens para a população-alvo

investigada. Considera-se que o resultado desta análise estatística não minimiza o valor da mensuração da escala, pois apenas relocou os itens.

5.3.2 Análise da confiabilidade

O valor do alfa de Cronbach total da versão brasileira da MAPP-QOL foi de 0,89, indicando que o instrumento revela uma boa consistência interna. O alfa de Cronbach da escala original foi de 0,96.

O Quadro 20 revela os dados da análise da consistência interna. Nele está presente a correlação de cada item com o total da escala, bem como o valor do alfa, caso o item fosse suprimido. Observa-se que o valor de alfa não sofreria grandes mudanças, se algum item fosse retirado da escala.

Quadro 20 – Média, variância, correlação item-total e alfa de Cronbach para a MAPP-QOL. Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

Item	Média da escala se o item for retirado	Variância da escala se o item for retirado	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach se o item for retirado
1	578,5729	12,139	,424	,888
2	578,7337	11,975	,401	,889
3	578,5861	11,961	,458	,888
4	578,5285	12,138	,485	,888
5	578,5570	11,897	,528	,886
6	578,6736	11,900	,466	,887
7	578,5981	12,172	,311	,890
8	578,5915	11,986	,413	,888
9	578,6043	12,063	,362	,889
10	578,4896	12,261	,440	,889
11	578,4737	12,409	,307	,890
12	578,4839	12,259	,484	,888
13	578,6664	11,902	,427	,888
14a)	578,5330	12,293	,265	,891
14b)	578,4796	12,503	,190	,891
14c)	578,5348	12,418	,234	,891
15	578,5439	12,439	,183	,892
16	578,5014	12,032	,566	,887
17	578,4440	12,540	,324	,890
18	578,4536	12,460	,386	,890
19	578,4571	12,409	,359	,890
20	578,6600	12,004	,421	,888
21	578,6831	12,094	,394	,889
22	578,6224	12,043	,415	,888
23	578,6672	12,042	,381	,889
24	578,4704	12,480	,233	,891
25	578,5217	12,234	,368	,889
26	578,5462	11,878	,614	,885
27	578,5642	12,046	,395	,889
28	578,6263	12,220	,260	,891
29	578,6496	11,714	,532	,886
30	578,6049	11,649	,600	,885
31	578,6784	12,029	,351	,890
32	578,6682	11,973	,379	,889
33a)	578,5743	12,064	,465	,888

Item	Média da escala se o item for retirado	Variância da escala se o item for retirado	Correlação Item-total	Alfa de Cronbach se o item for retirado
33b)	578,6144	11,795	,611	,885
33c)	578,5933	12,018	,421	,888
34a)	578,5719	12,186	,327	,890
34b)	578,5877	11,995	,414	,888

Fonte: Adaptado do SPSS, versão 21.0.

Na Tabela 2, a seguir, estão dispostos os valores de alfa de Cronbach para cada domínio da escala de forma separada, bem como o valor total da escala e o quantitativo dos respectivos itens da escala MAPP-QOL adaptada transculturalmente para o Brasil.

Tabela 2 – Valores do alfa de Cronbach para a escala total e seus domínios separadamente. Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Escala total	0,895	39
Domínio 1	0,720	8
Domínio 2	0,701	8
Domínio 3	0,634	5
Domínio 4	0,686	6
Domínio 5	0,783	7

Note-se que os alfas de Cronbach variaram entre 0,63 a 0,78, sendo o maior alfa atribuído ao domínio 5 (0,78), com sete itens; e o menor alfa ao domínio 3 (0,63), com o menor número de itens (5).

5.3.3 Comparação de grupos contrastados: validade discriminante

A comparação dos grupos contrastados foi realizada com o intuito de avaliar se havia diferenças na qualidade de vida entre as mulheres dos seguintes grupos: pós-parto abdominal e pós-parto vaginal (Tabela 3), primíparas e mulheres que pariram duas ou mais vezes (secundíparas e múltíparas) (Tabela 4), casadas/vivendo com companheiro e solteiras (Tabela 5), tanto nos escores totais da escala, como em cada domínio.

Analisando as médias, observou-se que não houve diferença entre os valores dos escores totais da escala nos dois primeiros grupos contrastados (via de parto e paridade). Porém, houve variação de médias entre alguns domínios nesses dois grupos. De acordo com a Tabela 3, os domínios 1 (Saúde e funcionamento) e 5 (Socioeconômico) apresentaram maior média de escores nas mulheres pós-parto abdominal.

Tabela 3 - Distribuição das médias da escala total e os domínios entre as vias de parto. Fortaleza, Abr./Jul., 2012 (n = 201).

	Via de parto						
	Abdominal			Vaginal			p
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Escala Total	110	15,24	0,08	100	15,24	0,009	0,90
Domínio 1: Saúde e Funcionamento	110	15,21	0,12	100	15,20	0,13	0,47
Domínio 2: Psicológico/Bebê	110	15,29	0,08	100	15,29	0,08	0,84
Domínio 3: Relacionamento/Esposo-companheiro	110	15,26	0,14	100	15,26	0,12	0,22
Domínio 4: Relacionamento/Família-amigos	110	15,24	0,09	100	15,24	0,09	0,66
Domínio 5: Socioeconômico	110	15,21	0,12	100	15,20	0,13	0,40

Já na Tabela 4, observa-se que os domínios 1 (Saúde e funcionamento) e 5 (Socioeconômico) apresentaram maiores índices nas mulheres secundíparas ou múltíparas, ao passo que, no domínio 2 (Psicológico/Bebê), as maiores médias foram para as primíparas.

Tabela 4 - Distribuição das médias da escala total e os domínios entre grupos contrastados pela paridade. Fortaleza, Abr./Jul., 2012 (n = 201).

	Paridade						
	Primípara			Secundípara/Múltípara			p
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Escala Total	90	15,24	0,01	120	15,24	0,02	0,90
Domínio 1: Saúde e Funcionamento	90	15,20	0,12	120	15,21	0,13	0,12
Domínio 2: Psicológico/Bebê	90	15,30	0,06	120	15,28	0,09	0,06
Domínio 3: Relacionamento/Esposo-companheiro	90	15,26	0,11	120	15,26	0,13	0,15
Domínio 4: Relacionamento/Família-amigos	90	15,24	0,09	120	15,24	0,09	0,53
Domínio 5: Socioeconômico	90	15,20	0,13	120	15,21	0,13	0,55

No que diz respeito à comparação entre os grupos de mulheres segundo o estado civil, observou-se diferença estatística significativa entre as médias dos escores totais da escala ($p = 0,01$) e entre todos os domínios, com melhores escores para as puérperas casadas ou que viviam com um companheiro, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das médias da escala total e os domínios entre grupos contrastados pelo estado civil. Fortaleza, Abr./Jul., 2012 (n = 201).

	Estado Civil						
	Casada/vive com parceiro			Solteira			p
	n	Média	DP	n	Média	DP	
Escala Total	167	15,25	0,08	43	15,21	0,09	0,01
Domínio 1: Saúde e Funcionamento	167	15,21	0,12	43	15,19	0,13	0,41
Domínio 2: Psicológico/Bebê	167	15,30	0,08	43	15,28	0,11	0,09
Domínio 3: Relacionamento/Esposo-companheiro	167	15,28	0,10	43	15,17	0,18	0,00
Domínio 4: Relacionamento/Família-amigos	167	15,25	0,09	43	15,21	0,09	0,03
Domínio 5: Socioeconômico	167	15,21	0,13	43	15,18	0,13	0,10

Já analisando as opções de resposta da escala, segundo os seus domínios, relacionadas à via de parto (Tabela 6) e à paridade (Tabela 7), encontrou-se diferença no nível de satisfação e importância entre os grupos, com uma associação estatística significativa para a paridade e a qualidade de vida influenciada pelo relacionamento com esposo/companheiro (domínio 3).

Tabela 6 - Comparação entre as vias de parto com as opções de resposta da MAPP-QOL, segundo seus domínios. Fortaleza, Abr./Jul., 2012 (n = 201).

Escala de Satisfação	Pós-parto vaginal						Pós-parto abdominal						p
	I*		NI/NS*		S*		I*		NI/NS*		S*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Domínio 1	11	7,3	24	15,8	117	77,0	2	4,4	6	13,0	38	82,7	0,641 ^a
Domínio 2	5	3,3	12	7,9	135	88,8	2	4,4	2	4,4	176	89,4	0,564 ^b
Domínio 3	-	-	5	3,3	147	96,7	-	-	2	4,3	44	95,6	0,476 ^a
Domínio 4	1	0,7	7	4,6	144	94,8	-	-	1	2,2	189	95,5	0,226 ^a
Domínio 5	1	0,7	7	4,6	144	94,8	-	-	1	2,2	189	95,5	0,226 ^b

Escala de Importância	SI**		NSI/NI**		I**		SI**		NSI/NI**		I**		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Domínio 1	-	-	-	-	68	100	-	-	2	2,6	74	
Domínio 2	-	-	-	-	100	100	-	-	1	0,9	109	99,1	0,524 ^b
Domínio 3	1	1	3	3,0	96	96,0	5	4,5	4	3,6	101	91,8	0,291 ^b
Domínio 4	-	-	2	2,0	98	98,0	-	-	3	2,7	107	97,3	0,545 ^a
Domínio 5	1	1	1	1	98	98,0	-	-	3	2,7	107	97,3	0,382 ^b

* I = insatisfeita (corresponde à seguinte resposta na escala: muito insatisfeita); NI/NS = nem insatisfeita/nem satisfeita (correspondem às seguintes respostas na escala: moderadamente insatisfeita, um pouco insatisfeita/um pouco satisfeita, moderadamente satisfeita); S = satisfeita (corresponde à seguinte resposta na escala: muito satisfeita).

** SI = sem importância (corresponde à seguinte resposta na escala: sem muita importância); NSI/NI = nem sem importância/nem importante (correspondem às seguintes respostas na escala: moderadamente sem importância, um pouco sem importância/um pouco importante, moderadamente importante); I = importante (corresponde à seguinte resposta na escala: muito importante).

a: teste estatístico Qui-quadrado

b: teste estatístico Razão de verossimilhança

Tabela 7 - Comparação entre a paridade e as opções de resposta da MAPP-QOL, segundo seus domínios. Fortaleza, Abr./Jul., 2012 (n = 201).

Escala de Satisfação	Primípara						Secundípara ou Multípara						p
	I*		NI/NS*		S*		I*		NI/NS*		S*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Domínio 1	1	1,7	12	20,7	45	77,6	5	5,9	22	25,9	58	68,2	0,328 ^a
Domínio 2	-	-	2	2,7	73	97,3	2	4,4	2	4,4	176	89,4	0,380 ^b
Domínio 3	5	6,6	8	10,5	63	82,9	6	4,5	16	11,9	112	83,6	0,780 ^a
Domínio 4	-	-	9	11,8	67	88,2	-	-	20	14,9	114	85,1	0,344 ^a
Domínio 5	1	1,3	18	23,7	57	75,0	3	2,2	34	25,4	97	72,4	0,853 ^b

Escala de Importância	SI**		NSI/NI**		I**		SI**		NSI/NI**		I**		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Domínio 1	-	-	-	-	58	100	-	-	2	2,3	84	
Domínio 2	-	-	-	-	76	100	-	-	1	0,7	133	99,3	0,638 ^b
Domínio 3	4	5,3	-	-	72	94,7	2	1,5	7	5,2	125	93,3	0,041 ^b
Domínio 4	-	-	-	-	76	100	-	-	5	3,7	129	96,3	0,103 ^b
Domínio 5	-	-	-	-	76	100	1	0,7	4	3,0	129	96,3	0,234 ^b

Já em relação ao estado civil (Tabela 8), observou-se diferença entre as opções de resposta da escala dos grupos contrastados (casada/vive com companheiro *versus* solteira), além de associações estatísticas significativas entre o estado civil e a qualidade de vida influenciada por aspectos como o psicológico/relação com o bebê (domínio 2) e relacionamento com esposo/companheiro (domínio 3), na escala de satisfação e importância.

Tabela 8 - Comparação entre o estado civil e os escores totais da MAPP-QOL, em cada domínio. Fortaleza, Abr./Jul., 2012 (n = 201).

Escala de Satisfação	Casada/vive com parceiro						Solteira						p
	I*		NI/NS*		S*		I*		NI/NS*		S*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Domínio 1	5	4,6	22	20,2	82	75,2	1	2,9	12	35,3	21	61,8	0,191 ^b
Domínio 2	1	0,6	6	3,6	160	95,8	1	2,4	3	7,1	38	90,5	0,333 ^b
Domínio 3	2	1,2	16	9,6	149	89,2	9	20,9	8	18,6	26	60,5	0,000 ^a
Domínio 4	-	-	21	12,6	146	87,4	-	-	8	18,6	35	81,4	0,215 ^a
Domínio 5	3	1,8	38	22,8	126	75,4	1	2,3	14	32,6	28	65,1	0,392 ^b

Escala de Importância	SI**		NSI/NI**		I**		SI**		NSI/NI**		I**		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	Domínio 1	-	-	2	1,8	108	98,2	-	-	-	-	34	
Domínio 2	-	-	-	-	167	100	-	-	1	2,3	42	97,7	0,048 ^b
Domínio 3	1	0,6	4	2,4	162	97,0	5	11,6	3	7,0	35	81,4	0,000 ^b
Domínio 4	-	-	3	1,8	164	98,2	-	-	2	4,7	41	95,3	0,271 ^b
Domínio 5	1	0,6	3	1,8	163	97,6	-	-	1	2,3	42	97,7	0,857 ^b

6 Aplicação da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* no Brasil

Os escores de QV relatados pelas mães brasileiras durante o período de pós-parto e sua correlação com as condições sociodemográficas e características obstétricas estão listadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos escores da MAPP-QOL segundo características sociodemográficas e obstétricas das mães brasileiras. Fortaleza, Abr./Jul., 2012, (n = 210).

Características	Escore da MAPP-QOL		
Sociodemográficas	Média (± DP)	T-score ^a ou F-ratio ^b	p valor
Idade (anos)		2,16 ^b	
≤ 20 a	15,23 (± 0,09)		
21 -- 30 a	15,23 (± 0,09)		
31 -- 40 a	15,26 (± 0,07)		0,48
> 40 a	15,23 (± 0,10)		
Estado civil		2,50 ^a	
Casada/Vive com parceiro	15,25 (± 0,08)		0,01*
Solteira	15,21 (± 0,09)		
Ocupação		0,48 ^b	
Desempregada	15,24 (± 0,08)		
Dona de casa	15,22 (± 0,10)		
Estudante	15,26 (± 0,07)		0,74
Emprego formal	15,24 (± 0,08)		
Emprego informal	15,24 (± 0,08)		
Nível educacional		4,62 ^b	
8 anos de estudo ou menos	15,25 (± 0,07)		0,01*
De 9 a 11 anos de estudo	15,21 (± 0,09)		
Nível médio concluído	15,25 (± 0,08)		
Graduação incompleta	15,14 (± 0,15)		
Graduação completa	15,18 (± 0,08)		
Renda mensal (R\$)		0,06 ^b	
< 1.500	15,24 (± 0,09)		
1.500 – 2.300	15,24 (± 0,08)		
> 2.300	15,24 (± 0,10)		0,83
Raça		2,80 ^b	
Branca	15,26 (± 0,07)		0,04*
Negra	15,22 (± 0,09)		
Asiática	15,24 (± 0,05)		

Obstétricas			
Paridade		0,04 ^b	
Primípara	15,24 (± 0,01)		0,09
Secundípara/ Multípara	15,24 (± 0,02)		
Número de crianças		0,16 ^b	
1	15,24 (± 0,07)		0,12
2-3	15,23 (± 0,09)		
≥ 4	15,25 (± 0,09)		
Tipo de parto (último)		0,21 ^a	
Abdominal	15,24(± 0,08)		0,90
Vaginal	15,24(± 0,09)		
Queixas físicas		-0,47 ^a	
Não	15,24 (± 0,09)		0,63
Sim	15,23 (± 0,07)		
Número de consultas pré-natais		1,14 ^b	
Nenhuma	15,16 (± 0,04)		
< 6	15,24 (± 0,01)		
6-8	15,23 (± 0,01)		0,33
> 8	15,25 (±0,00)		
Profissional que realizou pré-natal		1,17 ^b	
Enfermeiro	15,25 (± 0,06)		
Médico	15,24 (± 0,08)		
Enfermeiro + Médico	15,23 (± 0,10)		0,32
Nenhum	15,16 (± 0,07)		
Educação em saúde acerca de QV** durante o pré-natal		1,22 ^b	
Não	15,24 (± 0,08)		0,22
Sim	15,23 (± 0,09)		
Educação em saúde acerca de QV** no hospital após o parto		0,62 ^b	
Sim	15,24 (± 0,09)		0,53
Não	15,24 (± 0,08)		

a: por T-test, b: por ANOVA.

Para MAPP-QOL score total (n = 210), Média = 15,24 (± 0,08), Limites da amostra (14,85 – 15,38), Limites possíveis (0 – 30). * p < 0,05, correlação significante.

O escore médio para a versão brasileira da MAPP-QOL foi 15,24 (± 0,08), com uma pequena variação de 14,85-15,38. O intervalo possível para esta escala é de 0 a 30. Um pequeno desvio padrão (DP) foi encontrado indicando que a amostra representa adequadamente a população (POLIT, 2010).

6.1 Análise bivariada: fatores associados à qualidade de vida no período pós-parto

Os maiores escores de QV foram identificados em mulheres brancas de 30-40 anos de idade, que eram casadas ou vivendo com um parceiro, tendo como ocupação ser estudante e com nível educacional médio ou até oito anos de estudo. A MAPP-QOL foi semelhante para todos os grupos de renda mensal, paridade, tipo de parto e educação em saúde recebida sobre QV no hospital após o parto. A média de pontuação de qualidade de vida foi maior para as mães com mais de 4 filhos, sem queixas físicas, que compareceram a mais de 8 consultas pré-natais realizadas por uma enfermeira e que não receberam educação em saúde sobre a qualidade de vida durante o pré-natal.

Estado civil ($p = 0,01$), escolaridade ($p = 0,01$) e raça ($p = 0,04$) foram significativamente correlacionados à qualidade de vida e, portanto, foram incluídos nas análises de regressão múltipla para avaliar predição.

6.2 Análise multivariada: preditores de qualidade de vida em mulheres brasileiras durante o pós-parto

A análise de regressão múltipla (modelo *stepwise* ou passo-a-passo) foi utilizada para avaliar a força da associação entre as variáveis preditoras e os escores de qualidade de vida da MAPP-QOL (variável dependente). A Tabela 10 mostra os resultados da análise de regressão múltipla com as variáveis de previsão e a qualidade de vida no pós-parto.

Tabela 10 - Regressão múltipla (*stepwise*) entre preditores e QV no pós-parto (MAPP-QOL). Fortaleza, Abr./Jul., 2012.

Variável preditora	B	SE	β	R-Square	R-Square Ajustado	95% CI para B		p
						Menor	Maior	
Raça (branca)	0,037	0,013	0,199	0,39	0,35	0,012	0,062	0,003*
Estado civil (Casada/Vive com companheiro)	0,038	0,015	0,171	0,69	0,60	0,009	0,067	0,011*

R^2 total= 0,69, R^2 ajustado = 0,60, $F(2,14) = 7,63$, $p = 0,001$.

* $p < 0,05$, correlação significativa

B – coeficiente de regressão parcial; SE – erro padrão; β – coeficiente de regressão padronizado; CI – intervalo de confiança; R – variância.

A primeira variável de previsão incluída na regressão passo a passo foi o estado civil, que teve a maior correlação bivariada com a variável dependente: QV. As variáveis de

previsão selecionadas na segunda etapa foram raça e nível educacional. Devido à combinação de variáveis, foram examinados os pressupostos para multicolinearidade. Na equação de regressão (modelo *stepwise*), a tolerância foi de 1,00 e o VIF no modelo final foi de 1,00, de modo que os pressupostos para a multicolinearidade não foram violados. O modelo gradual incluído como o melhor preditor na raça foi “branca” ($p < 0,05$) e o estado civil foi “casado/vive com companheiro” ($p < 0,05$). Raça negra ($p = 0,78$) e todos os níveis educacionais ($p > 0,05$) foram excluídos do modelo *stepwise*.

Obteve-se um R^2 de 0,39 (R^2 ajustado = 0,35) para a raça branca, ou seja, 35% da variação na qualidade de vida no pós-parto foi explicada por raça branca sozinho. Quando o estado civil (casado/vive com companheiro) foi adicionado à equação de regressão passo a passo, R^2 aumentou para 0,69 (R^2 ajustado = 0,60); portanto, 60% da variação na qualidade de vida em mulheres pós-parto foi explicada por raça branca e estado civil (casado/vive com companheiro).

No que diz respeito aos preditores individuais, quando o coeficiente de regressão B para todos os indicadores for diferente de zero, isso significa que eles contribuem significativamente para a previsão da qualidade de vida durante o período de pós-parto (POLIT, 2010). Note-se que o intervalo de confiança (95%) não contém o valor 1 e, portanto, a relação entre os preditores (raça e estado civil) e a variável dependente (QV no pós-parto) é generalizável.

7 DISCUSSÃO

7.1 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres

Entre as 210 mulheres investigadas, verificou-se que o perfil etário foi similar ao encontrado em outros estudos, com média de idade de 26,87 (\pm 7,28) anos (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2000). Na última década, houve significativa mudança do perfil etário, com diminuição do percentual de mães com idade menor que 24 anos e aumento daquelas com idade maior que 25 anos, evidenciando uma tendência de aumento da idade materna, relatada em todas as capitais brasileiras (IBGE, 2009).

Em relação ao estado civil, houve prevalência de puérperas que são casadas ou vivem com o parceiro. Em estudo realizado em Minas Gerais no ano de 2010, identificaram-se resultados semelhantes aos dados encontrados nesta investigação. Nele, houve prevalência de mulheres casadas ou com união estável e destacou-se a participação do parceiro como suporte emocional no enfrentamento do processo de parto e apoio no período pós-parto (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Observou-se maior prevalência das mulheres no mercado de trabalho, seja esta uma ocupação formal, seja uma atividade informal. No estudo de Dodt *et al.* (2010), que buscou traçar o perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas de um alojamento conjunto em uma maternidade-escola em Fortaleza, verificou-se achados diferentes do estudo supracitado, já que cerca de 42,8% das mulheres eram donas de casa. Sabe-se que a natureza do trabalho em si e o trabalho da mulher em particular estão continuamente se transformando em decorrência das mudanças relacionadas à maternidade, à estrutura familiar, ao casamento e ao divórcio, como também em virtude da urbanização, dos avanços tecnológicos e da globalização da economia. Todos esses aspectos precisam ser levados em consideração na análise dos determinantes em saúde e da qualidade de vida da mulher moderna.

Em relação ao nível educacional, o ensino médio completo foi indicado pela maioria das mulheres entrevistadas. O nível de estudos é uma boa medida da classe social e exerce forte influência no comportamento das novas mães, ao passo que a baixa escolaridade materna é apontada como um fator que predispõe a mãe e o recém-nascido ao aparecimento

de situações potencialmente de risco (BRASIL, 2011). No entanto, considera-se que as mulheres portadoras desse nível de educação tenham condições de compreender adequadamente as orientações em saúde voltadas para a prevenção de riscos e complicações obstétricas emitidas pelos profissionais em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

Quanto à renda, tem-se uma prevalência de mulheres que relataram ganhar até R\$ 1.500,00 ao mês, o que corresponde à cerca de dois salários mínimos, evidenciando uma condição socioeconômica razoável. Este dado revela uma renda mensal superior à encontrada por outras pesquisas acerca da condição financeira das mulheres brasileiras, como evidenciado por Dodt *et al.* (2010). Porém, alguns estudos reforçam a ideia de que a curva de renda mensal das mulheres no Brasil vem assumindo valores crescentes ao longo do tempo, como o de Oliveira *et al.* (2011), ao encontrarem uma média de 1 salário mínimo em 2003 e 2 salários mínimos em 2008 para as 49.599 mulheres brasileiras pesquisadas. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), a participação feminina no mercado de trabalho está crescendo. Isso provavelmente tem relação com o aumento do padrão financeiro deste estrato populacional.

Quanto à raça/cor, observou-se no estudo maior número de mulheres que relatam ser brancas, o que diverge de outra pesquisa que encontrou percentual de, aproximadamente, 69% das puérperas como sendo da denominação de raça/cor parda (PRIMO; AMORIM; CASTRO, 2007).

A variável raça/etnia merece análise mais cuidadosa em função da limitação relativa à qualidade dos dados. A formulação atual da raça/etnia, no que se refere à saúde, utiliza como indicador mais frequente a cor da pele. No entanto, trata-se de uma definição muito mais abrangente do que simplesmente a “cor da pele”. Formas de identificação racial, étnica ou por ancestralidade não são suscetíveis aos critérios padrões de cientificidade, dada a possibilidade de os indivíduos mudarem sua identidade étnica racial ao longo do tempo e em decorrências de mudanças políticas e/ou sociais (LAGUARDIA, 2004).

Analisando os dados obstétricos, tem-se uma prevalência das mulheres que pariram mais de uma vez (secundíparas e múltíparas), com 57,2%. Este achado é semelhante ao evidenciado por pesquisa feita com o objetivo de conhecer o perfil de puérperas atendidas em uma maternidade do norte do Espírito Santo (LEITE *et al.*, 2013). No entanto, o percentual de mulheres que já vivenciaram a maternidade anteriormente aproxima-se do

apresentado pelas primíparas, com 42,8%. Em relação a estas últimas, chama-se a atenção para o fato de que elas precisam receber orientação e estímulos diferenciados, pois supõe-se que elas demandem maior necessidade de informação acerca dos cuidados pós-parto. Dessa forma, profissionais da saúde devem ficar atentos em promover intervenções eficazes a este grupo de mulheres (primíparas), pois estas muitas vezes se encontram mais susceptíveis a erros no autocuidado e no cuidado ao recém-nascido, anseiam por orientações e não trazem bagagem anterior de conhecimento, o que facilita a comunicação (DODT *et al.*, 2010).

Os tipos de parto tiveram frequência aproximada quanto à amostra entrevistada, com aumento discreto para o parto abdominal. Nos últimos anos, observa-se considerável e progressivo aumento na frequência de partos cesarianos, outrora considerado um procedimento de exceção, indicado apenas em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto (CERNADAS *et al.*, 2010). Entretanto, este é um fenômeno que vem ocorrendo em escala mundial (SASS; HWANG, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como aceitável a incidência de até 15% deste tipo de parto, considerando injustificáveis percentuais mais elevados (MELCHIORI *et al.*, 2009). Recentemente, o Brasil deixou de ser líder mundial na prática de cesáreas, mas está atrás apenas do Chile (BRASIL, 2012). Os méritos dessa redução são creditados ao Ministério da Saúde (MS), que fixou em 40% o limite de operações cesarianas realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, deixando inclusive de pagar a conta hospitalar do excedente. Apesar disto, a taxa de cesariana ainda se encontra acima do preconizado pela OMS e pelo MS, representando 44,1% dos partos realizados (KNUPP; MELO; OLIVEIRA, 2008).

Nem sempre as causas que determinam o parto são bem esclarecidas, o mais provável é que os fatores responsáveis sejam múltiplos, complexos e inter-relacionados (CONSSONNI; PARANHOS, 1998). Assim, tem-se que a escolha do tipo de parto deve ser conduzida por meio de uma decisão consciente por parte das parturientes e mediante estabelecimento de critérios médicos aceitáveis, sendo inapropriada a escolha da via de parturição baseada, simplesmente, na facilidade ou comodidade profissional. Dessa forma, entende-se que a via de parturição mais adequada consiste naquela que apresente maior segurança tanto para a parturiente quanto para o feto, não somente no momento do parto, mas no período que o sucede (MANDARINO *et al.*, 2009).

Os relatos de queixas físicas no período pós-parto estiveram ausentes na maioria das mulheres entrevistadas. A maioria dos estudos que documenta de forma sistemática a gama de problemas físicos e psicológicos de saúde vividos por mulheres após o parto data das duas últimas décadas (MACARTHUR; LEWIS; KNOX, 1991; GLAZENER *et al.*, 1995; BROWN; LUMLEY, 1998; THOMPSON *et al.*, 2003). Muitos destes problemas continuam sendo investigados e não registrados pelos profissionais de saúde (DEMOTT *et al.*, 2006). De acordo com Demott *et al.* (2006), as dez queixas de saúde mais comuns no período pós-parto são: dor perineal, dispareunia, incontinência urinária, retenção urinária, constipação, hemorróidas, dor nas costas, dor de cabeça, fadiga e incontinência fecal. Cada uma destas morbidades, com exceção da incontinência fecal e da retenção urinária, tem incidência em torno de 10% ou mais na literatura que avalia o bem-estar puerperal (MACARTHUR; LEWIS; KNOX, 1991; GLAZENER *et al.*, 1995; BROWN; LUMLEY, 1998; THOMPSON *et al.*, 2003). Tanto a incontinência fecal e a retenção urinária são potenciais doenças graves e incapacitantes, que estão sub-relatadas e subdiagnosticadas, sendo, portanto, relevantes na avaliação após o nascimento (MACARTHUR; BICK; KEIGHLEY, 1997).

Já olhando para a assistência materna durante o período gestacional, mais da metade das mulheres investigadas neste estudo tinha realizado entre 6 e 8 consultas de pré-natal. Em um estudo da situação brasileira em 2008, foi verificada que a proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 46% em 2000 para 53% em 2008, com importantes diferenças regionais: 68% no Sul, 35% no Nordeste e 29% no Norte – apenas 2,5% não fizeram acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2008). A taxa de absenteísmo ao pré-natal encontrada em nossa pesquisa foi de 1,4%, estando abaixo da média geral brasileira. Diferentemente, um estudo realizado por Ceron *et al.* (2013) encontrou percentual de não adesão ao pré-natal de 8,6% e os principais motivos relatados para o não comparecimento foram os seguintes: remarcação da consulta sem aviso da data por parte dos profissionais do serviço (7,7%); não liberação do trabalho (15,3%); não quis fazer (30,7%); e não sabia que estava grávida (46,1%).

Semelhante aos dados obtidos nessa pesquisa, em estudo realizado em uma maternidade do município de Serra (ES), envolvendo 1.335 puérperas no ano de 2002, com utilização de dados disponíveis no SINASC, observou-se que a maioria das puérperas tinha efetuado entre 4 e 6 consultas, perfazendo 40,7% (n = 544) do total de casos investigados (PRIMO; AMORIM; CASTRO, 2007). Em investigação realizada por Santos *et al.* (2012),

um quantitativo de 6 ou mais consultas de pré-natal teve associação estatística significativa com uma melhor saúde materna e neonatal no período pós-natal; logo, supõe-se que um adequado acompanhamento pré-natal a estas mães tenha possibilitado a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno para intervenção.

O Ministério da Saúde indica a realização mínima de 6 consultas, com o acompanhamento adequado sendo realizado da seguinte forma: consultas mensais até a 28ª semana; quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais após a 36ª semana, não existindo alta do pré-natal. Além disso, recomenda-se que sejam realizadas consultas tanto por profissionais da medicina quanto da enfermagem (BRASIL, 2012).

Dentre os profissionais que realizaram o pré-natal no presente estudo, o médico liderou as consultas (54,3%), seguido da associação enfermeiro alternado com o médico (30%). Somente uma minoria das consultas foi realizada pelo enfermeiro sozinho. Nenhum outro profissional da saúde foi citado. Em consonância com esses dados, em estudo realizado por Ceron *et al.* (2013), encontrou-se um percentual de 62% das consultas de pré-natal executadas somente por médicos; 32,11% por médicos e enfermeiros; e 3,65% por enfermeiros sozinhos. Ademais, neste mesmo estudo, houve relato de consultas dos seguintes especialistas durante o pré-natal: psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais.

De acordo com Figueiredo e Rossoni (2008), a atenção pré-natal deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, pois esta interação multidisciplinar é terapêutica e complementar, elevando a qualidade da assistência em saúde.

Em relação ao fornecimento de educação em saúde acerca da qualidade de vida no pós-parto, esta prática esteve ausente no acompanhamento da maioria das mulheres durante o pré-natal. Inversamente, a maioria das puérperas referiu ter recebido intervenções educativas acerca da qualidade de vida durante a internação hospitalar, após o parto. Durante a aplicação desta questão, alguns temas foram citados pelas mulheres investigadas, como: amamentação, higiene do coto umbilical do recém-nascido (RN), banho do RN, vacinas e exames do RN, alimentação materna e planejamento familiar após o parto.

Reconhece-se que a gestação representa um período muito particular na vida de uma mulher, angústias e medos se confundem com a alegria de tornar-se mãe. Parte destes

sentimentos é causada pelas preocupações e dúvidas quanto ao momento após o parto (IORRA *et al.*, 2011). Sendo assim, a educação em saúde durante o pré-natal e no hospital, após o parto, representam estratégias que poderão reduzir estas preocupações maternas e colaborar para a saúde e bem-estar durante o puerpério. Prestadores de cuidados a saúde têm papel importante em incentivar e apoiar mulheres no período perinatal, para desenvolver e manter uma boa saúde após o parto (UPRICHARD, 1979; WILSON; PUGH, 2005). Corroborando este fato, alguns pesquisadores constataram que, durante o pré-natal, é de suma importância a criação de atividades educativas em grupo, pois neste momento as mulheres são frequentemente receptivas ao recebimento de orientações em saúde (ANDERSON, 2001; GOLDBERG, 2005; CESAR *et al.*, 2011).

Referente a esta temática, os achados de um estudo desenvolvido por Hughes *et al.* (2011) acerca dos facilitadores e barreiras na promoção de educação em saúde entre profissionais de um serviço da atenção básica na Austrália revelaram que os facilitadores mais comumente relatados foram os seguintes: ter motivação para ampliar o conhecimento das pacientes (81%), ter o reconhecimento pessoal da necessidade de desenvolver esta habilidade (59%) e recompensas profissionais (46%). Dentre as barreiras estiveram os seguintes itens: tempo limitado no trabalho (68%), falta de recursos financeiros (46%) e falta de conhecimento adequado para desempenhar bem a educação em saúde (46%). No entanto, a maioria destes profissionais caracterizou como importante ou muito importante o fornecimento de orientações em saúde para seus pacientes.

Como referência para futuras intervenções educativas, sugere-se os temas emergidos nesta pesquisa, acrescidos dos achados em uma pesquisa que investigou as expectativas de puérperas acerca de orientações em saúde, em que os principais tópicos de interesse das mulheres foram estes: cuidados e desenvolvimento do bebê, consultas e exames após o parto, métodos contraceptivos, retorno às atividades sexuais, autocuidado materno durante o parto e após o parto, amamentação e alimentação materna (CERON *et al.*, 2013).

7.2 Adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para o contexto do Brasil e verificação das propriedades psicométricas

Atualmente, observa-se a produção e a utilização crescente de instrumentos destinados à avaliação da qualidade de vida na área da saúde, tendo como autores principais pesquisadores de diferentes partes do mundo. Em um estudo de revisão sistemática de artigos

científicos publicados entre 1991 e 2006, que divulgavam a utilização de instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionados com a saúde, identificou-se uma amostra de 65 artigos que utilizaram escalas de qualidade de vida nos seguintes idiomas: inglês (53), espanhol (09), norueguês (01), alemão (01) e italiano (01) (RAMÍREZ, 2007). Alguns destes instrumentos, para serem aplicados à população a que se destinavam, precisaram passar por um processo de adaptação transcultural, que incluiu desde a tradução do idioma original para o idioma do local de aplicação até um criterioso processo de verificação da validação e precisão do instrumento, com o objetivo de torná-lo adequado e compreensível à população a que se destinava, pois os valores refletidos por um instrumento e os significados dos seus componentes podem variar de uma cultura para outra (MANEESRIWONGUL; DIXON, 2004).

Na presente pesquisa, teve-se como ponto de partida uma escala originalmente americana (MAPP-QOL), de idioma inglês, e seguiu-se com a sua utilização na população brasileira, de idioma português. Para atingir este objetivo, adotou-se um processo criterioso de tradução e adaptação cultural, denominado de adaptação transcultural. Segundo Beaton *et al.* (2007), embora se trate de um processo um pouco mais demorado, contribui para maximizar a obtenção da equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e o traduzido, garantindo um produto final de melhor qualidade, apto a ser utilizado por outros pesquisadores do país receptor da tradução.

No Brasil, a maioria das escalas adotadas ainda é de origem estrangeira, já tendo sido validadas em outros países, o que minimiza custos e facilita o intercâmbio entre os pesquisadores (ORÍÁ; XIMENES, 2010). No entanto, esta realidade não inviabiliza a elaboração e a validação de instrumentos brasileiros de mensuração, como o realizado por Joventino *et al.* (2013), o que ajuda a elevar a posição do Brasil no *ranking* de produção científica internacional.

Todavia, reconhece-se a necessidade de seguir um rigor metodológico com eficácia comprovada para alcançar um processo exitoso de tradução e adaptação transcultural, como o proposto por Beaton *et al.* (2007), adotado nesta pesquisa. Esta referência apareceu em maior frequência dentre os estudos incluídos em uma revisão de teses e dissertações publicada em 2013. Ela objetivou analisar o percurso metodológico para tradução e adaptação

de escalas em dissertações e teses da enfermagem brasileira na área de saúde sexual e reprodutiva que apresentaram resultados consistentes (BERNARDO *et al.*, 2013).

Embora existam abordagens metodológicas bem estabelecidas para traduzir, adaptar e validar instrumentos para uso em pesquisa de saúde *cross-cultural* (BRISLIN, 1970; CHAPMAN; CARTER, 1979; BRACKEN; BARONA, 1991; SPERBER, 2004; BEATON *et al.*, 2007), uma grande variação no uso dessas abordagens prevalece nas publicações de saúde (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011).

No entanto, alguns destes estudos não atendem adequadamente estes requisitos metodológicos, pois adotam etapas isoladas de diferentes autores, como o observado no estudo de Imada (2008), que associou três referenciais: Beaton *et al.*, (2007), Chwalow (1995), Maneesriwongul e Dixon (2004). Segundo Bernardo *et al.* (2013), a falta de uniformidade metodológica poderá resultar em inacurácia e viés, além de dificultar a compreensão do leitor e a replicação posterior do estudo.

No presente estudo, procurou-se seguir as recomendações propostas por Beaton *et al.* (2007), para cada um dos estágios do processo de adaptação transcultural da MAPP-QOL: 1. Tradução inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta à língua de origem (*back-translation*); 4. Revisão por um comitê de Juízes; e 5. Pré-teste.

No Estágio 1 - Tradução inicial, a diferença no perfil dos tradutores permitiu a construção de duas traduções diferentes, com significados variados para uma mesma palavra ou frase, o que facilitou o trabalho do autor principal, que teve a responsabilidade de elaborar uma síntese das duas traduções (T12). Outra possibilidade seria acrescentar mais um tradutor para este estágio, que seria útil para casos de desempate ou dúvidas, como observado na pesquisa de Weissheimer (2007) e Imada (2008).

Referente ao título da escala, mante-se no idioma original em todas as traduções, em respeito aos direitos autorais do material e em consonância com a forma que a maioria dos tradutores de escala cita o objeto final de suas construções (BERNARDO *et al.*, 2013).

Durante a execução do Estágio 2 – Síntese das traduções, ressalta-se que a tradutora responsável por T1 facilitou a execução desta fase, ao acrescentar em seus construtos pelo menos dois sinônimos daquelas palavras e/ou expressões que pudessem gerar

dúvidas na hora da síntese da tradução. Esta iniciativa foi motivada pelo conhecimento dos objetivos da tradução, conforme preconizado por Beaton *et al.* (2007), e resultou na otimização do trabalho.

No Estágio 3 – Tradução de volta à língua de origem (*Back-translation*), utilizou-se um número de *back-translations* igual ao de traduções iniciais (Estágio 1), seguindo as recomendações de Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) em um guia de boas práticas para a adaptação *cross-cultural* de instrumentos de mensuração de QV relacionados com a saúde. De acordo com esses mesmos autores, uma adaptação *cross-cultural* é uma combinação da tradução literal de palavras individuais e sentenças, de uma língua para outra, repetindo o idioma, o conteúdo cultural e o estilo de vida. Ao final deste estágio, a semelhança observada entre a síntese das *back-translations* e a versão original da escala reforça que a adaptação do instrumento em estudo foi satisfatória. Castro, Portela e Leão (2007) chamam a atenção para a correta execução deste estágio, pois alguns estudos o executam de forma equivocada ou incompleta.

Maneesriwongul e Dixon (2004), diante dos achados de uma revisão internacional de publicações relacionados à tradução e adaptação de escalas, afirmam que a etapa de *back-translation* é indispensável, uma vez que ela ajuda a estabelecer a equivalência conceitual e semântica, além de reforçar a validade do estudo e a credibilidade dos resultados.

O Estágio 4 – Revisão por um comitê foi executado por um grupo de juízes, os quais atenderam à alguns dos seguintes critérios: Autor de dissertação na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto; Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolva a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto; Autoria de trabalhos publicados em periódicos que abordem a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto; Autor de Tese na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto; e Experiência prática na área da Saúde Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto por tempo mínimo de 2 anos.

Confirmou-se a validade destes critérios após receber o *feedback* dos especialistas selecionados, pois suas sugestões contribuíram significativamente para a melhoria do instrumento final, ficando a recomendação para a aplicação em estudos futuros. Além disso, a inclusão de um professor de letras da Casa de Cultura Portuguesa da Universidade Federal do

Ceará neste comitê colaborou para a validação semântica e idiomática da versão final do instrumento.

A execução do Estágio 5 - Pré-teste gerou dados que resultaram na melhoria do construto final. Vale ressaltar que ele foi propositalmente aplicado com mulheres em extremos de idade e de escolaridade com o propósito de considerar a diversidade de compreensão que pode variar entre esses estratos. Essa é uma recomendação sempre ressaltada por pesquisadores que trabalham com a validação de instrumentos de mensuração (PASQUALI *et al.*, 2010; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

Pasquali (2010) recomenda que os itens do instrumento que não parecerem compreensíveis em 20% da amostra ou mais devem ser reavaliados. Enquadrado neste critério, tivemos dois dos itens da escala: Item 8. Sua incisão cirúrgica ou episiotomia? (com 60% de dúvidas na população-alvo quanto ao termo *episiotomia*, que precisou ser substituído por: os “pontos da cirurgia” (cesárea) ou o “corte perineal” (parto vaginal)); e o Item 34. Trabalho/ocupação? a) O emprego do seu marido, b) Seu próprio emprego? (em que o termo “emprego” foi modificado por “ocupação” por este fazer parte da linguagem cotidiana da população-alvo).

Este passo foi utilizado para apoiar a equivalência conceitual, semântica e de conteúdo do instrumento traduzido e melhorar ainda mais a estrutura das frases usadas nos itens da MAPP-QOL, de modo a ser facilmente compreendida pela população-alvo antes da testagem das propriedades psicométricas. Neste mesmo propósito, Guillemin, Bombardier e Beaton (1993), concebem e recomendam a possibilidade de modificar ou rejeitar itens inapropriados.

O IC encontrado nesta pesquisa (0,90-0,97) reflete um alto grau de equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a versão traduzida e a original da MAPP-QOL para a maioria dos itens. Acredita-se que cada nova iniciativa científica de traduzir e validar instrumentos de mensuração constitui-se em uma nova oportunidade de avaliar e melhorar o material anteriormente produzido, uma vez que os modos de ser e sentir do ser humano estão em constante mutação.

Apesar da realização de uma adequada tradução e adaptação transcultural, não se assegura que as possíveis diferenças culturais não afetem as propriedades de medição do

instrumento. Por isso, aconselha-se tentar replicar a validação original do instrumento, como sua aplicação em uma amostra maior da população-alvo, com características semelhantes, e verificação das propriedades psicométricas similares às utilizadas para a escala original (RAMÍREZ, 2007).

Quanto à escala original, a validade de construto foi subsidiada pela análise fatorial e comparação de grupos contrastados (QV entre grupos de mães de filhos pré-termos, a termos e pós-termos). A estabilidade do instrumento foi demonstrada mediante uma correlação significativa teste-reteste ($r = 0,74$; $p = 0,001$) entre a semana 1 e 3 de pós-parto; a validade convergente da MAPP-QOL foi suportada por uma forte correlação ($r = 0,69$) com outra escala, a *The Richards-Campbell Sleep Questionnaire* (CAMPBELL *et al.*, 1976); e a confiabilidade foi inferida através do Alfa de Cronbach (0,96) (HILL *et al.*, 2006).

Nesta pesquisa, verificou-se a validade de construto da versão traduzida da MAPP-QOL através da análise fatorial e comparação de grupos contrastados. A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett demonstraram a viabilidade da análise fatorial para a validação de construto da MAPP-QOL no Brasil.

Referente à análise da matriz de correlação entre os componentes da escala, ressalta-se que alguns Coeficientes de Correlação de Pearson foram maiores que 0,5, denotando forte correlação entre alguns pares de itens da escala. Porém, o valor máximo assumido por este coeficiente foi de 0,69, o que significa ausência de problemas relacionados à multicolinearidade entre os dados.

Dentre os itens da escala correlacionados, citam-se: tempo para o marido/companheiro (Item 22) e a satisfação/importância com o apoio que recebe do marido/companheiro (Item 14a)); a independência financeira (Item 29) e a satisfação/importância com a capacidade econômica (Item 33b)); a capacidade econômica (Item 33b)) e a satisfação com os bens materiais adquiridos (Item 33a)). A discussão destes dados será aprofundada na sessão referente à aplicação da escala.

Embora mantido o mesmo número de domínios da escala original (5), houve relocação de itens em diferentes domínios. De forma geral, observou-se coerência nas

relocações propostas pela análise fatorial. Além disso, essas evidências comprovam a variação na percepção materna de culturas distintas sobre qualidade de vida no pós-parto.

Em busca da validade discriminante, a média de escores totais e de cada domínio da MAPP-QOL foi calculada para três diferentes grupos (Grupo 1: pós-parto abdominal e pós-parto vaginal; Grupo 2: primíparas e secundíparas/múltiparas; Grupo 3: casadas/vivendo com companheiro e solteiras). Os índices de QV entre os grupos contrastados assumiram valores diferentes e significância estatística para alguns domínios, comprovando a capacidade discriminante da escala.

A confiabilidade é um dos mais importantes critérios para avaliar instrumentos e este pode ser inferido por meio do cálculo do alfa de Cronbach (POLIT; BECK, 2011; LEONG *et al.*, 2005; LIP; VAN SCHOOR, 2005). Em relação a este parâmetro, a escala avaliada apresentou alfa de Cronbach de 0,89, denotando boa consistência interna e confiabilidade. Vale ressaltar, ainda, que, caso algum item fosse descartado pela análise fatorial, não causaria grande interferência no valor de alfa de Cronbach total, pois este assumiria o valor mínimo de 0,88.

O alfa de Cronbach da versão original da escala foi de 0,96. Seus valores para cada subescala foram: 0,91 (Domínio 1 - Psicológico/bebê); 0,90 (Domínio 2 - Socioeconômico); 0,85 (Domínio 3 - Relacionamento/Esposo-companheiro); 0,90 (Domínio 4 - Relacionamento/Família-amigos); e 0,82 (Domínio 5 - Saúde e funcionamento) (HILL *et al.*, 2006). Estes valores foram superiores aos apresentados pela versão brasileira: 0,89 (Escala total); 0,70 (Domínio 1 - Psicológico/bebê); 0,78 (Domínio 2 - Socioeconômico); 0,63 (Domínio 3 - Relacionamento/Esposo-companheiro); 0,68 (Domínio 4 - Relacionamento/Família-amigos); e 0,72 (Domínio 5 - Saúde e funcionamento). Kline (1986) afirma que o ponto de corte ideal para o valor do alfa de Cronbach é de 0,7. Entretanto, ele também assegura que valores abaixo de 0,7 também podem ser esperados e respeitáveis quando se trata de construtos psicológicos devido à diversidade de construtos medidos, como na pesquisa em questão, na qual são mensurados cinco subcomponentes diferentes relacionados à qualidade de vida no pós-parto. Além disso, Fleck *et al.* (2008) alerta que este tipo de cálculo pode ficar prejudicado se o domínio tiver poucos itens, a exemplo do Domínio 3 da presente escala, que possuía cinco itens e apresentou o menor valor de alfa de Cronbach.

Ferrans (1999), ao analisar a confiabilidade de 26 versões de adaptações transculturais da QLI (*Quality of Life Index*), a escala precursora da MAPP-QOL, descreveu uma média de 0,84 a 0,98 para os alfas de Cronbach totais. Esses achados demonstram que estes instrumentos, com a finalidade em comum de mensurar a QV, vêm passando por constantes aprimoramentos em diferentes culturas, o que corrobora a sua validade.

7.3 Aplicação da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* no Brasil: evidências acerca dos preditores de qualidade de vida em puérperas brasileiras ²

O Brasil assinou compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados a mulheres grávidas, puérperas e recém-nascidos, a fim de reduzir a morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011). Nesse contexto, a promoção da qualidade de vida para as mulheres no período pós-parto é uma das metas esperadas.

Este trabalho apresenta um demonstrativo dos índices de qualidade de vida de puérperas do Estado do Ceará (Brasil), por meio da aplicação da versão brasileira da MAPP-QOL, como um dos requisitos para a validação deste instrumento.

A escala original foi aplicada em uma amostra de 184 mulheres em pós-parto e a amostra do presente estudo foi composta por 210 mulheres em período semelhante (entre 7 e 10 dias de puerpério), com condições clínicas o mais semelhantes possível, na tentativa de tecer comparações entre os achados.

De uma maneira geral, observou-se índice de qualidade de vida de 15,24 ($\pm 0,08$), este valor está abaixo do encontrado na amostra de Hill *et al.* (2006), que foi de 21 ($\pm 3,9$). Embora se tenha ciência de que a percepção de QV e o caminho pelo qual se expressam os problemas de saúde variem de cultura para cultura, acredita-se que algumas características sociodemográficas e obstétricas investigadas em ambos os estudos possam estar correlacionadas aos padrões de qualidade de vida apresentados por cada grupo de mulheres (KLEINMAN *et al.*, 1978).

Dentre as diferenças observadas entre os dois grupos de amostras – a investigada por Hill *et al.* (2006) e a do presente estudo –, cita-se: a idade (o estudo original encontrou

² Retirado do artigo intitulado “Predictors of postpartum quality of life in Brazilian mothers”, elaborado durante estágio de Doutorado Sanduíche da pesquisadora no College of Nursing/University of Florida/US e enviado para publicação no The American Journal of Maternal/Child Nursing.

uma média de idade de 2 anos acima); os anos de estudo (a amostra original estudou $14,1 \pm 2,3$ anos em média, o que corresponderia ao nível superior incompleto no sistema educacional brasileiro, estando acima da escolaridade identificada nesta pesquisa); a renda (as mulheres norte-americanas investigadas possuíam renda média de 50.000 dólares/ano, o que corresponde a uma renda mensal de R\$ 10.000 na moeda brasileira, estando bem acima da renda mensal das mulheres brasileiras estudadas); e a via de parto (na amostra original o quantitativo de mulheres pós-parto vaginal foi de 57,6% e o percentual desta investigação foi 47,6%).

Entre os dois grupos, amostra original (HILL *et al.*, 2006) e amostra do presente estudo, encontrou-se semelhanças quanto ao estado civil (a maioria das mulheres era casada/vivia com companheiro); à raça (a maioria das mulheres se denominava da raça branca); e ao número de filhos vivos (a maioria das mulheres tinha 2 ou mais filhos).

No que diz respeito à comparação dos índices da MAPP-QOL entre os grupos de variáveis (ex: estado civil, escolaridade, paridade, via de parto, entre outros), identificou-se apenas uma publicação da autora principal comparando a QV entre mães de filhos pré-termo, a termo e pós-termo, o que limitou a comparação dos dados deste estudo com os da autora principal. No entanto, foi possível tecer comparações com os achados de outros pesquisadores do mesmo tema (HILL; ALDAG, 2007).

O estudo da qualidade de vida percebida durante o período pós-parto em mães brasileiras de bebês nascidos a termo, oportunizou a identificação de inferências que permitiram calcular os mais importantes preditores para a referida variável dependente na população estudada.

Os resultados indicam que o estado civil e a raça podem predizer a qualidade de vida durante o período de pós-parto e, em particular, que as mulheres da raça branca e casadas/ou que viviam com um companheiro tiveram escores mais elevados de qualidade de vida. Dentre as variáveis obstétricas, não foram encontradas evidências estatísticas de predição para a qualidade de vida.

7.3.1 Características sociodemográficas

Os pesquisadores têm identificado que as condições sociais, a situação econômica e as preocupações com a saúde influenciam a saúde e o bem-estar dos indivíduos (HILL; ALDAG, 2007; FRIBACK, 2010). No entanto, os resultados deste estudo destacam a importância da investigação continuada do apoio social materno no período pós-parto, bem como as diferenças e semelhanças entre as mulheres de várias origens raciais/étnicas (NEGRON *et al.*, 2013). As mulheres brasileiras em pós-parto que estavam casadas ou viviam com o companheiro estavam mais satisfeitas com suas vidas do que aquelas que eram solteiras, provavelmente devido ao fato de que o apoio social é um componente essencial para o bem-estar físico e emocional da mulher nesta fase da vida (NEGRON *et al.*, 2013).

A comparação de grupos contrastados permitiu observar melhores escores de QV entre as mulheres casadas ou que viviam com o companheiro e a correlação significativa entre os determinantes da QV neste grupo, com os domínios 3 (Relacionamento/Esposo-companheiro) e 4 (Relacionamento/ Família-amigos). Estudos anteriores relataram maiores escores de QV em mulheres com altos níveis de relacionamento, como o apoio social dos parceiros e famílias (HILL; ALDAG, 2007). Na verdade, um nível baixo de apoio social foi identificado como preditor forte de depressão pós-parto (LOGSDON; USUI, 2001; HOWELL, 2006). A insatisfação com o suporte social pode aumentar o risco de depressão clínica e subclínica durante o período pós-parto (BECK; RECORDS; RICE, 2006).

Os resultados deste estudo sugerem que o profissional de saúde tem um papel fundamental na identificação das expectativas e necessidades de novas mães, bem como no desenvolvimento de estratégias para atingir esse apoio, o que pode diminuir o risco de depressão pós-parto e aumentar o bem-estar materno.

Em relação ao nível de escolaridade, não foi observada predição positiva entre a QV e esta variável, porém numerosos estudos identificam uma influência positiva de maior nível de estudos da mãe sobre um período puerperal com menos dúvidas e complicações (ORTEGA GARCIA *et al.*, 2008; BEZERRA *et al.*, 2012).

Embora a maioria das mulheres tenha referido estar no mercado de trabalho, nem todas possuíam os direitos trabalhistas garantidos, como a licença-maternidade. Considerando que a licença-maternidade seria uma oportunidade de vivência do puerpério de forma plena,

com mais tempo para melhorar a qualidade de vida da mãe e da criança, deparou-se com índices de qualidade de vida equiparados entre mães que possuíam trabalho formal, logo com direito à licença-maternidade, e mães com trabalho informal, que tiveram retorno precoce ao mercado de trabalho. Este achado comprova a gama de fatores que pode estar envolvida na determinação da QV total após o parto, fomentando mais investigações acerca deste tópico.

Características maternas, tais como raça não branca e menor nível socioeconômico são fatores de risco para a diminuição da qualidade de vida da mãe durante o período de pós-parto (HOWELL, 2006). Nesta pesquisa, não foi encontrada associação significativa entre a QV e o nível socioeconômico. Porém, a raça materna (não branca) demonstrou associação significativa com níveis mais baixos de bem-estar materno após o parto. Não está claro por que a raça é mais importante que *status* socioeconômico sobre a QV no pós-parto. Assim, estudos futuros são necessários para esclarecer a relação entre a vulnerabilidade racial e qualidade de vida materna durante o período de pós-parto.

7.3.2 Características obstétricas

Embora a correlação entre as características obstétricas (por exemplo, paridade, número de filhos, via do último parto, queixas físicas, e outras) e os escores de QV em mulheres no pós-parto não foram estatisticamente significativos, a diferença entre os grupos para cada variável foi distinta e pode ser representativa da saúde e do bem-estar das novas mães. Por exemplo, no presente estudo, foi observado maior qualidade de vida durante o pós-parto de mães que tinham mais de um filho, um achado apoiado por pesquisas anteriores (O'HARA *et al.*, 1990). Corroborando esse fato, a experiência de paridade anterior é descrita como fator de proteção frente aos níveis de qualidade de vida – quanto maior o número de paridades, maior a experiência das mães e, por conseguinte, melhor seriam os cuidados a si e ao bebê (MEYERINK; MARQUIS, 2002). Além disso, ao testar a validade discriminante, observamos que a paridade apresentou correlação significativa com a QV influenciada pelo relacionamento com o esposo/companheiro.

A relação entre QV e paridade pode ser justificada pela memória materna adquirida com a sequência de paridade e o aumento de capacidade de resposta com cada criança (PAWLUSKI; GALEA, 2007). Isso explica por que as mulheres com mais experiência materna se adaptam de forma mais natural para a maternidade após o nascimento do segundo filho. Em contrapartida, aquelas que são mães pela primeira vez estão

preocupadas com o estado de saúde do recém-nascido, bem como com sua capacidade de cuidar e alimentar o filho, o que poderá afetar negativamente sua qualidade de vida (HILL *et al.*, 2006). Por esse raciocínio, as mulheres primíparas podem representar um grupo vulnerável que requer atenção especial dos profissionais de saúde e pesquisadores.

Neste estudo, não foi encontrada associação entre o tipo de parto e a qualidade de vida das mulheres brasileiras. Os escores de QV equipararam-se entre pós-parto abdominal e pós-parto vaginal, e em ambos os melhores escores estavam relacionados ao Domínio 2 (Psicológico/Bebê). Hill e Aldag (2007) relataram que as mulheres que deram à luz por meio de cesariana apresentaram escores de qualidade de vida inferiores. Torkan *et al.* (2009) referiram que o parto vaginal melhora a qualidade de vida relacionada à saúde física, enquanto a cesariana melhoraria a qualidade de vida relacionada à saúde mental e, portanto, o impacto total sobre a qualidade de vida era equivalente para ambos os tipos de parto. Assim, não está clara a vantagem de um ou outro método de parto para a QV, sugerindo que investigações adicionais são necessárias para esclarecer esta associação.

Nesta pesquisa foram encontrados melhores índices de QV entre as mulheres sem queixas físicas. No entanto, o impacto das queixas físicas na determinação da qualidade de vida da mulher merece avaliação criteriosa, pois, durante a aplicação da escala original, os escores de QV relacionados ao domínio saúde/funcionamento (que avalia questões como a percepção da mãe de sua dor, a aparência física, a atividade sexual, a energia para as atividades cotidianas, a capacidade de cuidar de si mesmo, e episiotomia ou incisão cirúrgica) foram os menores na primeira semana de puerpério, quando comparados aos demais domínios; porém, esta percepção melhorou ao longo do tempo, e a pontuação aumentou no decorrer das semanas (HILL *et al.*, 2006).

Pensando em ações que poderiam contribuir para a melhoria dos níveis de saúde das mulheres em pós-parto, uma adequada frequência de consultas pré-natais e intervenções educativas de como elevar a QV são oportunas. Mulheres com mais visitas pré-natais tiveram maior qualidade de vida nesta pesquisa, achado que é apoiado por Akýn *et al.* (2009), ao se verificar que as mulheres com mais de três consultas pré-natais obtiveram escores de qualidade de vida mais elevados que as mulheres com menos visitas.

Alguns autores sugerem que o pré-natal seja o momento ideal para o fornecimento de orientações acerca das necessidades para a saúde e bem-estar materno-infantil, e o

puerpério imediato seria um momento apenas para retirar dúvidas remanescentes ou validar as informações recebidas durante o período gestacional (NAKANO *et al.*, 2007). As intervenções específicas de apoio profissional e o acesso à informação adequada têm mostrado efetividade para melhorar a qualidade de vida após o nascimento (ESTÉVEZ GONZÁLEZ *et al.*, 2002; BRITTON *et al.*, 2008).

Embora os médicos tenham liderado as consultas de pré-natal da presente amostra, as maiores médias de qualidade de vida foram pontuadas pelas mulheres atendidas somente por enfermeiros. A efetividade das intervenções do enfermeiro à mulher durante a gravidez tem sido reportada em estudos internacionais e revisões sistemáticas (OLDS *et al.*, 1999; ARMSTRONG; MORRIS, 2000; ELKAN *et al.*, 2000). Esse achado tem sido justificado, por exemplo, pela habilidade destes profissionais em implementar ações de escuta ativa, individualização do cuidar e atividades educativas, que repercutem positivamente na melhoria dos resultados maternos e da criança após o parto.

Dentre todas as características obstétricas analisadas, a experiência de ter tido vários filhos parece assumir maior impacto na percepção da qualidade de vida das novas mães. Isso indica que ter vários filhos fornece às mães a vivência de que necessitam para se adaptarem às exigências da maternidade. Além disso, as mulheres com apoio social adequado possuem chances maiores de experimentar um período pós-parto saudável. Por outro lado, condições como a primiparidade e o fraco suporte social são riscos para uma QV ruim durante o período puerperal. As mulheres vulneráveis a esses fatores merecem atenção especial dos profissionais de saúde.

8 CONCLUSÕES

Com base no construto ora finalizado, bem como nos resultados obtidos, pode-se concluir:

O percurso metodológico escolhido permitiu realizar uma exitosa tradução e adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para a língua Portuguesa no contexto brasileiro, uma vez que o material elaborado após os estágios propostos por Beaton *et al.*(2007) apresentou um Índice de Concordância entre os juízes de 0,97, refletindo um alto grau de equivalência semântica, idiomática, cultural, e conceitual entre a versão traduzida e a original da MAPP-QOL para a maioria dos itens.

O processo de adaptação transcultural resultou em uma escala com 39 itens, tendo sido reavaliados e modificados seis itens por discordância entre o comitê de juízes (Estágio 5 - Beaton *et al.*, 2007) e acrescentado alterações em mais dois itens, em resposta à validação de face.

O *feedback* da população-alvo levou a considerar que a MAPP-QOL é de fácil aplicação e compreensão, requerendo um tempo médio de 10 minutos para ser respondido.

O grupo de mulheres investigadas foi constituído sociodemograficamente por uma maioria de adultas jovens (42,4%), casadas ou vivendo com um companheiro (79,5%), inseridas no mercado de trabalho (62,8%), com ensino médio concluído (42,9%), média de renda mensal de R\$ 1.181,02 e raça branca (53,8%). As características obstétricas que prevaleceram foram estas: ter mais de um filho (57,1%), parto cesariano (52,4%), ausência de queixas físicas no pós-parto (72,4%) e realização de 6 a 8 consultas pré-natais (59,0%), implementadas majoritariamente por médicos (54%). Ademais, a prática da educação em saúde sobre QV esteve ausente durante o pré-natal (67,6%) e presente durante a internação hospitalar, após o parto (67,6%).

Dentre as principais diferenças entre a amostra de mulheres em que a escala original foi aplicada (norte-americana) e a brasileira, destacam-se: perfil etário, nível de escolaridade, renda e via de parto.

A avaliação das propriedades psicométricas da MAPP-QOL foi subsidiada pela análise fatorial. Na análise da matriz de correlação entre os componentes da escala, alguns

Coefficientes de Correlação de Pearson foram maiores do que 0,5, denotando forte correlação entre alguns pares de itens da escala; porém, o valor máximo assumido por este coeficiente foi de 0,69, o que significa ausência de problemas relacionados à multicolinearidade entre os dados.

Dentre os itens da escala correlacionados, citam-se estes: tempo para o marido/companheiro (Item 22) e a satisfação/importância com o apoio que recebe do marido/companheiro (Item 14 a)); independência financeira (Item 29) e a satisfação/importância com a capacidade econômica (Item 33b)); a capacidade econômica (Item 33b)) e a satisfação com os bens materiais adquiridos (Item 33a)).

Foi mantido o mesmo número de domínios da versão original. Porém, a validade de construto realizada pela análise fatorial utilizando a análise dos componentes principais com rotação varimax sugeriu a relocação de 20 itens por entre os cinco domínios. O Domínio 2 foi o que teve a menor variação (permanecendo os oito itens originais), e os Domínios 4 e 5 foram os que tiveram o maior número de alterações (em cada um deles 6 itens originais foram relocados para outros domínios).

A versão brasileira da MAPP-QOL apresentou alfa de Cronbach de 0,89, denotando a confiabilidade do instrumento.

A validade discriminante foi constatada através da diferença nos escores da MAPP-QOL entre alguns domínios dos grupos contrastados (Grupo 1: pós-parto abdominal e pós-parto vaginal; Grupo 2: primíparas e secundíparas/múltiplas; Grupo 3: casadas/vivendo com companheiro e solteiras).

Da aplicação da escala, o escore médio obtido foi 15,24 e houve relação estatística significativa entre estado civil ($p = 0,01$), raça ($p = 0,04$) e nível educacional ($p = 0,01$) com os escores totais da MAPP-QOL.

Segundo a análise de regressão múltipla das variáveis e os escores da escala, apenas o estado civil e a raça puderam ser considerados preditores para qualidade de vida. Demonstrou-se ainda que 60% da variação na qualidade de vida em mulheres brasileiras após o parto foi explicada por raça branca e estado civil casada/vivendo com companheiro.

Além disso, foram identificadas algumas condições sugestivas de vulnerabilidade materna, uma vez que apresentaram os menores escores de qualidade de vida no pós-parto: idade extrema, falta de apoio social, raça não branca, o desemprego, baixo nível de educação, baixo nível socioeconômico, nascimento de apenas um filho, presença de queixas físicas, ter feito poucas consultas pré-natais, e falta de educação sobre a qualidade de vida no período pós-parto.

Conclui-se, com base na análise do processo de tradução, adaptação transcultural e verificação das propriedades psicométricas, que a hipótese elencada no início deste estudo foi confirmada, uma vez que a versão brasileira da MAPP-QOL pode ser considerada uma alternativa confiável e válida de instrumento específico de aferição da qualidade de vida, de fácil compreensão e aplicação durante o período pós-parto.

Os achados desta pesquisa constituem-se em inferências valiosas para o aprofundamento desta temática, quer na área acadêmica, quer no campo clínico. A utilização de uma ferramenta comprovadamente eficaz e acurada, como a MAPP-QOL, poderá nortear pesquisadores e/ou profissionais da área da saúde da mulher rumo ao planejamento, implementação e avaliação de intervenções pró-qualidade de vida, tornando-os, assim, promotores da saúde materna.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES PARA A PESQUISA E PARA A PRÁTICA

Houve algumas limitações neste estudo. Uma delas, e que não pôde ser solucionada, foi a não realização do reteste, o que limitou a análise sobre a estabilidade do instrumento de medição. Futuros estudos longitudinais são necessários para esclarecer a estabilidade da qualidade de vida em diferentes momentos do período pós-parto.

Entretanto, deve-se levar em consideração que a satisfação pessoal com a saúde e a qualidade de vida global de mães em pós-parto tende a melhorar com o tempo. Este ponto deve ser enfatizado quando os prestadores de cuidados de saúde materna e pesquisadores estiverem avaliando as necessidades maternas e quando ambos estiverem desenvolvendo intervenções de promoção da saúde para cada fase do período pós-parto (HILL; ALDAG, 2007).

Uma outra limitação diz respeito ao estágio 4 (Revisão por um Comitê de Juízes) conforme protocolo proposto por Beaton *et al.*,(2007), em que não houve a inclusão dos tradutores responsáveis por T1,T2, BT1 e BT2 no referido comitê. Tal limitação justifica-se pela indisponibilidade de dois desses tradutores ao convite inicial para tal, o que nos levou a excluir todos eles.

Por último, elenca-se a limitação de ter considerado como critério de exclusão *gestações múltiplas*, pois ao fazê-lo, perdeu-se a oportunidade de fortalecer a validade discriminante, através da comparação de mais um grupo contrastado.

Ademais, os achados desta pesquisa permitiram reconhecer a importância do rigor metodológico de um estudo de adaptação transcultural, já que, para a utilização de um instrumento de mensuração desenvolvido em outro país, como a MAPP-QOL, é preciso uma adequação criteriosa ao contexto cultural, linguístico e étnico da população-alvo, pois a percepção da QV variará de uma nação para outra.

Percebe-se que muitos estudos metodológicos utilizam diferentes caminhos para validar seu construto; no entanto, falta uniformidade nos critérios adotados. Assim, ao adaptar transculturalmente e validar a MAPP-QOL para o contexto brasileiro, espera-se ter

contribuído para o aprofundamento deste tópico, bem como para a elaboração de futuras pesquisas.

Os achados desta pesquisa levam a sugerir que os profissionais de saúde devam ser sensíveis aos preditores de qualidade de vida das mulheres no período após o parto, incluindo raça e estado civil, bem como às condições que possam ter relação à vulnerabilidade materna, como idade extrema, falta de apoio social, raça não branca, desemprego, baixo nível de educação, baixo nível socioeconômico, nascimento de apenas um filho, presença de queixas físicas, ter feito poucas consultas pré-natais, e falta de educação sobre a qualidade de vida no período pós-parto. Além disso, um melhor conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, sobre o pós-parto e a experiência materna pode ajudar no desenvolvimento de intervenções de saúde para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Destarte, esta pesquisa oportunizou um olhar minucioso às mulheres durante o período pós-parto, revelando que neste período as mulheres requerem uma assistência de saúde especializada. Dentre as possibilidades de ações em saúde necessárias nesta fase puerperal, sugerem-se: planejamento familiar, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do retorno físico e social da mulher às condições pré-gestacionais, e orientações para o cuidado da criança.

Ademais, espera-se que os conhecimentos descritos neste estudo contribuam para a divulgação e utilização da MAPP-QOL como estratégia de promoção da saúde materna. E, por este construto ser inovador em nossa realidade, tendo em vista que é a primeira versão brasileira de escala fechada de qualidade de vida no pós-parto, propõe-se sua aplicação em diferentes perfis populacionais de mães, como forma de fortalecer a utilidade da ferramenta e auxiliar a inferência de diferentes preditores maternos para a qualidade de vida no pós-parto.

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. Methodological issue in assessing the quality of life in cancer patients. **Cancer**, v. 3, n. 67, p. 844-850, 1991.
- AKÝN, B. *et al.* Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey. **J. Obstetr. Gynaecol. Res.**, v. 35, n. 1, p. 86-93, 2009.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, p. 347-354, 2008.
- AMORIM, M. M. R. *et al.* Severe maternal morbidity in an obstetric ICU in Recife, Northeast of Brasil. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 54, n. 3, p. 261-266, 2008.
- ANDERSON, A. S. Symposium on 'nutritional adaptation to pregnancy and lactation': Pregnancy as a time for dietary change? **Proc. Nutr. Soc.**, v. 60, n. 4, p. 497-504, Nov. 2001.
- ANDERSON, J.; FERRANS, C. The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. **J. Nerv. Ment. Dis.**, v.186, n.6, p. 359-376, 1997.
- ARMSTRONG, K. L.; MORRIS, J. Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: a randomized controlled trial. **J. Paediatr. Child Health**, v. 36, n. 6, p. 555-562, 2000.
- BARBOSA, R. C. M. B. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho.** 2008. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.
- BEATON, D. E. *et al.* **Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & QuickDASH outcome measures.** [S.l.]: Institute for Work & Health, 2007. Disponível em:<<http://www.dash.iwh.on.ca/system/files/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2014.
- BECK, C. T.; RECORDS, K.; RICE, M. Further Development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 35, n. 6, p. 735-745, 2006.
- BERNARDO, E. B. R. *et al.* Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 4, p. 592-598, 2013.
- BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J.**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.
- BEZERRA, V. L. V. A. *et al.* Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 30, n. 2, p. 173-179, 2012.

BLAY, S.L.; MERLIN, M.S. Desempenho e metodologia de pesquisa em qualidade de vida. In: DINIZ DP, SCHOR N. **Guia de qualidade de vida**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2006. p. 19 – 30.

BLILEY, A.V.; FERRANS, C. Quality of life after angioplasty. **Heart & Lung**, v. 22, n. 3, p. 193-199, 1993.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p. 1447-1462, 1995.

BRACKEN, B. A.; BARONA, A. State of the art procedures for translating, validating and using psychoeducational tests in cross-cultural assessment. **School Psychology International**, v. 12, n. 1-2, p. 119-132, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde 2007- tema do ano: nascimentos no Brasil**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/tema.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de atenção integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2002.

BRISLIN, R. W. Back-translation for cross-cultural research. **J. Cross-Cultural Psychol.**, v. 1, n. 3, p. 185-216, 1970.

BRITTON, C. *et al.* Apoyo para la lactancia materna. **The Cochrane Plus Database**, v. 3, 2008.

BROWN, S.; LUMLEY, J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 105, n. 2, p. 156-161, 1998.

BRUBAKER, L. *et al.* Sexual function 6 months after first delivery. **Obstet. Gynecol.**, v. 111, n. 5, p. 1040-1044, 2008.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization**. 5th. ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2003.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; RODGERS, W. L. **The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions**. New York: Russell Sage Foundation, 1976.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

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.

CARVALHO, G. M. C. *et al.* Brazilian studies on nephrology produced in nursing thesis and dissertations. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 1052-1055, 2010.

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2275-2284, 2007.

CERNADAS, J. M. C. *et al.* Nacimiento por cesarea al termino en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre lamorbilidad neonatal. **Arch. Argent. Pediatr.**, v.108, n.1, p. 13-23, jan. 2010.

CERON, M. I. *et al.* Assistência pré-natal na percepção de puérperas provenientes de diferentes serviços de saúde. **Rev. CEFAC**, v. 15, n. 3, p. 653-662, 2013.

CESAR, J. A. *et al.* Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 985-994, 2011.

CHAPMAN, D. W.; CARTER, J. F. Translation procedures for the cross cultural use of measurement instruments. **Educational Evaluation and Policy Analysis**, v. 1, n. 3, p. 71-76, 1979.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Educ. Couns.**, v. 26, n. 1, p. 313-318, 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

CONSONNI, E. B.; PARANHOS, I. M. Aspectos Psicológicos na Gravidez e Parto. **Rev. Feminina**, v. 31, n. 7, p. 577-581, 1998.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEMOTT, K. *et al.* **Clinical Guidelines and Evidence Review For Post Natal Care: Routine post natal care of recently Delivered women and their babies**. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners, 2006.

DENNIS, C. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. **Br. Med. J.**, v. 331, n. 7507, p. 15, 2005.

DENNIS, C.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res. Nurs. Health**, v. 22, n. 5, p. 399-409, 1999

DODT, R. C. M. *et al.* Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p. 345-351, 2010.

ELKAN, R. *et al.* The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. **Health Technol. Assess.**, v. 4, n. 13, p. i, 2000.

ESTÉVEZ GONZÁLEZ, M. D. *et al.* Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. **Anales Esp. Pediatr.**, v. 56, n. 2, p. 144-150, 2002.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes**. 2nd ed. [S.l.]: Wiley, 2007. p. 77-108.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLOL-JOHNSON, R. M.; PAQUETE, M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: proceeding of the Tenth Conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-62.

FERRANS, C. Development of a conceptual model of quality of life. **Sch. Inq. Nurs. Pract.**, v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.

FERRANS, C. E. Quality of life: conceptual issues. **Semin. Oncol. Nurs.**, v. 6, n. 4, p. 248-254, 1990.

FERRANS, C. Quality of life: conceptual issues. **Semin. Oncol. Nurs.**, v. 6, n. 4, p. 248-254, 1999.

FERRANS, C.; POWERS, M. Psychometric assessment of the quality of life index. **Res. Nurs. Health**, v. 15, p. 29-38, 1992.

FERRANS, C.; POWERS, M. **Quality of life index generic version-III**. 1998. Disponível em: <<http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/questionnairehome.htm>>. Acesso em: 9 out. 2011.

FERRANS, C.; POWERS, M. **Quality of life index**. [2000?]. Disponível em: <<http://www.uic.edu/orgs/qli>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

FERRANS, C.; POWERS, M. Quality of life index: development and psychometric properties. **Adv. Nurs. Sci.**, v. 8, p. 15-24, 1985.

FIELD, A. **Discovering statistics using SPSS**. [S.l.]: Sage publications, 2009.

FIGUEIREDO, P. P.; ROSSONI, E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 238-245, 2008.

FLECK, M. P. A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREITAS, C. M. *et al.* Quem é quem na saúde ambiental brasileira? Identificação e caracterização de grupos de pesquisas e organizações da sociedade civil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2071-2082, 2009.

FRYBACK, D. G. Measuring health-related quality of life. In: **WORKSHOP ON ADVANCING SOCIAL SCIENCE THEORY: The Importance of Common Metrics**, 2010, Washington, DC. **Paper...** Washington, DC: The National Academies, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, 2010.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GIGANTE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Nutrição materna e duração da amamentação em uma coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 259-265, 2000.

GILL, T.; FEINSTEIN, A. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. **J. Am. Med. Assoc.**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GLAZENER, C. *et al.* Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 102, n. 4, p. 282-287, 1995.

GLAZENER, C.; MACARTHUR, C. Postnatal morbidity. **Obstetr. Gynaecol.**, v. 3, n. 4, p. 179-183, 2001.

GOLDBERG, G. Maternal nutrition in pregnancy and the first postnatal year – 2. After the birth. **J. Fam. Health Care**, v. 15, n. 5, p. 140 – 150, 2005.

GRANT, M.; DEAN, G. Evolution of quality of life in oncology and oncology nursing. In: KING, C.; HINDS, P. **Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice.** Boston: Jones and Bartlett, 2003. p. 3-22.

GROUTZ, A. *et al.* Cesarean section: does it really prevent the development of postpartum stress urinary incontinence? A prospective study of 363 women one year after their first delivery. **Neurourol. Urodyn.**, v. 23, n. 1, p. 2-6, 2004.

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

HAASE, J.; BRADEN, C. Conceptualization and measurement of quality of life and related concepts: guidelines for clarity. In: KING, C.; HINDS, P. **Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice.** Boston: Jones and Bartlett, 2003. p. 65-91.

HACKER, E. D.; FERRANS, C. E. Quality of life immediately after peripheral blood stem cell transplantation. **Cancer Nurs.**, v. 26, n. 4, p. 312-322, 2003

- HALLIGAN, S. L. *et al.* Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. **J. Affect. Disord.**, v. 97, n. 1, p. 145-154, 2007.
- HILL, P. D. *et al.* Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. **J. Nurs. Meas.**, v. 14, n. 3, p. 205-220, 2006.
- HILL, P. D. *et al.* Psychological distress and milk volume in lactating mothers. **Western J. Nurs. Res.**, v. 27, n. 6, p. 676-693, 2005.
- HILL, P. D.; ALDAG, J. C. Maternal perceived quality of life following childbirth. **J. Obstetr. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 36, n. 4, p. 328-334, 2007.
- HOWELL, E. A. Correlates of early postpartum depressive symptoms. **Matern. Child Health J.**, v. 10, n. 2, p. 149-157, 2006.
- HUGHES, R. *et al.* Nutrition and physical activity guidance for women in the pre-and post-natal period: a continuing education needs assessment in primary health care. **Aust. J. Prim. Health**, v. 17, n. 2, p. 135-141, 2011.
- IBM Corp. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp., 2012.
- IMADA, T. C. M. L. **Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II (FDMII) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil**. 2008. 192 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional**. Rio de Janeiro, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009**. Rio de Janeiro, 2009
- IORRA, M. R. K. *et al.* H.Aspectos relacionados a preferencia pela via de parto em um hospital universitario. **Rev. AMRIGS**, v. 55, n. 3, p. 260-268, 2011.
- JOVENTINO, E. S. *et al.* The Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. **Public Health Nurs.**, v. 30, n. 2, p. 150-158, , 2012.
- KAISER, H. F. An index of factorial simplicity. **Psychometrika**, v. 39, p. 31-36, 1974.
- KASS, R. A.; TINLEY, H. E. A. Factor analysis. **J. Leisure Res.**, v. 11, p. 120-138, 1979.
- KLEIN, H. A. **The world of measurements: masterpieces, mysteries and muddles of metrology**. New York: Simon and Schuster, 1974.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L; GOOD, B. Culture, illness, and careclinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann. Intern. Med.**, v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

KLEINPELL, R. M. Whose outcomes. Patients, providers, or payers? **Nurs. Clin. North Am.**, v. 32, n. 3, p. 513-520, 1997.

KLINE, P. **The handbook of psychological testing**. 2nd ed. London: Routledge, 1986.

KNUPP, V. M. A. O.; MELO, E. C. P.; OLIVEIRA, R. B. Distribuição do Parto Vaginal e da Cesariana no Município do Rio de Janeiro no Período de 2001 a 2004. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 12, n. 1, p. 39-44, 2008.

LAGUARDIA, J. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. **Physis**, v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004.

LAHTINEN, E. *et al.* The development of quality criteria for research: a Finnish approach. **Health Promot. Int.**, v. 20, n. 3, p. 306-315, 2005.

LEITE, F. M. C. *et al.* Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 344-350, 2013.

LEONG, H. *et al.* Assessment of endogenous and therapeutic arteriogenesis by contrast ultrasound molecular imaging of integrin expression. **Circulation**, v. 111, n. 24, p. 3248-3254, 2005.

LEPLÈGE, A.; VERDIER, A. The adaptation of health status measures. A discussion of certain methodological aspects of the translation procedure. *In*: SHUMAKER, S.; BERZON, R. (Ed.). **The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis**. Oxford: Rapid communications of Oxford, 1994.

LESSA, P. R. A. **Tradução, adaptação e validação da escala Adherence Determinantes Questionnaire para uso no Brasil**. 2012. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

LIPS, P.; VAN SCHOOR, N. M. Quality of life in patients with osteoporosis. **Osteoporos. Int.**, v. 16, n. 5, p. 447-455, 2005.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (Ed.). **Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. [S.l.]: Elsevier Health Sciences, 2013.

LOGSDON, M. C.; USUI, W. Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women. **Western J. Nurs. Res.**, v. 23, n. 6, p. 563-574, 2001.

LOPES, E. M. **Construção e validação de hipermídia educacional em planejamento familiar: abordagem à anticoncepção**. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LOPES, M.S.V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 461-468, 2010

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p.382-385, 1986.

MACARTHUR, C.; BICK, D. E.; KEIGHLEY, M.R.B. Fecal incontinence after childbirth. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 104, n. 1, p. 46-50, 1997.

MACARTHUR, C.; LEWIS, M.; KNOX, E. G. Health after childbirth. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 98, n. 12, p. 1193-1195, 1991.

MANDARINO, N. R. *et al.* Aspectos relacionados a escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade publica e outra privada, em São Luis, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J. K. Instrument translation process: a methods review. **J. Adv. Nurs.**, v. 48, n. 2, p. 175-186, 2004.

MELCHIORI, L. E. *et al.* Preferencia de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Rev. Interação em Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2009.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758, 2008.

MEYERINK, R. O.; MARQUIS, G. S. Breastfeeding initiation and duration among low-income women in Alabama: the importance of personal and familial experiences in making infant-feeding choices. **J. Hum. Lact.**, v. 18, n. 1, p. 38-45, 2002.

MOGOS, M. F. *et al.* A systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. **Appl. Res. Qual. Life**, v. 8, n. 2, p. 219-250, 2013.

NAKANO, A. M. S. *et al.* Women's social space and the reference for breastfeeding practice. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 230-238, 2007.

NEGRON, R. *et al.* Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. **Matern. Child Health J.**, v. 17, n. 4, p. 616-623, 2013.

O'HARA, M. W. *et al.* Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. **J. Abnorm. Psychol.**, v. 99, n. 1, p. 3-15, 1990.

OLDS, D. L. *et al.* Prenatal and infancy home visitation by nurses: Recent findings. **Future Child.**, v. 9, n. 1, p. 44-65, 1999.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al.* Socioeconomic and geographic constraints to access mammography in Brasil, 2003-2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

ORÍÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da Breast Feeding Self-Efficacy Scale:** aplicação em gestantes. 2008. 188f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

ORÍÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 230-238, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200013&Ing=en>. Acesso em: 11 jul. 2013.

ORTEGA GARCÍA, J. A. *et al.* Proyecto Malama en la Región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. **An. Pediatr. (Barc.)**, v. 68, n. 5, p. 447-453, 2008.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos:** manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

PASQUALI, L. *et al.* **Instrumentação psicológica:** fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria:** teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

PASQUALI, L. Psychometrics. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009.

PAWLUSKI, J. L.; GALEA, L. A. M. Reproductive experience alters hippocampal neurogenesis during the postpartum period in the dam. **Neuroscience**, v. 149, n. 1, p. 53-67, 2007.

PIATO, S. **Complicações em obstetrícia.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2009.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B. Editorial. **Rev. Bras. Qualidade de Vida**, v.1, n 1, p. 1-2, 2009. Disponível em: < <http://revistas.utfpr.edu.br/pg/index.php/rbqv/issue/view/35>>. Acesso em: 31 out. 2009.

PIRES DE OLIVEIRA, R.; BASSO, R. M. A semântica, a pragmática e os seus mistérios. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem–ReVEL**, v. 5, n. 8, 2007.

POLIT, D. F. **Statistics and data analysis for nursing research.** 2nd ed. New York: Pearson, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Perfil social e obstétrico das puérperas de uma maternidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 161-167, 2007.

RAMÍREZ, R. Quality of life as a measure correlated to health outcomes: systematic revision of literature. **Rev. Col. Cardiol.**, v. 14, n. 4, p. 207-222, 2007.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Rezende**: obstetrícia. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2013.

RIBEIRO, S. G. **Tradução, adaptação e validação do *The mother generated index* para uso no Brasil**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

RICHARDS, K.C. Techniques for measurement of sleep in critical care. **Focus Crit. Care**, v. 14, n. 4, p. 34-40, 1987.

SANTOS, M. M. A. S. *et al.* Estado nutricional pré-gestacional, ganho de peso materno, condições da assistência pré-natal e desfechos perinatais adversos entre puérperas adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 1, p. 143-154, 2012.

SAPNAS, K. G. Determining adequate sample size. **J. Nurs. Scholarsh.**, v.36, n.1, p.4, 2004.

SASS, N.; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn. Tratamento**, v. 14, n. 4, p.133-137, 2009.

SAXENA, S.; ORLEY, J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. **Eur. Psychiatry**, v. 12, Suppl. 3, p. 263s-266s, 1997.

SOUSA, V. D.; ROJJANASRIRAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. **J. Eval. Clin. Pract.**, v. 17, n. 2, p. 268-274, 2011.

SOUTO, C. M. R. M. *et al.* Tendencies in nursing researches on woman's health from 2001 to 2005. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 719-726, 2007.

SOUZA, J. P. *et al.* Systematic review of near miss maternal morbidity. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 255-264, 2006.

SOUZA, S. S.; SILVA, D. M. G. V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 6, p. 778-783, 2011.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v. 126, p. S124-S128, 2004.

SYMON, A.; MACDONALD, A.; RUTA, D. Postnatal Quality of Life assessment: introducing the Mother Generated Index. **Birth**, v. 29, n. 1, p. 40-46, Mar. 2002.

SYMON, A.; MACKAY, A.; RUTA, D. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. **J. Adv. Nurs.**, v. 42, n. 1, p. 21-29, 2003.

SYMON, A.; MCGREAVEY, J.; PICKEN, C. Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 110, n. 9, p. 865-868, 2003.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO): position paper from the World Health organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p. 1403-1410, 1995.

THOMPSON, A. H. *et al.* Post-maternity outcomes following health care reform in Alberta: 1992-1996. **Can. J. Public Health**, v. 94, n. 2, p. 104-108, 2003.

TORKAN, B. *et al.* Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, p. 4, 2009.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.

UPRICHARD, M. E. The midwife as a counselor on nutrition. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 17, n. 2, p. 114-117, 1979.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VALLERAND, A.; PAYNE, J. Theories and conceptual models to guide quality of life research. In: KING, C.; HINDS, P. **Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice**. Boston: Jones and Bartlett, 2003. p. 45-64.

WALTZ, C. F.; BAUSELL, R. B. **Nursing research: design, statistics, and computer analysis**. Philadelphia: F.A. Davis, 1981.

WARE JR., J.E. Methodology in behavioral and psychosocial cancer research: conceptualizing disease impact and treatment outcomes. **Cancer**, v. 53, n. 10, p. 2316-2325, 1984.

WARNER, S. C.; WILLIAMS, J. I. The meaning in life scale: determining the reliability and validity of a measure. **J. Chronic Dis.**, v. 40, n. 6, p. 503-512, 1987.

WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. 2007. 133 f. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILLIAMSON, O. E. The economics of organization: the transaction cost approach. **Am. J. Soc.**, v. 87, n. 3, p. 548-577, 1981.

WILSON, P. R.; PUGH, L. C. Promoting nutrition in breastfeeding women. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v. 34, n. 1, p. 120-124, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preamble of constitution of the WHO**. Geneva, 1948.

ZUBARAN, C. *et al.* An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: a comparison of two questionnaires. **Clinics**, v. 64, n. 8, p. 751-756, 2009.

ZUCKERMAN, M.; LUBIN, B. **Manual for the multiple affect adjective check-list-revised**. San Diego, CA: EDITS, 1985.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo Convite de Juiz



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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mirna Fontenele de Oliveira
INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – DENF/UFC
ENDEREÇO: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo / Fortaleza-CE
TELEFONE PARA CONTATO: (085) 33668464

Prezado (a) _____,

Estou lhe convidando para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo verificar se a versão brasileira de uma escala de Qualidade de Vida, utilizada em outros países, ajudará os enfermeiros brasileiros a compreender melhor a vivência da mulher durante o período pós-parto.

Caso você concorde, sua participação constará da Etapa IV – Revisão por um Comitê de Juízes, conforme proposta por Beaton *et al.* (2007), que consiste na verificação das *equivalência semântica* (avaliação gramatical e do vocabulário); *equivalência idiomática* (a formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução); *equivalência experimental* (a tradução deve utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população a qual se destina); e *equivalência conceitual* (os conceitos traduzidos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população brasileira), da escala **POSTPARTUM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE**, em seu idioma original (inglês) e em nosso idioma local (português do Brasil).

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

Desde já agradeço sua valiosa contribuição,

Mirna Fontenele de Oliveira
mirnafontenele@ig.com.br

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Juízes)



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

TÍTULO DO ESTUDO: Tradução, Adaptação e Validação da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*: aplicação em puérperas

OBJETIVOS DO ESTUDO: Realizar a adaptação transcultural da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* para a Língua Portuguesa no contexto brasileiro; Verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*; Analisar a relação entre os índices da versão brasileira da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire* e as variáveis maternas; Identificar preditores de qualidade de vida entre as mães brasileiras estudadas.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mirna Fontenele de Oliveira

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – DENF/UFC

ENDEREÇO: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo / Fortaleza-CE

TELEFONE PARA CONTATO: (085) 33668464

Prezado (a) _____,

Venho através deste firmar seu aceite em participar desta pesquisa, através da verificação da *equivalência semântica* (avaliação gramatical e do vocabulário); *equivalência idiomática* (a formulação de expressões equivalentes para o idioma português, quando a tradução de termos e expressões idiomáticas for de difícil tradução); *equivalência experimental* (a tradução deve utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população a qual se destina); e *equivalência conceitual* (os conceitos traduzidos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população brasileira), da versão brasileira da escala **POSTPARTUM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE**.

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

Desde já agradeço sua valiosa contribuição,

Eu _____, Data e Local: _____

Após ter sido devidamente esclarecido (a) pela pesquisa e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Assinatura do (a) juiz (a)

Apêndice C – Instrumento de avaliação dos juízes

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELOS JUÍZES

Caro (a) Juiz(a),

Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural da escala *POSTPARTUM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE*, do seu idioma original (inglês) para nosso idioma local (português do Brasil), solicitamos sua contribuição neste estágio, em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada item das escalas (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a seguinte codificação:

QUESTÕES REFERENTES À EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:

1. A versão T12 (brasileira) apresenta ortografia correta? O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original da escala? A versão traduzida está gramaticalmente correta?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:

2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL:

3. A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual a escala será aplicada (puérperas brasileiras)?

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL:

4. A tradução deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original da escala?

CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS:

TMA=tradução muito adequada **TA**= tradução adequada

TCI=tradução com inadequações **TTI**=tradução totalmente inadequada

ITEM DA ESCALA VERSÃO T12 (Português)	ITEM DA ESCALA VERSÃO ORIGINAL (Inglês)	EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
QUALIDADE DE VIDA MATERNA NO PERÍODO PÓS-PARTO	MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
<p><i>Parte I.</i></p> <p><i>Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o seu grau de satisfação em relação aos referidos aspectos da sua vida.</i></p> <p><i>Por favor, marque sua resposta circulando o número correspondente. Lembre-se que não há resposta certa ou errada.</i></p>	<p><i>Part I.</i></p> <p><i>For each of the following, please choose the answer that best describes <u>how satisfied</u> you are with that area of life is to you. Please mark your answer by circling the number. There is no right or wrong answer.</i></p>	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

1 = Muito insatisfeita 2=Moderadamente insatisfeita 3 = Um pouco insatisfeita 4 = Ligeiramente satisfeita 5=Moderadamente satisfeita 6 = Muito satisfeita	1 = Very dissatisfied 2=Moderately dissatisfied 3=Slightly dissatisfied 4 = Slightly satisfied 5 = Moderately satisfied 6 = Very satisfied	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
Qual o seu grau de satisfação em relação a:	How satisfied are you with:	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
1.Sua saúde?	1.Your health?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
2.A quantidade de dor que você sente?	2.The amount of pain that you have?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

3.Quantidade de energia para suas atividades diárias?	3.Amount of energy for everyday activities?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
4.Quantidade de controle que você tem sobre a sua vida?	4.Amount of control you have over your life?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
5.Sua capacidade de cuidar de si mesmo sem a ajuda de outros?	5.Your ability to take care of yourself without help?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
6. Sua aparência física?	6.Your physical appearance?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

7. Seus seios?	7. Your breasts?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
8. Sua incisão cirúrgica ou episiotomia?	8. Your surgical incision or episiotomy?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
9. Sua vida sexual?	9. Your sex life?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
10. Sua paz de espírito?	10. Your peace of mind?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

11.Sua felicidade em geral?	11.Your happiness in general?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
12.Sua vida em geral?	12.Your life in general?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
13.A quantidade de preocupações na sua vida?	13.The amount of worries in your life?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
14.O apoio emocional que você recebe: a.)Do seu marido/companheiro? b.) Da sua família? c.)Dos seus amigos ou outras pessoas?	14.The emotional support you get from: a.)Your husband/partner? b.)Your extended family? c.) Your friends or other people?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

15.Seu relacionamento com seu marido/companheiro?	15.Your relationship with your husband/partner?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
16.Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?	16.Your ability to meet family responsibilities?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
17.A saúde do seu bebê?	17.Your baby's health?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
18.A assistência com cuidados com o bebê e as outras crianças?	18.The assistance with baby care and other children?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

19.Tempo para as crianças?	19.Time for children?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
20.Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	20.Time for maintaining the household?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
21.Tempo para os amigos / familiares?	21.Time for friends/relatives?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
22.Tempo para o marido / companheiro?	22.Time for husband/partner?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

23.Tempo para você?	23.Time for yourself?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
24.Sua habilidade para alimentar o seu novo bebê?	24.Your ability to feed your new baby?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
25.A saúde do seu marido / companheiro?	25.Your husband/partner's health?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
26.A rotina do seu dia-a-dia?	26.Your day to day life's routine?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

27.Sua casa / apartamento / lugar onde você vive?	27.Your home/apartment/place where you live?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
28.Sua vizinhança?	28.Your neighborhood?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
29.Sua independência financeira?	29.Your financial independence?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
30.Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	30.Your ability to meet financial obligations?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

31.Seu acesso a serviços de saúde?	31.Your access to medical care?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
32.Seu acesso aos meios de transporte?	32.Your access to transportation?	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()
33.Suas condições de vida em casa? a.)Seus bens materiais b.)A sua capacidade economica ou financeira c.)O ambiente que você vive (sem gritaria, brigas, disputas/ intrigas)	33.Your living conditions in the home? a.)Your materialistic possessions b.)Your economic or financial capacity c.)Your overall environment/surrounding (no yelling, fights, squabbles)	1. TMA() TA() TCI() TTI()	2. TMA() TA() TCI() TTI()	3. TMA() TA() TCI() TTI()	4. TMA() TA() TCI() TTI()

<p>34. Trabalho/Ocupação?</p> <p>a.)O emprego de seu marido</p> <p>b.)O seu próprio emprego</p>	<p>36.</p> <p>Employment/work?</p> <p>a.) Your husband's employment</p> <p>b.)Your own employment</p>	<p>1.</p> <p>TMA() TA()</p> <p>TCI() TTI()</p>	<p>2.</p> <p>TMA() TA()</p> <p>TCI() TTI()</p>	<p>3.</p> <p>TMA() TA()</p> <p>TCI() TTI()</p>	<p>4.</p> <p>TMA() TA()</p> <p>TCI() TTI()</p>
--	---	--	--	--	--

MODIFICAÇÕES SUGERIDAS (Favor especificar a questão):

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

1- IDENTIFICAÇÃO

Juiz no. _____

Nome: _____ Idade: _____

Local de Trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: 1 (). Assistência 2 (). Ensino 3 (). Pesquisa 4 (). Consultoria

Proficiência na língua inglesa () - Critério obrigatório

2- QUALIFICAÇÃO

Formação/ Graduação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em : _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____

3- EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO EM QUESTÃO:

Tese na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto – 2 pontos	
Dissertação na temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto – 2 pontos	
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área da Saúde Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto – 2 pontos	
Participação em grupos/projetos de pesquisa que envolvam a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto – 1 ponto	
Autoria de trabalhos publicados em periódicos com Qualis \geq B ₂ que abordem a temática Saúde da Mulher ou Qualidade de Vida no pós-parto – 2 ponto	
TOTAL DE PONTOS:	

4 - EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM A CONSTRUÇÃO DE MATERIAL/ÁLBUM SERIADO NA TEMÁTICA SAÚDE DA MULHER OU QUALIDADE DE VIDA NO PÓS-PARTO:

() Sim, Qual: _____

() Não

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (População-alvo)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

TÍTULO DO ESTUDO: Tradução, Adaptação e Validação da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*: aplicação em puérperas Brasileiras

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mirna Fontenele de Oliveira

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – DENE/UFCE

ENDEREÇO: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo / Fortaleza-CE

TELEFONE PARA CONTATO: (085) 33668464

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Estou lhe convidando para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo verificar se uma escala de Qualidade de Vida, utilizada em outros países, ajudará os enfermeiros brasileiros a compreender melhor a vivência da mulher durante o período pós-parto.

Caso você concorde em participar do estudo, eu realizarei uma entrevista após a consulta do seu recém-nascido, para a aplicação de dois questionários (Escala de Qualidade de Vida e Investigação Sociodemográfica e obstétrica).

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão usadas apenas para fins acadêmicos e, também lhe asseguro que a qualquer momento que desejar poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer qualquer dúvida que você possa ter. Você terá o direito de sair do estudo no momento que desejar, sem que isto traga prejuízo no seu atendimento na rede pública ou privada de saúde, e finalmente lhe informo que os dados do estudo serão codificados, para que sua identidade não seja revelada durante a condução do estudo e nem quando o estudo for publicado em eventos ou jornais científicos. A participação neste estudo não trará nenhuma despesa para você.

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando a pesquisadora por meio do telefone (85) 33668464.

**ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
Telefone: 3366.8338**

Eu _____, idade ____, RG _____,

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

Data e Local: _____

Assinatura da mulher

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte I – Características Sociodemográficas

1. Código da paciente:	
2. Contatos: 1.Sim 2. Não Telefone _____ E-mail _____	
3. Idade (em anos, meses, dias):	
4. Dias de pós-parto:	
5. Procedência: 1.Fortaleza 2. Interior, especifique: _____ 3.Outro: _____	
6. Estado Civil: 1. Casada/união consensual 2. Solteira 3. Divorciada 4. Viúva	
7. Ocupação:	
8. Escolaridade (anos de estudo):	
9. Renda familiar mensal (em Real):	
10. Raça: 1. Branca 2. Negra 3. Parda	
11. Religião: 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita 4. Ausente	

Parte II – Características Obstétricas

12. G: ____ P: ____ A: ____	
13. Nº filhos vivos:	
14. Via do último parto: 1. Abdominal 2. Vaginal	
15. Vias de partos anteriores: P1: _____ P2: _____ P3: _____	
16. Idade gestacional no momento do parto (US do Hospital?):	
17. Teve problemas durante a gravidez: 1. Não 2. Sim, especifique:	
18. Queixas atuais:	
19. Número de consultas pré-natal:	
20. Local pré-natal:	
21. Profissional que realizou pré-natal: 1.Enfermeiro 2. Médico 3. Enf. + Médico	
22. Recebeu orientações sobre qualidade de vida/melhoria da saúde para o puerpério durante o pré-natal? 1.() Não 2.() Sim, especifique assunto: 1.Amamentação 2. Higiene coto umbilical RN 3.Banho RN 4. Vacinas RN 5. Exames RN 6.Alimentação Mãe 7. Planejamento familiar pós-parto Outros _____	

23. Local do último parto: _____	
<p>24. Recebeu orientações sobre qualidade de vida/melhoria da saúde para o puerpério durante o internamento hospitalar para o último parto?</p> <p>1.() Não 2.() Sim, especifique assunto:</p> <p>1.Amamentação 2. Higiene coto umbilical RN 3.Banho RN 4. Vacinas RN</p> <p>5. Exames RN 6.Alimentação Mãe 7. Planejamento familiar pós-parto</p> <p>Outros _____</p>	
25. Profissional que forneceu orientações : 1.Enfermeiro 2. Médico 3. Enf. + Médico	

APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

TÍTULO DO ESTUDO: Tradução, Adaptação e Validação da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*: aplicação em puérperas Brasileiras
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Mirna Fontenele de Oliveira

Fortaleza, de de .

Prezado Diretor Clínico,

Venho por meio deste, solicitar autorização para que o estudo intitulado “Tradução, Adaptação e Validação da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*: aplicação em puérperas Brasileiras”, seja desenvolvido nesta instituição . O mesmo objetiva aplicar a versão brasileira, traduzida e adaptada da escala *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*.

Assim, eu, enfermeira Mirna Fontenele de Oliveira, pesquisadora responsável, precisarei ter acesso ao arquivo de dados das pacientes desta Instituição, bem como permissão para coletar informações junto às mesmas.

Fica claro que todas as informações obtidas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional e que a Diretoria desta Instituição, pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO, caso suas recomendações não sejam atendidas.

Assinatura do Responsável pela Instituição – HGCC

Eu, Mirna Fontenele de Oliveira, declaro que estou ciente das recomendações e comprometo-me a cumprir os preceitos da Resolução 466/12.

Pesquisadora responsável

APÊNDICE H – MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFEQUESTIONNAIRE

VERSÃO BRASILEIRA DA MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFEQUESTIONNAIRE

Parte I.

Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o seu **grau de satisfação** em relação aos diferentes aspectos da sua vida. Por favor, marque sua resposta circulando o número correspondente. Lembre-se de que não há resposta certa ou errada.

- 1 = Muito insatisfeita**
2 = Moderadamente insatisfeita
3 = Um pouco insatisfeita
4 = Um pouco satisfeita
5 = Moderadamente satisfeita
6 = Muito satisfeita

1.	Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2.	A dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
3.	Sua disposição para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
4.	O controle que você tem sobre a sua vida?	1	2	3	4	5	6
5.	Sua capacidade de cuidar de si mesma sem a ajuda de outros?	1	2	3	4	5	6
6.	Sua aparência física?	1	2	3	4	5	6
7.	Seus seios?	1	2	3	4	5	6
8.	Sua cirurgia? Ex: os pontos da cirurgia (cesárea) ou “o corte perineal” (parto vaginal)	1	2	3	4	5	6
9.	Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
10.	Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
11.	Sua felicidade?	1	2	3	4	5	6
12.	Sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
13.	As preocupações na sua vida?	1	2	3	4	5	6
14.	O apoio emocional que você recebe:						
	a) Do seu marido/ companheiro?	1	2	3	4	5	6
	b) Da sua família?	1	2	3	4	5	6
	c) Dos seus amigos ou outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
15.	Seu relacionamento com seu marido/ companheiro?	1	2	3	4	5	6
16.	Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
17.	A saúde do seu bebê?	1	2	3	4	5	6
18.	Cuidados com o bebê e as outras crianças?	1	2	3	4	5	6
19.	Tempo para as crianças?	1	2	3	4	5	6
20.	Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	1	2	3	4	5	6
21.	Tempo para os amigos/familiares?	1	2	3	4	5	6
22.	Tempo para o marido/companheiro?	1	2	3	4	5	6
23.	Tempo para você?	1	2	3	4	5	6
24.	Sua capacidade para alimentar seu novo bebê?	1	2	3	4	5	6

25.	A saúde do seu marido/companheiro?	1	2	3	4	5	6
26.	A rotina do seu dia a dia?	1	2	3	4	5	6
27.	Sua casa/apartamento/lugar onde você vive?	1	2	3	4	5	6
28.	Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
29.	Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
30.	Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	1	2	3	4	5	6
31.	Seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	6
32.	Seu acesso aos meios de transporte?	1	2	3	4	5	6
33.	Suas condições de vida em casa?						
	a) Seus bens materiais	1	2	3	4	5	6
	b) Sua capacidade econômica ou financeira	1	2	3	4	5	6
	c) O ambiente em que você vive (ex: se tem gritarias, brigas, disputas/ intrigas)	1	2	3	4	5	6
34.	Trabalho/Ocupação?	1	2	3	4	5	6
	a) O emprego do seu marido						
	b) Seu próprio emprego	1	2	3	4	5	6

Parte II.

Para cada um dos itens abaixo, escolha a resposta que melhor descreve o **grau de importância** dos diferentes aspectos da sua vida. Por favor, marque sua resposta circulando o número correspondente. Lembre-se de que não há resposta certa ou errada.

- 1 = Sem muita importância**
2 = Moderadamente sem importância
3 = Um pouco sem importância
4 = Um pouco importante
5 = Moderadamente importante
6 = Muito importante

1.	Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2.	A dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
3.	Sua disposição para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
4.	O controle que você tem sobre a sua vida?	1	2	3	4	5	6
5.	Sua capacidade de cuidar de si mesma sem a ajuda de outros?	1	2	3	4	5	6
6.	Sua aparência física?	1	2	3	4	5	6
7.	Seus seios?	1	2	3	4	5	6
8.	Sua cirurgia?	1	2	3	4	5	6
	Ex: os pontos da cirurgia (cesárea) ou “o corte perineal” (parto vaginal)						
9.	Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
10.	Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
11.	Sua felicidade?	1	2	3	4	5	6
12.	Sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
13.	As preocupações na sua vida?	1	2	3	4	5	6
14.	O apoio emocional que você recebe:						
	a) Do seu marido/ companheiro?	1	2	3	4	5	6
	b) Da sua família?	1	2	3	4	5	6

	c) Dos seus amigos ou outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
15.	Seu relacionamento com seu marido/ companheiro?	1	2	3	4	5	6
16.	Sua capacidade de cumprir as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
17.	A saúde do seu bebê?	1	2	3	4	5	6
18.	Cuidados com o bebê e as outras crianças?	1	2	3	4	5	6
19.	Tempo para as crianças?	1	2	3	4	5	6
20.	Tempo para cuidar da casa/tarefas domésticas?	1	2	3	4	5	6
21.	Tempo para os amigos/familiares?	1	2	3	4	5	6
22.	Tempo para o marido/companheiro?	1	2	3	4	5	6
23.	Tempo para você?	1	2	3	4	5	6
24.	Sua capacidade para alimentar o seu novo bebê?	1	2	3	4	5	6
25.	A saúde do seu marido/companheiro?	1	2	3	4	5	6
26.	A rotina do seu dia a dia?	1	2	3	4	5	6
27.	Sua casa/apartamento/lugar onde você vive?	1	2	3	4	5	6
28.	Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
29.	Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
30.	Sua capacidade em cumprir com as obrigações financeiras?	1	2	3	4	5	6
31.	Seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	6
32.	Seu acesso aos meios de transporte?	1	2	3	4	5	6
33.	Suas condições de vida em casa?						
	a) Seus bens materiais	1	2	3	4	5	6
	c) Sua capacidade econômica ou financeira	1	2	3	4	5	6
	c) O ambiente em que você vive (ex: se tem gritarias, brigas, disputas/ intrigas)	1	2	3	4	5	6
34.	Trabalho/Ocupação?	1	2	3	4	5	6
	a) O emprego do seu marido						
	b) Seu próprio emprego	1	2	3	4	5	6

ANEXOS

**ANEXO A – MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE QUESTIONNAIRE
(VERSÃO ORIGINAL)**

MATERNAL POSTPARTUM QUALITY-OF-LIFE QUESTIONNAIRE

Part I. *For each of the following, please choose the answer that best describes how satisfied you are with that area of life is to you. Please mark your answer by circling the number. There is no right or wrong answer.*

1 = Very dissatisfied 3 = Slightly dissatisfied 5 = Moderately satisfied
2 = Moderately dissatisfied 4 = Slightly satisfied 6 = Very satisfied

How satisfied are you with:

1. Your health?	1	2	3	4	5	6
2. The amount of pain that you have?	1	2	3	4	5	6
3. Amount of energy for everyday activities?	1	2	3	4	5	6
4. Amount of control you have over your life?	1	2	3	4	5	6
5. Your ability to take care of yourself without help?	1	2	3	4	5	6
6. Your physical appearance?	1	2	3	4	5	6
7. Your breasts?	1	2	3	4	5	6
8. Your surgical incision or episiotomy?	1	2	3	4	5	6
9. Your sex life?	1	2	3	4	5	6
10. Your peace of mind?	1	2	3	4	5	6
11. Your happiness in general?	1	2	3	4	5	6
12. Your life in general?	1	2	3	4	5	6
13. The amount of worries in your life?	1	2	3	4	5	6
14. The emotional support you get from:						
a.) your husband/partner?	1	2	3	4	5	6
b.) your extended family	1	2	3	4	5	6
c.) your friends or other people	1	2	3	4	5	6

Continuation Part 1

**1 = Very dissatisfied
satisfied****3 = Slightly dissatisfied****5 = Moderately****2 = Moderately dissatisfied
satisfied****4 = Slightly satisfied****6 = Very**

15. Your relationship with your husband/partner?	1	2	3	4	5	6
16. Your ability to meet family responsibilities?	1	2	3	4	5	6
17. Your baby's health?	1	2	3	4	5	6
18. The assistance with baby care and other children?	1	2	3	4	5	6
19. Time for children?	1	2	3	4	5	6
20. Time for maintaining the household?	1	2	3	4	5	6
21. Time for friends/relatives?	1	2	3	4	5	6
22. Time for husband/partner?	1	2	3	4	5	6
23. Time for yourself?	1	2	3	4	5	6
24. Your ability to feed your new baby?	1	2	3	4	5	6
25. Your husband/partner's health?	1	2	3	4	5	6
26. Your day to day life's routine?	1	2	3	4	5	6
27. Your home/apartment/place where you live?	1	2	3	4	5	6
28. Your neighborhood?	1	2	3	4	5	6
29. Your financial independence?	1	2	3	4	5	6
30. Your ability to meet financial obligations?	1	2	3	4	5	6
31. Your access to medical care?	1	2	3	4	5	6
32. Your access to transportation?	1	2	3	4	5	6
33. Your living conditions in the home?						
a.) Your materialistic possessions	1	2	3	4	5	6
b.) Your economic or financial capacity	1	2	3	4	5	6
c.) Your overall environment/surroundin (no yelling, fights, squabbles)	1	2	3	4	5	6
34. Employment/work?						
a.) Your husband's employment	1	2	3	4	5	6
b.) Your own employment	1	2	3	4	5	6

Survey Part II is identical to Part I – you need to change the Likert scale wording to

**1 = Very not important
important**

2 = Moderately not important

3 = Slightly not important

4 = Slightly important

5 = Moderately

6 = Very important

ANEXO B - Autorização do Autor da *Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire*

(Dr. Pamela Hill)



mirna fontenele de oliveira <mirnafontenele@ig.com.br>

MATERNAL POSTPARTUM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE

mirna fontenele de oliveira <mirnafontenele@ig.com.br>

**29 de setembro de 2009
23:13**

Para: phill@uic.edu

Cc: Ana Karina Pinheiro <anakarinaufc@hotmail.com>

Dear Dra. Pamela Hill,

I'm a nurse care in nursing midwifery and participate in research activities in women's health. I am interested in the subject.

I read some articles about The Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, among them some of his own.

Before which, I have some questions:

- I wonder if THE MATERNAL POSTPARTUM QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE has already translated and validated for the Portuguese version of Brazil?
- You authorize me to translate and validate this scale for the Portuguese version of Brazil?

How do I access the material?

Thanks,

Mirna Fontenele
(085) 91851857
(085) 88831211
mirnafontenele@ig.com.br
Fortaleza-Ceará-Brasil

Pamela Hill <phill@uic.edu>

30 de setembro de 2009 11:19

Para: mirna fontenele de oliveira <mirnafontenele@ig.com.br>

Dear Mirna,

I am not aware that this questionnaire has been translated into Portuguese.

You have my permission to do so.

Regards,

Pam

*Pamela D. Hill, PhD, RN, CBE, FAAN
Director & Professor
University of Illinois at Chicago
Quad Cities Regional Program
1515 - 5th Avenue, Suite 400
Moline, IL 61265
309-757-9467 x 26
309-757-9473 (fax)*

ANEXO C - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (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,

Dr. Fernando A. Costa Freire
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO D - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA INSTITUIÇÃO QUE SEDIOU A COLETA DE DADOS (HGCC)



Hospital Geral
Dr. César Cals

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

PARECER DO CEP

Protocolo do CEP: 534/2011

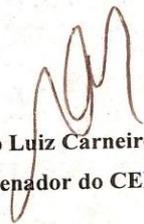
Título do projeto: "APLICAÇÃO DE ESCALA PARA MENSURAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM PUÉRPERAS"

Pesquisador Responsável: Mirna Fontenele de Oliveira

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do **Hospital Geral Dr. César Cals**, 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 Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, **avaliou e aprovou o referido projeto em reunião realizada em 07 de outubro de 2011**

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
2. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.


Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo
Coordenador do CEP HGCC