



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *BIRTH
COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE* PARA USO NO BRASIL**

AMANDA SOUZA DE OLIVEIRA

FORTALEZA, 2017

AMANDA SOUZA DE OLIVEIRA

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *BIRTH*
COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/ Área de Concentração: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno.

Co-orientadora: Prof^a Dr.^a Mônica Oliveira Batista Oriá

Fortaleza

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados
fornecidos pelo(a) autor(a).

O45t Oliveira, Amanda Souza de. Tradução, adaptação transcultural e validação do Birth Companion Support Questionnaire para uso no Brasil / Amanda Souza de Oliveira. – 2017. 143 f. : il.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno. Coorientação: Profa. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá.

1. Apoio Social. 2. Parto Humanizado. 3. Estudos de Validação. 4. Enfermagem. 5. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 610.7

AMANDA SOUZA DE OLIVEIRA

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO *BIRTH*
COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará/ Área de Concentração: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 04/07/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora).
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Dr.^a Janaína Fonseca Victor Coutinho (1º membro)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Dr.^a Liana Mara Rocha Teles (2º membro)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Dr.^a Régia Christina Moura Barbosa Castro (3º membro)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Dr.^a Linicarla Fabiole de Souza Gomes (4º membro)
Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Prof^ª Dr.^a Karina Bezerra Pinheiro (Suplente)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^ª Dr.^a Kaelly Virginia de Oliveira Saraiva (Suplente)
Universidade Federal do Ceará-UFC

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inúmeras bênçãos e livramentos e por me ajudar a vencer esta grande jornada.

Aos meus pais, Iolita Souza e Francisco Antônio, pelo empenho, incentivo, amor, força, dedicação, ensinamentos e serem a minha base em todos os momentos.

Às minhas irmãs, Aline Souza e Alana Souza, e ao meu cunhado, Giampaolo, pelo incentivo, cuidado e exemplo de vida, que tanto contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu esposo Ricardo, por todos os momentos de cumplicidade, apoio e parceria. Obrigada pela paciência e por entender minhas renúncias, ausências e queixas. Te amo muito!

À enfermeira, professora e amiga Liana Mara pelo apoio, amizade, grande auxílio, e empenho para a conclusão desta tese.

As integrantes do projeto de pesquisa, Lorena Galdino e Larissa, pelo grande auxílio na coleta de dados desta pesquisa.

À co-orientadora professora Mônica Oliveira, agradeço pelo conhecimento transmitido e pelos momentos de apoio e compreensão.

À orientadora, professora Ana Kelve, pela amizade, compreensão, orientação, e toda experiência transmitida nesses anos de convivência. Muito obrigada por sempre estar pronta para me ouvir, pela paciência nas horas mais difíceis e por nunca desistir de me orientar.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC.

A todos, que de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Objetivou-se realizar a tradução e adaptação transcultural do *Birth Companion Support Questionnaire (BCSQ)* para uso no Brasil e verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira do *Birth Companion Support Questionnaire*. Para isto, obteve-se prévia autorização das autoras da versão original do instrumento. Desenvolveu-se um estudo metodológico com abordagem quantitativa realizado em uma maternidade pública de Fortaleza. As cinco etapas recomendadas por Beaton *et al.* (2007) para adaptação transcultural foram executadas: tradução inicial, síntese das traduções, retradução, avaliação por um comitê de juízes e pré-teste, com 30 puérperas. Na análise de suas propriedades psicométricas, empregou-se amostra de 130 puérperas. A validade de conteúdo foi verificada pelo Índice de Validação de Conteúdo (IVC). A validade de construto realizada pela análise fatorial exploratória por extração de componentes principais, com rotação *varimax*. A confiabilidade foi avaliada através do alfa de Cronbach. A coleta de dados do pré-teste e da validação ocorreu nos meses de outubro de 2016 e fevereiro de 2017, tendo sido utilizada além da BCSQ versão brasileira, um formulário com informações sócio-demográficas e obstétricas. Os dados coletados foram organizados em arquivos no software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, e submetidos a análises estatísticas. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (parecer 1.522.705/2016). O processo de tradução e adaptação transcultural resultou em instrumento com conteúdo válido (IVC=0,9), apresentando estrutura fatorial (duas dimensões) e comportamento de itens semelhantes com a versão original. O instrumento mostrou boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,81 para escala total; variando de 0,71 e 0,73 nas duas subescalas). Concluiu-se, portanto, que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar o apoio social do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, e recomenda-se que a BCSQ versão brasileira seja aplicada na pesquisa e na prática obstétrica como instrumento para verificar o apoio do acompanhante e ratificar sua importância durante esse período.

Descritores: Apoio Social, Parto Humanizado, Estudos de Validação, Enfermagem, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to perform the cross-cultural translation and adaptation of the *Birth Companion Support Questionnaire* (BCSQ) for use in Brazil and to verify the psychometric properties of the Brazilian version of the *Birth Companion Support Questionnaire*. For this, prior authorization from the authors of the original version of the instrument was obtained. A methodological study with a quantitative approach was carried out in a public maternity hospital in Fortaleza. The five steps recommended by Beaton *et al.* (2007) for cross-cultural adaptation were carried out: initial translation, synthesis of translations, retranslation, evaluation by a committee of judges and pre-test, with 30 postpartum women. In the analysis of their psychometric properties, a sample of 130 puerperae was used. The validity of content has been verified by the Content Validation Index (IVC). The construct validity was performed by exploratory factorial analysis by extraction of principal components, with *varimax* rotation. Reliability was assessed using Cronbach's alpha. Data collection of the pre-test and validation took place in October 2016 and February 2017, and a form with sociodemographic and obstetrical information was used in addition to the BCSQ Brazilian version. The collected data were organized in files in the software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), version 20.0, and submitted to statistical analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará (opinion 1.522.705/2016). The transcultural translation and adaptation process resulted in an instrument with valid content (IVC = 0,9), presenting a factorial structure (two dimensions) and behavior of similar items with the original version. The instrument showed good internal consistency (Cronbach's alpha = 0,81 for full scale, ranging from 0,71 to 0,73 for the two subscales). It was concluded, therefore, that a reliable, valid instrument capable of evaluating the social support of the companion during labor and delivery was obtained, and it is recommended that the BCSQ Brazilian version be applied in obstetric research and practice as an instrument To verify the support of the companion and to confirm its importance during this period.

Descriptors: Social Support, Humanized Childbirth, Validation Studies, Nursing, Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Logística do processo de adaptação transcultural e validação do <i>Birth Companion Support Questionnaire</i>	30
Figura 2.	Representação gráfica do processo de adaptação transcultural recomendado por Beaton <i>et al.</i> (2007).	32
Quadro 1.	Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da versão brasileira do instrumento <i>Birth Companion Support Questionnaire</i>	38
Quadro 2.	Distribuição das traduções iniciais e síntese das traduções, resultantes da primeira e da segunda etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento BCSQ para o contexto do Brasil. Fortaleza, 2017.....	43
Quadro 3.	Distribuição das retraduições (backtranslations) resultantes da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento BCSQ para o contexto do Brasil e versão original. Fortaleza, 2017.	47
Quadro 4.	Distribuição das opiniões quanto às equivalências avaliadas e sugestões dos juízes integrantes do comitê para reescrita dos itens da versão BCSQ considerados insuficientemente equivalentes aos itens da versão original do instrumento BCSQ. Fortaleza, 2017....	50
Quadro 5.	Versão original, síntese das traduções e versão pré-final do instrumento BCSQ (versão brasileira). Fortaleza, 2017.....	52
Tabela 1.	Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características sociodemográficas das puérperas (pré-teste). MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	55
Quadro 6.	Versão final em português brasileiro do instrumento BCSQ para a avaliação do apoio prestado pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Fortaleza, 2017.	56
Tabela 2.	Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características sóciodemográficas das puérperas do estudo.	

	MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	61
Tabela 3.	Distribuição do número e percentual de puérperas segundo os antecedentes obstétricos e gestação atual Fortaleza. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	62
Tabela 4.	Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características do parto atual. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	63
Tabela 5.	Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características neonatais parto atual. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	65
Tabela 6.	Análise dos escores do suporte social da escala BCSQ para as puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	66
Tabela 7.	Análise comparando as variáveis sociodemográficas com a satisfação das puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	68
Tabela 8.	Análise comparando dois grupos contratados e os escores do suporte social da escala BCSQ para as puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	69
Tabela 9.	Análise comparando dois grupos contrastados e satisfação das puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.	71
Tabela 10.	Perfil dos profissionais da saúde peritos na área de saúde da mulher. Fortaleza, 2017.	73
Tabela 11.	Distribuição dos itens do BCSQ-VB quanto à clareza, relevância e pertinência ao construto, conforme avaliação do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2017.....	74
Tabela 12.	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo dos itens individuais do BCSQ-VB, conforme análise do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2017.	75
Tabela 13.	Distribuição da variância explicada inicial, e percentual de variância dos componentes do BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.....	77
Figura 3.	Diagrama de declividade: <i>scree test</i> do BCSQ-VB. Fortaleza,	

	2017.	78
Tabela 14.	Distribuição da matriz de correlação com solução para dois componentes do BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.....	79
Tabela 15.	Distribuição das comunalidades observadas para os itens do instrumento BCSQ-VB, referentes à solução com dois fatores, conforme distribuição nas subescalas. Fortaleza, 2017.....	80
Tabela 16.	Distribuição dos valores do alfa de Cronbach para as subescalas do instrumento BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.	81
Tabela 17.	Distribuição das comunalidades observadas para o instrumento BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento conjunto
BT1	Back-Translation 1
BT2	Back-Translation 2
<i>BSCQ</i>	<i>Birth Companion Support Questionnaire</i>
<i>BSCQ-VB</i>	<i>Birth Companion Support Questionnaire – versão brasileira</i>
CHU	Complexo Hospitalar Universitário
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LSQ	<i>Labor Support Questionnaire</i>
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher
SM	Salário mínimo
T12	Síntese das Traduções 1 e 2
SUS	Sistema Único de Saúde
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Humanização da assistência ao parto no Brasil	13
1.2	Apoio Social no processo de parto	17
1.3	O enfermeiro na promoção do apoio prestado pelo acompanhante em sala de parto	23
2	OBJETIVOS	27
3	METODOLOGIA	28
3.1	Autorização para o estudo	28
3.2	Tipo de estudo	28
3.3	Diretrizes para o processo de tradução e adaptação	31
3.3.1	Etapa 1: Tradução inicial	32
3.3.2	Etapa 2: Síntese das traduções	33
3.3.3	Etapa 3: Tradução de volta à língua de origem (retradução ou backtranslation)	33
3.3.4	Etapa 4: Revisão por um comitê de especialistas	33
3.3.5	Etapa 5: Pré-teste	35
3.4	Verificação das propriedades psicométricas.....	36
3.4.1	Validade	36
3.4.2	Confiabilidade	39
3.5	Local da pesquisa	40
3.6	População e amostra	41
3.7	Coleta de dados	41
3.8	Organização dos dados e análise	42
3.9	Considerações éticas	43
4	RESULTADOS	43
5	DISCUSSÃO	83
6	CONCLUSÃO	95
	REFERÊNCIAS	97
	Apêndices	109
	Anexos	137

1 INTRODUÇÃO

1.1 Humanização da assistência ao parto no Brasil

Historicamente, a assistência ao nascimento era de responsabilidade das parteiras tradicionais, conhecidas na sociedade por suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. O nascimento acontecia num ambiente familiar, no conforto da casa. Os rituais de família e as tradições transmitiam à mulher confiança em sua capacidade de parir e o conforto necessário para superar esse momento. Quanto aos homens, apesar de não assistirem diretamente o nascimento, sempre estavam próximos, em contato com a mulher e o filho logo após o parto (MOURA, 2007).

O cuidado prestado à mulher durante o processo de nascimento vem passando por mudanças com vistas à humanização da assistência. Tais mudanças implicaram na substituição do ambiente, das pessoas envolvidas e das atitudes diante do fenômeno da parturição: o parto passou a ser um evento hospitalar, muitas vezes encarado sob o ponto de vista patológico e assistido por uma equipe de profissionais da saúde. Neste sentido, salta aos olhos a atual assistência oferecida à mulher, marcada pela medicalização e dominação do corpo, em detrimento do respeito ao fenômeno natural e fisiológico do parto.

A institucionalização do nascimento e suas evidentes consequências positivas sobre a melhoria da morbidade e mortalidade, tanto materna quanto perinatal, proporcionaram uma tendência negativa ao aumento exagerado da utilização de alguns procedimentos, como o parto por cesárea, o uso rotineiro da episiotomia, a monitorização fetal eletrônica, o uso de ocitocina, ausência de apoio emocional à parturiente, além do afastamento da família no momento do nascimento desfavorecendo a formação do vínculo precoce (CASTRO; CLAPES, 2005).

O conceito de humanização da assistência ao parto adotado pelo Ministério da Saúde pressupõe o parto como um processo natural e fisiológico; o respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; a disposição dos profissionais para ajudar a mulher a reduzir a ansiedade, a insegurança e outros temores; a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento; a informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto; o espaço e o apoio

para a presença de um (a) acompanhante que a parturiente deseje; e o direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2000a).

Na última década, o Ministério da Saúde tem desenvolvido políticas que incentivam a segurança e humanização da assistência à saúde prestada durante o pré-natal, parto e puerpério.

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal.

Em 1999, através da portaria N°985/99, o Ministério da Saúde autoriza a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) com o objetivo de promover a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento, humanizando a atenção ao parto e ao puerpério, podendo servir não só como uma alternativa para desafogar a grande demanda de partos normais realizados por maternidades públicas, assim como para fortalecer a atuação dos Enfermeiros Obstetras na assistência ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 1999). Em revisão sistemática que analisou nove estudos envolvendo 10.684 mulheres e comparou os resultados de cuidados em hospitais convencionais e em ambientes alternativos (semelhantes ao domicílio e CPNs), constatou-se maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, redução das intervenções médicas e aumento da satisfação materna (HODNETT *et al.*, 2012).

Em novembro de 2000, aconteceu em Fortaleza a I Conferência Internacional do Parto, uma parceria entre o Projeto Luz – JICA, Ministério da Saúde e Secretaria de Estado do Ceará, com o objetivo central de reunir a comunidade internacional para aprofundar a compreensão global da saúde materna e perinatal, fortalecendo o modelo humanizado.

Na continuidade da visão de retorno ao parto normal, buscando uma assistência mais humanizada, em 2000, através da portaria 569/GM o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) cujo objetivo era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2000b). Ainda no contexto da humanização, foi instituída em 2003 a

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) que trouxe entre suas diretrizes o fomento à autonomia e o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2003).

O Plano de Ação 2004-2007 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) cria uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para escolha de prioridades neste campo. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Em 2005, as evidências sobre os benefícios do apoio contínuo durante o parto levaram à aprovação da Lei nº 11.108/2005, a qual afirmou o direito de as mulheres brasileiras terem um acompanhante de sua escolha durante o pré-natal e todas as fases de internação para o parto, incluindo os períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2005).

Mais recentemente, em junho de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1459, que institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. É uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. (BRASIL, 2011).

Apesar do incentivo ao parto normal, atualmente esse dados tiveram uma piora, o percentual de partos cesáreos chega a 84% na saúde suplementar. Na rede pública este número é menor, de cerca de 40% dos partos. A cesariana, quando não tem indicação médica,

ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê: aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte da mãe. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (BRASIL, 2015).

Em 2015, considerando a necessidade de organização e adequação das ofertas de serviços de atenção ao parto e nascimento em conformidade com as diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, e de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto, o Ministério da Saúde redefiniu as diretrizes para implantação e habilitação de CPNs, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha (BRASIL, 2015).

Percebe-se assim, a notória evolução do incentivo ao parto humanizado no Brasil, entretanto, fatores como as dificuldades estruturais das maternidades e a resistência por parte de alguns profissionais de saúde, fazem com que muitas dessas políticas e recomendações ainda se distanciam da realidade de algumas instituições de saúde (TELES, 2014).

A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento”, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz, trouxe um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento no Brasil. No total, 23.894 mulheres foram entrevistadas, entre 2011 e 2012, em 266 maternidades públicas, privadas e mistas, localizadas em 191 municípios brasileiros (LEAL, 2014).

Essa pesquisa apontou que 52% das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesarianas. No setor privado, esse percentual foi de 88% e, entre as adolescentes, foi de 42%. Os novos dados apontam permanência do uso excessivo de intervenções obstétricas e baixo uso de boas práticas na atenção ao parto, elevada taxa de prematuridade, falhas na organização de serviços de atenção ao parto, dentre outros (LEAL, 2014).

Quanto à presença do acompanhante, 75% das mulheres o tiveram em algum momento do parto (LEAL, 2014). Segundo Diniz *et al.* (2014), 24,5% das mulheres não tiveram nenhum acompanhante durante o processo de parto, 18,8% tiveram companhia contínua e 56,7% tiveram acompanhamento parcial, sendo que 23,1% e 22,6% das mulheres tiveram acompanhante de acordo com a lei eram provenientes das regiões Sudeste e Sul

(melhores resultados) e apenas 11,7% da região Norte. A implementação do acompanhante foi associada com ambiência adequada e regras institucionais claras sobre os direitos das mulheres ao acompanhante.

Estudo que objetivou compreender os motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem a presença do acompanhante de escolha da mulher no processo parturitivo verificou que os motivos as justificativas mais comuns foram a resistência dos profissionais de saúde à presença do acompanhante; a falta de estrutura física, recursos humanos e materiais; e a resistência institucional à implementação da Lei do Acompanhante (BRÜGGEMANN *et al.*, 2014).

A presença de acompanhante pode ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência (DINIZ, 2012). Sendo assim, os profissionais de saúde que atuam no SUS, desde a atenção básica à atenção especializada, devem estar abertos a esta prática, desenvolvendo estratégias de inclusão e empoderamento do mesmo durante a gestação, parto e puerpério.

1.2 Apoio Social no processo de parto

As relações interpessoais são vínculos de importância significativa para os seres humanos. Elas revelam que uma pessoa pode influenciar nas atitudes e no comportamento de outras (FONSECA; MOURA, 2008). Pretende-se assim nessa discussão, abordar a importância dessas relações na área da saúde física e mental, e a associação positiva entre o suporte social do acompanhante durante o processo parturitivo.

Sabe-se que as redes pessoais descrevem o conjunto de pessoas com as quais os indivíduos mantêm contato, que interagem ajudando-se umas às outras de maneiras diferentes, caracterizando a situação de troca. Deste modo, o conceito de apoio ou suporte migra das áreas sociais e da saúde para a teoria das redes sociais, inicialmente proposto pelos pesquisadores americanos: the social support (AGUIAR, 2006).

O suporte instrumental refere-se à percepção e à satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio para questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material ou financeira. O apoio emocional está

relacionado à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à condição de saúde e tratamento. A percepção do suporte social surge na literatura como uma área do pensamento social ligada à emoção. Em situações de maior estresse ou na presença de situações ameaçadoras, é que o suporte social instrumental ou emocional surge com maior relevância para as pessoas (RODRIGUES, 2008).

Assim, os eventos estressantes de origem psicossociais interferem nas condições gerais de saúde e favorecem o aparecimento de doenças. Os estressores psicossociais não têm um papel etiológico específico no aparecimento das doenças, mas atuam de forma indireta no organismo alterando as secreções neuroendócrinas, o que diminui a imunidade corporal e aumenta a suscetibilidade dos indivíduos às enfermidades (CASSEL, 1976).

A ação do apoio/suporte social surge como um fator de proteção dos sujeitos e grupos sociais aos agravos físicos e emocionais causados pelos eventos estressantes da vida (CASSEL, 1976; MINKLER, 1992). Este agente protetor exerce um efeito moderador destes agravos contribuindo na qualidade e predisposição à saúde (PIETRUKOWICZ, 2001; MARTINEZ, 2002).

O apoio social pode ser analisado através de diferentes perspectivas (ações de apoio, avaliação, cognição social, interacionismo simbólico e relações) (TELES, 2015). O apoio social durante o parto é de suma importância para o enfrentamento do estresse, no entanto, ainda não se tem instrumento disponível para avaliar o seu apoio prestado. Deste modo, o suporte social é um construto que tem despertado grande interesse na medida em que a disponibilidade e a satisfação com o apoio social parecem afetar variáveis do parto.

O apoio disponível reduz os efeitos do estresse, contribuindo para menores avaliações negativas e, conseqüentemente, para menores reações emocionais severas. Assim como no apoio recebido, o apoio percebido será mais efetivo quando satisfizer as necessidades suscitadas pelo evento estressante. A avaliação do apoio percebido influenciará diretamente nas estratégias de enfrentamento, dessa forma, a interlocução entre o provedor e o receptor do apoio é de extrema importância (LAKEY; COHEN, 2000).

A ausência de apoio social ou de modelos sociais positivos e a ausência de redes institucionais são consideradas fatores de risco social para a pessoa e sua família. De modo

contrário, a presença do apoio social, de redes institucionais, de um clima educacional ou laboral positivo e de modelos sociais, é considerada um fator protetor (CHILE, 2008). Dessa forma, o profissional de saúde deve investigar não somente fatores de risco individuais e familiares, mas também os fatores de risco sociais, que podem comprometer ou inviabilizar as intervenções realizadas.

A partir dessa análise, considera-se que o apoio social durante o processo de parto, prestado por acompanhante de escolha da mulher, é assim definido: é a prestação de apoio contínuo e personalizado, por pessoa de confiança e de escolha da mulher, através de uma relação de reciprocidade entre o apoio prestado e o apoio percebido (TELES, 2015).

Portanto, torna-se fundamental realizar um levantamento desses estudos, a fim de que se alcance uma maior compreensão do apoio e benefícios do acompanhante em sala de parto.

No que concerne aos locais de realização das pesquisas, percebe-se que a maioria dos estudos analisados é procedente do Brasil, que representou 16,7% dos artigos selecionados.

Dos artigos selecionados foram identificados tipos de apoio durante o processo de parto, tais como: físico, emocional e informacional.

Os comportamentos de apoio prestados pelo acompanhante envolvem: apoio emocional (envolvimento emocional através da partilha de sentimentos, estar ao lado, segurar a mão, empatia, carinho, confiança, compreensão, encorajamento/incentivo, garantia de que o processo de parto será livre de problemas, dividir experiências, apoio espiritual através da oração, testemunhaço); apoio físico (medidas de conforto como massagem, banho, exercícios respiratórios, incentivar a mobilidade e o uso eficaz da gravidade, apoiar as mulheres a assumirem suas posições preferidas e recomendar posições para situações específicas); apoio informacional /aconselhamento (momento correto para a mulher “fazer força”; informações sobre o andamento do trabalho e conselhos sobre técnicas de enfrentamento; fonte segura de informação) (SAPKOTA; KOBAYASHI; TAKASE, 2012; STORY *et al.*, 2012; MORHASON-BELLO *et al.*, 2008; PREMBERG *et al.*, 2011; BANDA *et al.*, 2010; POH *et al.*, 2014; HILDINGSSON; CEDERLÖF; WIDÉN, 2011).

O apoio durante o parto consiste na presença contínua de uma pessoa designada a prestar apoio emocional, realizar atividades de conforto físico, informacional e de

intermediação. Esse apoio pode ser realizado por pessoa de confiança da mulher, pertencente a sua rede social de apoio, ou por doulas, mulher designada para dar suporte à parturiente, que recebeu algum tipo de treinamento, não integrante do quadro de funcionários do hospital em que desempenhou este papel e que não possuía parentesco com a parturiente ou participava da sua rede social de apoio (HODNETT *et al.*, 2013; BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

O apoio contínuo durante o processo de parto tem como princípios o aperfeiçoamento da fisiologia do parto e o maior controle e competência das mulheres durante esse período, reduzindo a dependência de intervenções médicas (HODNETT *et al.*, 2013). Diversos estudos confirmam os benefícios do apoio contínuo durante o processo de parto.

Ensaio clínico verificaram que mulheres do grupo intervenção tiveram menor intervalo de tempo entre o parto e a iniciação do aleitamento materno, foram menos passíveis a evoluir para cesariana (MORHASON-BELLO; ADEDOKUN; OJENGBEDE, 2009; MORHASON-BELLO *et al.*, 2009).

Estudo realizado com 585 mulheres verificou que o grupo de mulheres que não tiveram apoio contínuo durante o parto, foi mais propenso a ter maior duração da fase ativa do parto ($P < 0,001$), maiores pontuações de dor ($p: 0,011$) e maior intervalo entre o parto e o início da amamentação ($P < 0,001$) (MORHASON-BELLO; ADEDOKUN; OJENGBEDE, 2009b).

Estudo realizado na Nigéria verificou que o tempo médio para o início da amamentação foi significativamente menor nas mulheres que tiveram acompanhante durante o processo de parto, em comparação com o grupo controle (16 vs. 54 minutos; $p < 0,01$) (MORHASON-BELLO; ADEDOKUN; OJENGBEDE, 2009).

Estudo realizado no Brasil verificou que as mulheres do grupo que teve apoio de acompanhante, foram mais satisfeitas com o trabalho de parto (Mediana 88,0 vs 76,0; $p < 0,0001$) e parto (Mediana 91,4 vs 77,1, $p < 0,0001$). Durante o trabalho de parto, a satisfação foi associada com a presença de um acompanhante (RR 8,06; IC 95% = 4,84-13,43), com o atendimento recebido (RR 1,11; IC 95%: 1,01-1,22) e com a orientação médica (RR 1,14; IC 95%: 1,01-1,28). Durante o parto, a satisfação foi associada a ter um acompanhante (RR 5,57;

IC 95%: 3,70-8,38), com os cuidados recebidos (RR 1,11; IC 95%: 1,01-1,22) e com o parto vaginal (RR 1.33; IC 95%: 1,02-1,74) (BRUGGEMANN *et al.*, 2007).

Estudo realizado com 420 nulíparas, verificou que o grupo de mulheres com apoio de doulas e de seu companheiro durante todo o processo de parto, houve uma menor taxa de cesariana (13,4% vs 25,0%; p:0,002) e uma menor taxa de analgesia epidural (64,7% vs 76,0%; p:0,008). Entre as mulheres com parto induzido, as que são apoiadas por uma doula tiveram uma menor taxa de cesariana do que as mulheres do grupo de controle (12,5% vs 58,8%; p:0,007) (MCGRATH; KENNEL, 2008).

Estudo realizado na Tailândia verificou que as mulheres com apoio de um parente próximo do sexo feminino, desde a admissão até 2 horas após o parto, tiveram uma duração significativamente mais curta da fase ativa do trabalho de parto (268.9 minutos vs 301.1; p:0,036) e estavam mais satisfeitas com as suas experiências de parto do que aqueles do grupo de controle (p<0,01) (YUENYONG; O'BRIEN; JIRAPEET, 2012).

Revisão sistemática com 22 Ensaios Clínicos Randomizados (ECRs), envolvendo 15.288 mulheres verificou as mulheres com apoio contínuo eram mais propensas a ter um parto vaginal espontâneo (RR 1,08; IC 95%: 1,04-1,12), menos propensas a ter analgesia intraparto (RR 0,90; IC 95%: 0,84-0,96) ou para comunicar insatisfação (RR 0,69; IC 95%: 0,59-0,79). Além disso, seus trabalhos eram mais curtos (MD -0,58 horas; IC 95%: -0,85 a -0,31), elas eram menos propensas a ter uma cesariana (RR 0,78; IC 95%: 0,67-0,91) ou parto vaginal instrumental (RR 0,90; IC 95%: 0,85-0,96), analgesia regionais (RR 0,93; IC 95%: 0,88-0,99), ou um bebê com um baixo índice de Apgar aos cinco minutos (RR 0,69; IC 95%: 0,50-0,95) (HODNETT *et al.*, 2013).

Estudo envolvendo 231 mulheres, das quais 152 foram continuamente apoiadas por acompanhante, verificou que após seis a oito semanas do parto, mulheres apoiadas pelos esposos durante o parto tiveram maior nível de apoio pós-natal quando comparadas às que não tiveram apoio durante o parto ($\beta = 0,23$; p <0,001), assim como menos propensas a sofrer de ansiedade materna ($\beta = -0,52$; p <0,001) e a um menor nível de depressão ($\beta = 0,43$; p < 0,001) (SAPKOTA; KOBAYASHI; TAKASE, 2013).

As mães não acompanhados ao nascer foram mais propensas a ter uma parto prematuro, uma cesariana de emergência e o alívio da dor espinal ou anestesia geral (vs sem

alívio da dor), um trabalho mais curto e menor satisfação do parto (ESSEX; PICKETT, 2008). Além disso, mulheres com apoio contínuo possuem maior participação ativa no processo de parto (SAPKOTA; KOBAYASHI; TAKASE, 2012; YUENYONG; O'BRIEN; JIRAPEET, 2012; STORY *et al.*, 2012); melhor auto-controle (POH *et al.*, 2014); maior capacidade de lidar com o parto (GILLILAND, 2011).

Outro estudo ainda mostrou o impacto do acompanhante no parto para a melhora das relações do casal e do vínculo entre os membros da família, assim como a satisfação dos pais como prestadores de cuidados de saúde (HOGA *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que, muitas vezes, os eventos consequentes podem apresentar-se de maneira mais restrita ou não, a depender do tipo de parto (vaginal/cesariana; hospitalar/domiciliar), estrutura física e recursos disponíveis, atenção prestada pelos profissionais de saúde, atuação do acompanhante e fatores culturais (PREMBERG *et al.*, 2011; HILDINGSSON *et al.*, 2011; BÄCKSTRÖM; HERTFELT, 2011; STORY *et al.*, 2012; BRUGGEMANN *et al.*, 2007). O momento do início da prestação do apoio e o revezamento com outros membros da rede social da mulher também podem influenciar na qualidade do apoio prestado (HODNETT *et al.*, 2013; SAPKOTA; KOBAYASHI; TAKASE, 2012).

Os estudos mostram também a importância da educação em saúde, principalmente dentro da atenção pré-natal, tanto nas ações junto a mulher quanto no acompanhante de sua escolha. Assim, o nível de confiança no parto natural pode interferir na atuação da mulher e, conseqüentemente, nas suas necessidades de apoio (MANSFIELD, 2008). Sendo necessária atividades educativas para aumentar a confiança dessa mulher e ajudar também seus companheiros na compreensão da sua importância do seu apoio durante a gravidez, parto e nascimento, e se preparar para a paternidade (SMYTH; SPENCE; MURRAY, 2015).

Daí a relevância da inclusão de atividades educativas dentro da rotina de atendimento dos serviços de acompanhamento pré-natal. As atividades educativas, individuais ou grupais, constituem-se em um espaço de discussão informal, que possibilita o surgimento de temas tanto por parte de profissionais de saúde quanto por solicitação de gestantes e acompanhantes, em uma relação de horizontalidade (SILVA *et al.*, 2014).

Conclui-se assim, que a figura do acompanhante é de grande relevância, deste modo, os serviços de saúde devem incluí-los desde as consultas pré-natais para que possa

acompanhar cada etapa da gestação e conseqüentemente o nascimento. Dessa forma, é necessário reintegrar o apoio familiar e os benefícios do acompanhante para a gestante para que se tenha o cumprimento da lei que preconiza pelo Sistema Único de Saúde.

1.3 O enfermeiro na promoção do apoio prestado pelo acompanhante em sala de parto

Para atender a parturiente em todas as suas dimensões, o momento do parto requer não somente os recursos físicos, mas também psicológicos e comportamentais (WERNER *et al.*, 2013). Daí a importância do apoio contínuo durante o processo de parto. Diante disso, faz-se necessário fornecer à mulher adequado suporte intraparto, físico, informacional e clínico, proporcionando à parturiente maior segurança e tranquilidade nesse período.

Para alcançar esses objetivos um dos aspectos importantes da assistência obstétrica perpassa pelo reconhecimento do papel do acompanhante, especialmente após a sanção da Lei nº 11.108, em abril de 2005 (BRASIL, 2005), quando se inicia um processo de reorganização dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde para vivenciarem essa prática. A inserção do acompanhante, escolhido pela parturiente, para lhe dar apoio no processo do nascimento, é uma intervenção comportamental que mobiliza a opinião dos profissionais e das pessoas escolhidas para desempenharem esse papel. Sua presença oportuniza apoio contínuo e contribui para amenizar a ansiedade e as sensações de angústia e medo. As parturientes que recebem apoio emocional no trabalho de parto e parto apresentam resultados perinatais mais positivos do que as que não recebem tal acompanhamento (HODNETT *et al.*, 2011).

Desta forma é importante que os profissionais de saúde compreendam a importância da presença do acompanhante no apoio à parturiente e que, por vezes, precisam preparar o acompanhante para exercer o seu papel junto da companheira.

A equipe de enfermagem possui um papel fundamental na humanização do parto, pois no processo do nascimento é ela que está mais próxima da mulher, o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão do seu estado. A participação do enfermeiro no processo de trabalho de parto, expulsão e nascimento, proporciona fundamentalmente satisfação à parturiente e ao profissional (LIMA, 2010).

É importante o enfermeiro sensibilizar a parturiente quanto ao poder do corpo feminino e que ela é capaz de parir, assim a mulher deve ser encorajada e incentivada a cada progresso que fizer, tanto pelo acompanhante como pelo profissional. Portanto, os profissionais de enfermagem são peças fundamentais para a realização da mediação entre a mulher, a família e a equipe de saúde presente no parto, afim de promover um ambiente favorável e harmonioso para o nascimento e protagonismo da mulher durante o processo da parturição.

Os enfermeiros possuem competência e perfil para acompanhar o processo fisiológico e nascimento, contribuindo para a sua evolução natural. Além disso, tem papel de facilitar a participação da mulher no processo de parturição, trilhando o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseiam no respeito ao ser humano, na empatia, na intersubjetividade, no envolvimento, no vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (BRASIL, 2014).

A enfermagem deverá ter suas ações baseadas em uma assistência individualizada, acolhedora, eficiente, proporcionar um ambiente onde favoreça as práticas do cuidado, centrada na integralidade (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

É dever do enfermeiro que seja resgatado o caráter fisiológico no processo de parir, proporcionando a mulher experiências positivas, com ausências de procedimentos invasivos e desnecessário no momento do parto, conquistando a confiança e estimulado a coragem, dando informações e orientações sobre o trabalho de parto e parto (SILVA, 2007).

Humanizar o parto é proporcionar a cada mãe, a cada pai ou a cada família envolvida conforto, ou seja, o enfermeiro não deve apenas aplicar boas técnicas e esquecer-se dos sentimentos das pessoas envolvidas nesse processo (VEZO; CORONEL; ROSÁRIO, 2013).

Apesar da implementação das políticas ministeriais, alguns serviços de saúde, destacando os hospitais universitários, campos de aprendizagem e formação de profissionais da saúde, têm desenvolvido uma assistência ao parto, nascimento e puerpério governada, muitas vezes, pelo aparato tecnológico e com insuficiente ênfase no suporte emocional e social da mulher e sua família (CORREA *et al.*, 2010).

Não existem, a nível nacional, questionários que avaliem o suporte social oferecido pelo acompanhante em sala de parto. A produção científica nacional necessita ser ampliada,

contribuindo para a implantação de serviços de atenção ao parto que privilegiem condutas menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de propiciar a vivência do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras para a mulher.

O questionário *Birth Companion Support Questionnaire* (BCSQ) foi construído e validado na Austrália para permitir que as mulheres avaliem a frequência dos comportamentos de apoio social fornecidos por cada pessoa de apoio presente durante trabalho de parto e parto. As mulheres foram convidadas a identificar no questionário sua relação com cada uma dessas pessoas presente durante esse período; por exemplo, parceiro, mãe, irmã. Podendo ainda, no contexto australiano, ter o direito a mais de um acompanhante, tanto que o instrumento permite a avaliação de quatro acompanhantes. Tratou-se de estudo de corte transversal, realizado no período de abril de 2009 a fevereiro de 2010, realizado no hospital secundário de Brisbane, Austrália (DUNNE; FRASER; GARDNER, 2014).

O desenvolvimento do BCSQ envolveu inicialmente seis enfermeiras e 10 mulheres pós-natais que avaliaram o instrumento. Posteriormente, o instrumento foi aplicado a 293 mulheres internadas que tinham experimentado um parto vaginal para assim verificar as suas propriedades psicométricas. As mulheres com mais de uma pessoa de apoio foram convidadas a indicar, assinalando a caixa apropriada, que pessoa lhes forneceu maior suporte (DUNNE; FRASER; GARDNER, 2014).

O BCSQ foi desenvolvido a partir de um instrumento existente, *Labor Support Questionnaire* (LSQ), instrumento auto-administrado, concebido para medir percepções dos enfermeiros acerca do suporte de trabalho profissional (SAULS, 2004).

Assim, o LSQ não permitia verificar as repercussões do apoio social nas mulheres durante o trabalho de parto e parto. Assim, o BCSQ foi projetado para permitir que as mulheres pudessem avaliar a frequência de comportamentos de apoio fornecidos por cada pessoa de apoio presente durante o trabalho de parto e parto.

A partir dos resultados da adaptação da escala foram inicialmente desenvolvidos 17 itens com padrão de resposta do tipo Likert variando de 1 a 4, organizados em 02 domínios.

As propriedades psicométricas foram medidas a partir da confiabilidade utilizando o alfa de Cronbach que atingiu o valor de 0,8. A validação de construto foi verificada pela análise fatorial exploratória utilizando a análise de componentes principais com rotação

oblíqua. O questionário foi considerado confiável e válido para estudos na obstetrícia. O estudo concluiu que o BCSQ é um instrumento adequado para medir a percepção das mulheres sobre o apoio do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (DUNNE; FRASER; GARDNER, 2014).

Por ser um instrumento novo não se tem conhecimento da aplicação do BCSQ em outras culturas. Porém com a nova política de saúde, incentivando a presença do acompanhante no momento do parto, é imprescindível que se tenha parâmetros para avaliar seu desempenho e sua repercussão no parto e nascimento. Daí surgiu o interesse em traduzir, adaptar e validar o BCSQ para o Brasil.

A adaptação transcultural é um processo fundamental quando um instrumento desenvolvido numa determinada população pretende ser aplicado em outra população diferente. Sabe-se que "a aplicação de um novo instrumento, num grupo cultural novo, envolve mais do que a simples produção de texto noutra língua, administrar o instrumento traduzido, e comparar os resultados". Defende que os estudos transculturais devem ser apresentados com todas as etapas de avaliação psicométrica, o que requer uma amostra substancial, um desenho de investigação adequado e a demonstração de que o construto, método e viés do item não diferem entre as versões (HE; VAN DE VIJVER, 2012).

Bradley (1994) afirma que uma nova tradução necessita ser submetida aos mesmos procedimentos que a versão original tenha sofrido, de tal forma que a avaliação da validade de conteúdo e de construto se sobreponha ao processo de tradução.

Logo, com a realização desta investigação, busca-se colaborar com a publicação de um instrumento que possa ser utilizado por enfermeiros, gestores de saúde e outros profissionais para que se possibilite construir novas evidências em relação às atitudes das mulheres frente ao processo de parturição e da satisfação da parturiente com relação ao apoio prestado pelo acompanhante, abrindo assim um painel de discussão na comunidade científica e clínica.

2 OBJETIVOS

Realizar a tradução e adaptação transcultural do *Birth Companion Support Questionnaire* para uso no Brasil.

Aplicar o *Birth Companion Support Questionnaire* em puérperas atendidas em uma maternidade de referência em Fortaleza-CE.

Verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira do *Birth Companion Support Questionnaire*.

3 METODOLOGIA

O estudo foi dividido em duas fases: a primeira constou da tradução e adaptação transcultural do *Birth Companion Support Questionnaire* para o contexto do Brasil; e a segunda, dos procedimentos de verificação das propriedades psicométricas (validade e confiabilidade) do *Birth Companion Support Questionnaire* – versão brasileira em uma população de Fortaleza-Ceará.

3.1 Autorização para o estudo

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, a enfermeira e docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica da Austrália, Dra. Lynne Dunne (ANEXO A).

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico, no qual consistem na investigação de métodos de obtenção, organização e elaboração dos dados, tratando da construção, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa. A meta de pesquisas com essa abordagem é a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (POLIT; BECK, 2011).

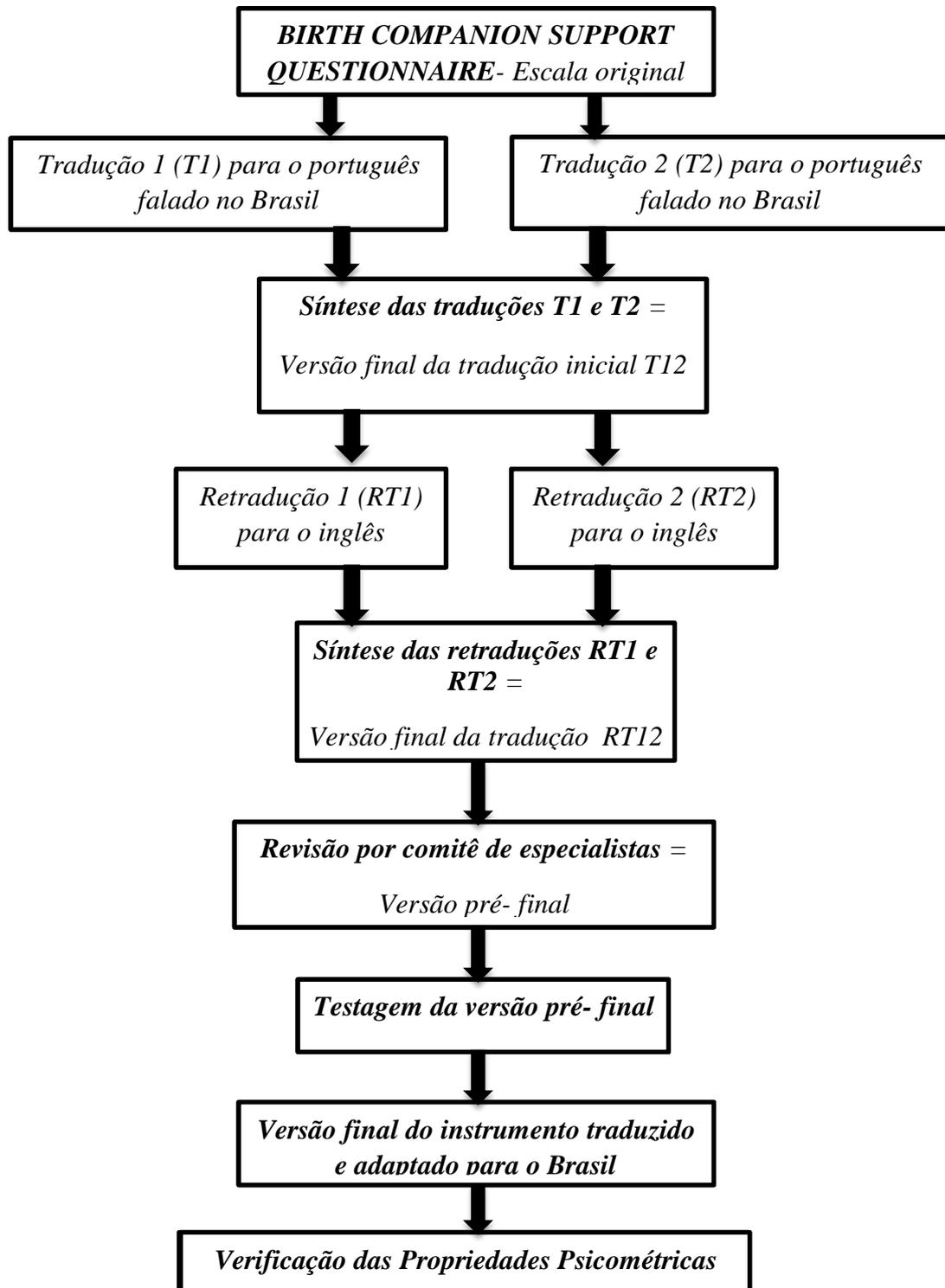
As crescentes demandas por avaliações de resultados sólidos e confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados tem levado ao crescente interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros pesquisadores. Ademais, há deficiência de instrumentos para coleta de dados referentes à maioria dos conceitos que envolvem a Enfermagem (POLIT; BECK, 2011).

Adaptações transculturais objetivam garantir a consistência no conteúdo e a validade entre as versões original e traduzida de um instrumento. No entanto, algumas vezes isso não acontece, devido às sutis diferenças culturais, tornando alguns itens do instrumento inadequados. Tais diferenças podem alterar as propriedades estatísticas e psicométricas do

instrumento. Portanto, após o processo de tradução e adaptação, serão realizados testes estatísticos para avaliar a retenção das propriedades psicométricas do instrumento traduzido, permitindo analisar se ele avalia exatamente o que se propõe a avaliar (BEATON *et al.*, 2007).

Os principais passos do processo de adaptação transcultural e seguidos no desenvolvimento da pesquisa são apresentados e sintetizados na Figura 1.

Figura 1. Logística do processo de adaptação transcultural e validação do *Birth Companion Support Questionnaire*.



3.3 Diretrizes para o processo de tradução e adaptação

Os instrumentos de coleta de dados para serem efetivamente utilizados no contexto brasileiro devem passar por um processo rigoroso de tradução, adaptação transcultural e validação. A adaptação de um instrumento para outro idioma configura-se como um processo complexo, devido às diferenças culturais que não permitem que se faça uma simples tradução (ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2002).

A adaptação cultural de instrumentos é uma metodologia usada para dirigir o processo não só de tradução de um instrumento para a língua de outro país, mas também para adequar essa tradução, as variações linguísticas e culturais próprias do contexto e da população alvo (BEATON *et al.*, 2007; PASQUALI, 2010; OHRBACH *et al.*, 2013). Esse processo deve ser rigoroso, a fim de prevenir erros de medida decorrentes do conteúdo do instrumento que possam ter implicações negativas na validação e confiabilidade do instrumento em etapas posteriores (PESCE *et al.*, 2005).

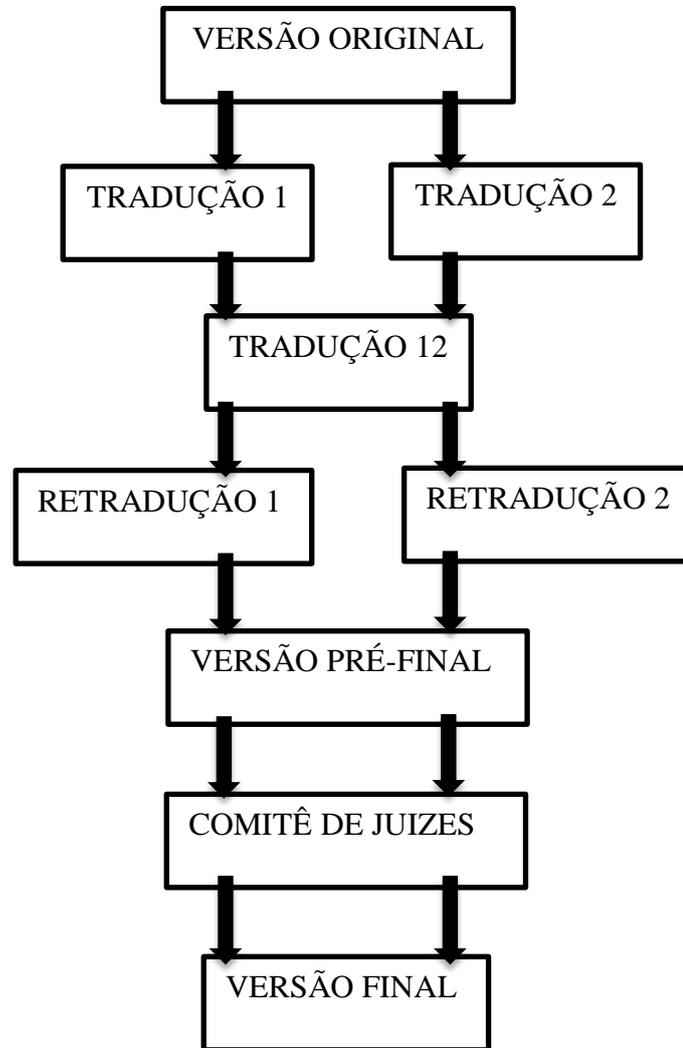
Pasquali (2010) definiram que as etapas descritas abaixo são essenciais no processo de adaptação de instrumentos:

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

A partir da análise das diferentes metodologias utilizadas para o processo de tradução e adaptação transcultural, optou-se por selecionar Beaton *et al.* (2007) como referencial metodológico da pesquisa, por ter sido considerado o método mais complexo e rigoroso dentre os demais analisados.

As etapas descritas por Beaton *et al.* (2007) consistem em: 1. Tradução inicial; 2. Síntese das traduções; 3. Tradução de volta ao idioma original (*back-translation*); 4. Revisão por um comitê de especialistas; 5. Pré-teste; Como consta na Figura 2.

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



3.3.1 Etapa 1: Tradução inicial

A tradução direta deve ser realizada por pelo menos dois indivíduos que dominem o idioma original e deverão ser realizadas de forma independente para língua portuguesa (BEATON *et al.*, 2007).

Ao longo do texto, os tradutores serão apresentados como T1 e T2. O tradutor T1 foi profissional da área da saúde com experiência em tradução de instrumentos. O outro tradutor, T2, foi professor de linguística, também com experiência em tradução de instrumentos, mas sem o conhecimento sobre os conceitos investigados.

3.3.2 Etapa 2: Síntese das traduções

Após a fase de tradução, foi realizada pela pesquisadora uma síntese das duas traduções (T1 e T2) para obter-se uma versão comum, que foi denominada T12, a qual se trata da primeira versão do instrumento. Durante o processo, todas as divergências e dúvidas foram registradas em relatórios pré-elaborados. Após as correções da versão T12, seguiu-se para terceira fase (retradução).

3.3.3 Etapa 3: Tradução de volta à língua de origem (retradução ou backtranslation)

A retradução contou com o auxílio de mais dois tradutores bilíngues. Ambos não conheciam o instrumento. Dessa forma, surgiram as versões retradução 1 (RT1) e retradução 2 (RT2). Para obter uma versão comum das retraduições, foram realizados contatos através do correio eletrônico com os tradutores, quando discutidas algumas diferenças de significado das palavras identificadas na retradução. O documento gerado dessa etapa foi nomeado como síntese da retradução (RT12).

As principais razões para o estabelecimento desses critérios foram: evitar viés de informação e extrair significados inesperados dos itens do questionário traduzido (RT12), aumentando assim a probabilidade de realçar as imperfeições (LEPLÉGE; VERDIER, 1994).

3.3.4 Etapa 4: Revisão por um comitê de especialistas

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

Após a fase das traduções (original e retradução), as versões T12, RT12 e o instrumento original foram avaliados por um comitê de especialistas.

Para a análise das equivalências, os juízes consideraram a avaliação gramatical e de vocabulário (equivalência semântica), elaboração de expressões equivalentes em português para expressões idiomáticas de difícil tradução (equivalência idiomática), uso de termos coerentes com a realidade cultural da população do estudo (equivalência cultural) e os

conceitos traduzidos foram explorados e experimentados pela população brasileira (equivalência conceitual) (BEATON *et al.*, 2007).

Após a seleção do comitê de juízes, foi enviada uma carta convite para a participação no estudo, através de correio eletrônico. Posteriormente, à manifestação positiva, a autora enviou para cada juiz as sínteses das traduções, a síntese da retradução e a escala original, acompanhado por um instrumento com todos os itens da escala em inglês e português, bem como espaço para sugestões (TOLEDO; ALEXANDRE; RODRIGUES, 2008).

Compuseram o comitê de juízes deste estudo, uma doutora em Enfermagem, com experiência em adaptação transcultural e validação de instrumentos; uma professora de inglês, com experiência na função, graduada em Inglês, Português e Literaturas – Licenciatura plena, e com residência atual em país com idioma inglês; e enfermeira experiente na temática relativa à saúde da mulher e experiência em validação de instrumentos, além dos tradutores.

O instrumento de avaliação dos juízes constou de assertivas da escala traduzida e adaptada, como o título da escala, orientações de preenchimento, as questões e opções da escala de Likert para a população alvo, e possuiu quatro opções de resposta: 4= tradução muito adequada, 3= tradução adequada, 2= tradução com inadequações, e 1= tradução totalmente inadequada. Além disso, houve espaço para adição de sugestões ou modificações (APÊNDICE E).

Cada item foi avaliado de acordo com os quatro tipos de equivalências: conceitual, semântica, idiomática e cultural. (BEATON *et al.*, 2007).

a) Equivalência semântica: É a manutenção do significado das palavras entre o instrumento original e o traduzido. Os itens em avaliação foram classificados em: exatamente o mesmo significado em ambas as versões (quando há um nível de concordância de 100% entre os especialistas), quase o mesmo significado (quando o índice de concordância varia entre 80 e 99%) ou significado diferente (quando o índice de concordância é igual ou inferior a 79%);

b) Equivalência idiomática: O idioma inglês possui coloquialismos e expressões idiomáticas de difícil tradução para o português;

c) Equivalência experimental: Procura-se a equivalência cultural entre o instrumento original e a tradução, ou seja, os itens do instrumento deverão condizer com a cultura e os aspectos da vida diária, sendo substituídos por um similar que de fato represente a cultura do país em que o instrumento traduzido será utilizado;

d) Equivalência conceitual: Frequentemente palavras possuem diferentes significados e conceitos entre as culturas (por exemplo, conceito de família difere entre as culturas). A equivalência conceitual garantirá que o conteúdo das culturas tenham sido captadas e adaptadas na versão traduzida.

O pesquisador consolidou todas as versões dos juízes e os componentes do questionário, incluindo o instrumento original e as versões traduzidas (T1, T2, T12, RT1 e RT2) com o propósito de desenvolver a versão pré-final para o teste de campo.

3.3.5 Etapa 5: Pré-teste

Após análise da concordância entre os juízes quanto à tradução, realizou-se o pré-teste com intuito 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).

De acordo com Lo Biondo-Wood; Haber (2001), nesta etapa o questionário deverá ser aplicado a um grupo de pessoas com características sociodemográficas semelhantes às daquelas que serão estudadas na investigação maior. Com isso, irá determinar a qualidade do instrumento como um todo, bem como a capacidade de cada item para discriminar as pessoas que o respondem.

O pré-teste foi utilizado com uma população de 30 mulheres, segundo recomendações de Beaton *et al.* (2007).

Durante a aplicação do pré-teste, as dificuldades e observações das puérperas foram consideradas e anotadas pelo pesquisador para possíveis ajustes e adequações. Assim, tal etapa teve por finalidade verificar se as mulheres compreendem o instrumento, avaliando o sistema de atribuição das respostas, o formato e o tempo de aplicação do mesmo.

Os critérios de inclusão da amostra foram: mulheres com acompanhante em sala de parto e parto, com idade igual ou superior a 18 anos, ser puérpera e não apresentar complicações obstétricas ou neonatais relacionadas ao parto e/ou puerpério, ser alfabetizada, não apresentar restrições físicas ou mentais que impossibilitem a compreensão do instrumento e a capacidade para respondê-lo.

3.4 Verificação das propriedades psicométricas

Para verificar as propriedades psicométricas, inicialmente aplicou-se a versão traduzida e adaptada para o contexto do Brasil do *Birth Companion Support Questionnaire* em uma amostra de mulheres brasileiras. Essa etapa faz necessária para certificar-se que o instrumento adaptado possui as mesmas propriedades da escala original.

3.4.1 Validade

Na adaptação de um instrumento para outras culturas é necessário que se faça a verificação das propriedades psicométricas, a fim de certificar que o instrumento adaptado tenha as mesmas propriedades do instrumento original. Essa verificação psicométrica se dá por meio de um processo de validação e confiabilidade (MOTA, 2014).

Neste estudo foram utilizadas as validades de aparência, conteúdo e de construto (APÊNDICE G). A validação de aparência refere-se à forma subjetiva de validar um instrumento, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão; entretanto não deve ser utilizado de forma isolada (POLIT; BECK, 2011). Esta etapa será cumprida quando for aplicado o pré-teste na população-alvo.

A validade refere-se ao grau que um instrumento mede a variável que se propõe medir (ANDRADE MARTINS, 2006; FURR; BACHARACH, 2014). Há diferentes tipos de validade que podem ser analisadas em instrumento.

A validação de construto foi realizada através da análise fatorial exploratória. 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, 2010).

Para seleção da quantidade de juízes para esta etapa, considerou-se a fórmula para cálculo de tamanho amostral baseado em proporção (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \times P \times Q}{L^2}$$

Onde:

* Z_{α}^2 (nível de confiança) = 1,96 (Valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado)

P = 85% (Proporção populacional de indivíduos que pertence à categoria que se está interessado em estudar). No caso desse estudo, a proporção de experts que consideraram o item válido.

$$Q = 1 - P$$

L = 15% (Margem de erro ou erro máximo de estimativa). Na extensão do intervalo de confiança desse estudo considerou-se uma porcentagem de 70% como mínimo para o item da escala ser considerado válido (85-70=15%)

Portanto, deverão participar da pesquisa, no mínimo, 22 profissionais da Enfermagem ou de outras áreas que exerçam atividades de docência e assistência cuja prática clínica esteja direcionada a atenção à assistência obstétrica.

Segundo Ferreira (2010), expert vem do latim *expertus*, especialista ou perito, é alguém amplamente reconhecido como fonte confiável de técnica ou habilidade, cuja capacidade de julgar ou decidir corretamente, justamente ou sabiamente.

Melo *et al.* (2011) complementa, que os atributos de um experto é possuir um corpo de conhecimento especializado ou habilidade; e níveis altamente desenvolvidos de padrão de reconhecimento por outros.

Nesta investigação, estipulou-se que os profissionais atenderam, minimamente, a dois dos requisitos em questão para serem considerados como especialistas na área temática do construto abordado pelo instrumento avaliado. Para isto, características específicas referentes a cada um dos requisitos citados foram estabelecidas, de forma a contemplá-las adequadamente. O quadro 1 apresenta o conjunto de requisitos para definição de especialistas recomendado por Jasper (1994), bem como as respectivas características referentes a cada requisito, elaboradas especialmente para o presente estudo, e adotadas para identificar e selecionar os peritos em Saúde Obstétrica como avaliadores da versão brasileira do *Birth Companion Support Questionnaire*.

Quadro 1. Conjunto de requisitos para definição de profissional especialista proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para a identificação e seleção dos peritos avaliadores da versão brasileira do instrumento *Birth Companion Support Questionnaire*.

Requisito	Característica
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter experiência docente na Área Obstétrica, período mínimo de dois anos. - Ter título de Enfermeira Obstétrica; - Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde de gestantes e puérperas.
Possuir habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade no assunto.	<ul style="list-style-type: none"> - Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional na Área Obstétrica; - Ter orientado trabalho (s) acadêmicos (s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática (s) relativa (s) à Área Obstétrica; - Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à Área Obstétrica; - Participação em mesas redondas de eventos científicos da Área Obstétrica;

	- Possuir título de doutor, com dissertação em temática relativa à Área Obstétrica;
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na Área Obstétrica; - Ter autoria em artigos (s) científico (s) com temáticas relativas à Área Obstétrica publicado (s) em periódico (s) classificados pela CAPES; - Participação em banca (s) avaliadora (s) de trabalho (s) acadêmico (s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática (s) relativa (s) à Área Obstétrica;
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	- Ter recebido, de instituição científica reconhecida, homenagem/ menção honrosa de reconhecimento como autoridade na Área Obstétrica; - Possuir trabalho (s) premiado (s) em evento (s) científico (s) nacional (is) ou internacional (is), cujo conteúdo referente (s) à Área Obstétrica;

3.4.2 Confiabilidade

Existem várias maneiras de analisar a confiabilidade de uma escala: teste-reteste, formas paralelas e consistência interna. Assim, o teste escolhido será a mensuração do alfa de Cronbach. O valor do alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1 e consideram-se aceitáveis valores maior do que 0,7; além de ser a medida mais comum quando se trata de confiabilidade (FIELD, 2009).

3.5 Local da pesquisa

O estudo foi realizado no Alojamento Conjunto (AC) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), maternidade de referência do Estado do Ceará, pertencente ao Complexo Hospitalar Universitário (CHU) da Universidade Federal do Ceará (UFC),

instituição vinculada ao SUS, onde são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial à mulher e ao recém-nascido. Sua missão é promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, proporcionando um serviço de excelência à mulher e recém-nascido e, em média, atende 500 parturientes mensalmente.

A instituição valoriza a participação ativa da gestante durante o parto, respeitando a individualidade de cada parturiente. A partir da implantação e valorização das Boas Práticas, que são ações que visam maximizar os benefícios para mulher e neonato, com o estímulo as condutas com base científica e que busquem promover um parto mais saudável, como a liberdade de posição no período expulsivo, o contato pele-a-pele, aleitamento materno logo após o nascimento, dentre outros cuidados. Essas medidas também tendem a naturalizar o parto o máximo possível, minimizando a intervenção médica e evitando técnicas desnecessárias. Defende também a presença de um acompanhante durante o parto, contribuindo para o fortalecimento dos laços familiares, criando, assim, um ambiente mais acolhedor para a chegada do novo ser.

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

3.6 População e amostra

A população do estudo foi composta por puérperas internadas no alojamento conjunto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand durante o processo parturitivo no período de outubro a dezembro de 2016, e janeiro de 2017.

Os critérios de inclusão da amostra foram: mulheres com acompanhante em sala de parto e parto, com idade igual ou superior a 18 anos, ser puérpera e não apresentar complicações obstétricas ou neonatais relacionadas ao parto e/ou puerpério, ser alfabetizada, não apresentar restrições físicas ou mentais que impossibilitem a compreensão do instrumento e a capacidade para respondê-lo.

O tamanho da amostra foi de 130 puérperas. Vale ressaltar que a amostra calculada baseia-se em uma recomendação de relação de 5 (TABACHNICK; FIDELL LS, 2001) e 10 (NUNNALLY, 1978) sujeitos/item. Portanto, a proporção de mulheres envolvidas nesse estudo foi de 10 mulheres por item, como são 13 ítems, totalizaram 130 participantes avaliados, de modo que poderemos obter maior rigor e segurança por ocasião da análise das propriedades psicométricas.

3.7 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 do *Birth Companion Support Questionnaire*.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, além da aplicação do *Birth Companion Support Questionnaire* versão brasileira, foi aplicado também um formulário estruturado com informações sociodemográficas e obstétricas das participantes (APÊNDICE D).

3.8 Organização dos dados e análise

Cada versão do questionário obtido no processo de adaptação transcultural para o contexto do Brasil, bem como a versão do instrumento, foi apresentada em tabelas e quadros, e analisadas de forma descritiva.

Os registros da etapa de avaliação do Comitê de Juízes foram organizados e analisados, resultando numa versão final por consenso quanto à equivalência semântica, idiomática, funcional e conceitual. Foi calculada a média aritmética de concordância quanto à tradução de cada item.

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 alcançarem esse percentual, ou não se ajustarem às sugestões dos juízes, será revisadas e reescritas.

Para as etapas de análise da escala, optou-se pela análise fatorial exploratória; para a medida de confiabilidade, utilizou-se a mensuração da consistência interna (alfa de Cronbach).

A análise dos dados maternos foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

3.9 Considerações éticas

Em cumprimento à Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com parecer nº 1.522.705/2016 (ANEXO C).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice E) foi solicitado por escrito, formalizando a participação dos sujeitos na pesquisa, emitido em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o sujeito do estudo), nas quais constarão as assinaturas da pesquisadora, da participante do estudo, servindo de documento base para qualquer questionamento relativo aos aspectos ético-legais (justiça). Assim, os princípios éticos da Resolução Nº 466/12 e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos serão respeitados neste estudo (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

4.1 Etapas I, II e III: tradução inicial, síntese das traduções e retradução

Na primeira etapa do processo de adaptação transcultural, a versão original em inglês do *Birth Companion Support Questionnaire* (BCSQ) foi traduzida para o idioma português falado no Brasil por dois tradutores brasileiros, com amplo domínio da língua inglesa, e com perfis diferentes.

As duas versões produzidas (T1 e T2), em geral, não apresentaram grandes diferenças de tradução, verificando apenas diferenças sutis que facilitaram a tomada de decisão sobre a versão síntese dos itens.

Abaixo, o Quadro 2 reúne as seguintes versões: versão original, T1 e T2 e versão síntese das traduções iniciais T(12) do instrumento BCSQ.

Quadro 2. Distribuição das traduções iniciais e síntese das traduções, resultantes da primeira e da segunda etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento BCSQ para o contexto do Brasil. Fortaleza, 2017.

Versão original	Tradução 1 – T1	Tradução 2 – T2	Síntese das traduções – T12
1. Made me feel respected and admired	1. Me fez sentir-me respeitada e admirada.	1. Fez-me sentir respeitada e admirada	1. Fez sentir-me respeitada e importante.
2. Praised my efforts with comments like ‘great job’, ‘well done’	2. Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	2. Elogiou os meus esforços com comentários como 'bom trabalho', muito bem'	2. Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.
3. Provided distraction techniques in the early phase of	3. Forneceu técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo,	3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por	3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto

labour (eg light social conversation, watching TV together)	conversas leves, assistimos à TV juntos).	exemplo, conversa casual, assistir à TV juntos)	(por exemplo, conversas leves, assistimos à TV juntos).
4. Made me feel they were there for me	4. Me fez sentir que eles estavam lá para me apoiar.	4. Fez-me sentir que estava lá para me ajudar	4. Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.
5. Offered me physical comfort through touch (Touch may include holding your hand, wiping your face, rubbing your back).	5. Me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).	5. A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (o toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o rosto, esfregar suas costas).	5. A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).
6. Reinforced coping techniques I was using eg relaxation techniques, breathing techniques?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava utilizando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?
7. Spoke to the midwife or doctor about my needs (for example, need to change position or to request pain relief)	7. Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para pedir alívio da dor).	7. Falou com o médico ou parteira sobre as minhas necessidades (por exemplo, precisa mudar de posição ou para solicitar alívio da dor)	7. Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).

8. Assisted me with coping techniques (eg, giving massages, encouraging me to walk around)	8. Me ajudou com as técnicas de enfrentamento (por exemplo, me dando massagens, me incentivando a caminhar).	8. Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar)	8. Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar).
9. Enjoyed having the company of this support person	9. Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.	9. Eu apreciei ter a companhia desta pessoa para me apoiar	9. Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.
10. Helped me to follow the coping methods suggested by the midwife (eg walking around, using the shower)	10. Me ajudou a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	10. Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela parteira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro)	10. Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).
11. Provided me with eye contact when praising my efforts	11. Me proporcionou contato visual quando elogiou meus esforços.	11. Fez contato visual ao elogiar os meus esforços	11. Fez contato visual ao elogiar os meus esforços.
12. Listened and respected my wishes in relation to me following my birth plan	12. Ouviu e respeitou meus desejos em relação a eu estar seguindo o meu plano de nascimento.	12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de nascimento	12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.
13. Left me feeling satisfied with their support	13. Me fez sentir-me satisfeita com o seu apoio.	13. Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio	13. Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio.

Using the rating scale below please tick the box <input checked="" type="checkbox"/> that best rates your opinion of each person's support during labour and birth.	Usando a escala de classificação abaixo, por favor, marque a caixa <input checked="" type="checkbox"/> que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.	Usando a escala de classificação abaixo assinale <input checked="" type="checkbox"/> o que melhor identifica sua opinião sobre o apoio de cada pessoa durante o parto e nascimento.	Usando a escala de classificação abaixo, por favor, marque com um X a resposta que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.
4. All of the time	4. Durante todo o tempo	4. Durante todo o tempo	4. Durante todo o tempo
3. Most of the time	3. Durante a maior parte do tempo	3. A maior parte do tempo	3. Durante a maior parte do tempo
2. A little	2. Um pouco	2. Um pouco	2. Um pouco
1. Not at all	1. Nem um pouco	1. Nem um pouco	1. Nem um pouco

Ressalta-se que a versão síntese T12 foi realizada avaliando tanto a construção semântica das frases de cada item, quanto à clareza das palavras utilizadas.

Devido à impossibilidade de reunião presencial com os tradutores responsáveis por T1 e T2, esta etapa do estudo ocorreu através de correio eletrônico. Sendo enviadas aos tradutores as duas versões produzidas, bem como a proposta de uma versão síntese. Assim, após a avaliação dos tradutores, obteve-se a concordância dos dois acerca da síntese das traduções iniciais (T12).

Na etapa seguinte da adaptação do BCSQ, a versão T12 foi traduzida de volta ao idioma inglês por dois tradutores independentes, visando verificar se a versão brasileira continha erros ou incoerências de tradução que tornassem seu conteúdo diferente da versão original.

Sobre as duas retraduições realizadas, identificou-se que estas também não apresentaram muitas divergências em relação à versão original do instrumento, mostrando assim a qualidade da versão síntese (T12).

O Quadro 3 abaixo mostra as duas versões retraduzidas, RT1 e RT2.

Quadro 3. Distribuição das retraduições (backtranslations) resultantes da terceira etapa do processo de adaptação transcultural do instrumento BCSQ para o contexto do Brasil e versão original. Fortaleza, 2017.

Retradução 1 – RT1	Retradução 2 – RT2	Versão original
1. Made me feel respected and admired.	1. It made me feel respected and admired.	1. Made me feel respected and admired.
2. Complimented my efforts with compliments like “good job” and “very good”.	2. praised my efforts with comments like "great work ", " very good”.	1. Praised my efforts with comments like ‘great job’, ‘well done’.
3. Provided distraction techniques in the early (for example, light conversations, we watched theTV together).	3. Provided distraction techniques in early labor (for example, light conversations, we watched theTV together).	3. Provided distraction techniques in the early phase of labour (eg light social conversation, watching TV together)
4. Made me feel like she was there to help.	4. It made me feel that I was there to help her.	4. Made me feel they were there for me.
5. The person offered me physical comfort through touch (touch can include holding your hand, cleaning your face, or rubbing your back).	5. The person offered me physical comfort through touch (touch may include holding her hand, clean her face, going with the hand on her back).	5. Offered me physical comfort through touch (Touch may include holding your hand, wiping your face, rubbing your back).
6. Reinforced coping techniques that I was using (for example, relaxation	6. Strengthened techniques in evaluation that I was using, for example,	6. Reinforced coping techniques I was using eg relaxation techniques,

techniques and breathing techniques).	techniques, relaxation techniques and breathing.	breathing techniques?
7. Spoke with the nurse or the doctor about my needs (for example, the need to change positions, or ask for relief from the pain).	7. Spoke with the nurse or the doctor about my needs (e.g. need to change my position or to request a pain relief).	7. Spoke to the midwife or doctor about my needs (for example, need to change position or to request pain relief).
8. Helped me with coping techniques (for example, giving massages or encouraging me to walk).	8. Helped me with coping techniques (e.g. giving massages, encouraging me to walk).	8. Assisted me with coping techniques (eg, giving massages, encouraging me to walk around).
9. I liked to have this person's company as a support.	9. I liked having the company this support person.	9. Enjoyed having the company of this support person.
10. Helped me to follow the coping methods suggested to me by the nurse (for example, walking and taking a shower).	10. It helped me to follow the methods and suggested coping by a nurse (e.g. walk, use the shower).	10. Helped me to follow the coping methods suggested by the midwife (eg walking around, using the shower).
11. Made eye contact while complimenting my efforts.	11. He made eye contact to praise my efforts.	11. Provided me with eye contact when praising my efforts.
12. Listened and Respected my desires in regards to my birth plan.	12. He heard and respected my will for a birth plan, in order to benefit me.	12. Listened and respected my wishes in relation to me following my birth plan.
13. Made me feel satisfied with his/her support.	13. It made me feel satisfied with your support.	13. Left me feeling satisfied with their support.
Using the classification scale below, please mark the box that best describes your opinion in regards to the support of each person during labor and delivery.	Using the rating scale below, please check the box that best <input checked="" type="checkbox"/> rate your opinion about the support of each person during labor and birth.	Using the rating scale below please tick the box <input checked="" type="checkbox"/> that best rates your opinion of each person's support during labour and birth.

4. All of the time	4. During all the time	4. All of the time
3. Most of the time	3. During most of time	3. Most of the time
2. A little	2. A little	2. A little
1. Not at all	1. Not a little	1. Not at all

Evidenciou-se que ambas as retraduições resultantes desta etapa do estudo mostraram-se coerentes, explicitando o domínio dos dois tradutores sobre os dois idiomas envolvidos.

4.2 Etapa IV: Avaliação por um comitê de juízes

Finalizada a etapa de retradução, iniciou-se a quarta etapa do processo de adaptação transcultural: a avaliação do instrumento por um comitê de juízes, para avaliar as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do BCSQ no idioma português brasileiro com sua versão original.

Participaram desta etapa três juízes, sendo um especialista em línguas e dois especialistas em método de adaptação transcultural e profissionais da área da saúde.

Esta etapa foi realizada através de correio eletrônico, onde foram enviadas todas as versões do instrumento BCSQ: versão original, duas traduções iniciais, síntese das traduções, e duas retraduições. Além disso, foram enviadas carta convite, o TCLE, o fluxograma de tradução e adaptação transcultural, e o instrumento para avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual.

Este último instrumento continha uma escala de avaliação das quatro equivalências em relação a cada item do instrumento em português com as seguintes opções de acordo com uma escala do tipo Likert: 1 (pouquíssima), 2 (pouca), 3 (média), 4 (muita), e 5 (muitíssima).

Na primeira avaliação realizada pelo comitê, a maioria dos itens (1, 2, 6, 9, 11 e 13) obteve concordância plena dos três juízes quanto às quatro equivalências avaliadas. Entretanto, para os itens (3, 4, 5, 7, 8, 10 e 12) foram sugeridas modificações por alguns membros do grupo a fim de alcançar sua total equivalência com a versão original.

Segue abaixo o Quadro 4 que apresenta as opiniões dos integrantes do comitê quanto às equivalências avaliadas, bem como suas sugestões para reescrita dos itens da versão BCSQ por números de um a três.

Quadro 4. Distribuição das opiniões quanto às equivalências avaliadas e sugestões dos juízes integrantes do comitê para reescrita dos itens da versão BCSQ considerados insuficientemente equivalentes aos itens da versão original do instrumento BCSQ. Fortaleza, 2017.

Itens: versão T12	Juízes	Opinião quanto às equivalências avaliadas	Sugestões
Item 3: Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos à TV juntos).	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência idiomática.	“Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas informais, assistimos à TV juntos).”
	Juiz 1	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica e idiomática.	“Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas informais, assistimos vídeos no celular ou tablet juntos).”
Item 4: Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica e idiomática.	“Fizeram-me sentir que estavam lá para me ajudar.”
Item 5: A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão,	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica e idiomática.	“Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).”

limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).			
Item 7: Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica, idiomática e conceitual.	“Falou com a enfermeira-parteira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).”
Item 8: Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar).	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência idiomática.	“Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).”
	Juiz 3	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual.	“Ajudou-me na hora dando massagens e incentivando-me a caminhar.”
Item 10: Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual.	“Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira-parteira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).”
	Juiz 3	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica, experimental e conceitual.	“Ajudou-me a seguir orientações sugeridas pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).”

Item 12: Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de nascimento.	Juiz 2	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica e conceitual.	“Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.”
	Juiz 3	Necessidade de modificação para obtenção de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual.	“Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.”

As sugestões realizadas pelos juízes foram agrupadas, junto das respectivas justificativas, quando presentes, e avaliadas pela pesquisadora e por duas professoras do curso de enfermagem. Nessa rodada foram analisadas as sugestões e considerou-se o consenso dos avaliadores. Após essa etapa de análise de equivalências pelo comitê, todas as discrepâncias foram esclarecidas, obtendo-se a versão pré-final, onde foi empregada no pré-teste, etapa seguinte do processo de adaptação transcultural.

Os itens 2 e 4 do instrumento voltaram ao formato inicial (versão T12), sendo que alguns itens passaram por alguma mudança em relação à versão T12.

O Quadro 5 abaixo apresenta a versão consensual aprovada pelo comitê de juízes (versão pré-final), bem como a versão original e a versão síntese das traduções iniciais do instrumento (T12).

Quadro 5. Versão original, síntese das traduções e versão pré-final do instrumento BCSQ (versão brasileira). Fortaleza, 2017.

Versão original	Síntese das traduções – T12	Versão pré-final aprovada pelo comitê de juízes para aplicação no pré-teste
1. Made me feel respected and admired.	1. Fez sentir-me respeitada e importante.	1. Fez sentir-me respeitada e importante.
2. Praised my efforts with	2. Elogiou meus esforços	2. Elogiou meus esforços

comments like ‘great job’, ‘well done’.	com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.
3. Provided distraction techniques in the early phase of labour (eg light social conversation, watching TV together).	3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos à TV juntos).	3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos vídeos pelo celular).
4. Made me feel they were there for me.	4. Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.	4. Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.
5. Offered me physical comfort through touch (Touch may include holding your hand, wiping your face, rubbing your back).	5. A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).	5. Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).
6. Reinforced coping techniques I was using eg relaxation techniques, breathing techniques?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento/orientações que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?
7. Spoke to the midwife or doctor about my needs (for example, need to change position or to request pain relief)	7. Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	7. Falou com a enfermeira obstetra ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).
8. Assisted me with coping techniques (eg, giving massages, encouraging me to walk around)	8. Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar).	8. Ajudou-me com técnicas de enfrentamento/orientações (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).

9. Enjoyed having the company of this support person	9. Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.	9. Gostei de ter a companhia e o apoio dessa pessoa.
10. Helped me to follow the coping methods suggested by the midwife (eg walking around, using the shower)	10. Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	10. Ajudou-me a seguir as orientações sugeridas pela enfermeira obstetra ou médico (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).
11. Provided me with eye contact when praising my efforts.	11. Fez contato visual ao elogiar os meus esforços.	11. Olhou-me nos olhos ao elogiar os meus esforços.
12. Listened and respected my wishes in relation to me following my birth plan	12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.	12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.
13. Left me feeling satisfied with their support	13. Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio.	13. Fiquei satisfeita com o seu apoio.
Using the rating scale below please tick the box <input checked="" type="checkbox"/> that best rates your opinion of each person's support during labour and birth.	Usando a escala de classificação abaixo, por favor, marque com um X a resposta que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.	Usando a escala de classificação abaixo, por favor, marque com um X a resposta que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.
4. All of the time	4. Durante todo o tempo	4. Durante todo o tempo
3. Most of the time	3. Durante a maior parte do tempo	3. Durante a maior parte do tempo
2. A little	2. Um pouco	2. Um pouco
1. Not at all	1. Nem um pouco	1. Nem um pouco

4.2 Etapa V: Pré-teste

A versão pré-final em português foi utilizada no pré-teste, correspondendo à quinta etapa da adaptação transcultural do BCSQ. Esta versão foi aplicada a 30 puérperas internadas no alojamento conjunto de uma maternidade de referência de Fortaleza.

Essas pacientes foram abordadas após 12 horas do parto, em média, e responderam sobre suas características sociodemográficas, as características sociodemográficas do acompanhante, aos itens do questionário BCSQ (autoadministrado), e as perguntas sobre sua compreensão e facilidade em escolher a resposta para cada um dos itens. No caso das puérperas não alfabetizadas, os itens foram lidos.

O perfil das puérperas que participaram desta etapa do estudo foi: a maioria encontrava-se na faixa etária de 20-34 anos (50,0%), com escolaridade entre 8 e 11 anos (53,3%), não brancas (80,0%), renda média de R\$ 890,00, casadas ou em união estável (76,7%), do lar (60,0%), tinham o conhecimento da lei (73,3%) e obtiveram esse conhecimento da lei na unidade de saúde (60,0%). Dados descritos na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características sociodemográficas das puérperas (pré-teste). MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Características	n	%
Idade		
até 19 anos	13	43,3
20-34 anos	15	50,0
35 anos ou mais	2	6,7
Cor		
não branca	24	80,0
branca	6	20,0
Escolaridade		
<8 anos	6	20,0
8-11 anos	16	53,3
≥12 anos	8	26,7
Estado civil		

casada/união estável	23	76,7
solteira	4	13,3
separada/divorciada	3	10,0
Ocupação		
do lar	18	60,0
trabalho remunerado	5	16,7
sem ocupação	4	13,3
estudante	3	10,0
sem ocupação	4	13,3
Conhecimento da lei		
sim	22	73,3
não	8	26,7
Local do conhecimento da lei		
unidade de saúde	18	60,0
familiares ou amigos	3	10,0
internet	1	3,3

A avaliação dos itens da versão pré-final do BCSQ no idioma português brasileiro pelas puérperas mostrou que os itens eram compreensíveis, com opções de respostas claras e facilmente elegíveis. Não sendo necessária a modificação de conteúdo da versão pré-final brasileira do BCSQ.

Assim, obteve-se a versão final do instrumento BCSQ adaptado ao contexto cultural brasileiro para a avaliação do apoio social prestado pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Quadro 6. Versão final em português brasileiro do instrumento BCSQ para a avaliação do apoio prestado pelo acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Fortaleza, 2017.

Birth Companion Support Questionnaire (versão brasileira)
Usando a escala de classificação abaixo, por favor, marque com um X a resposta que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.

Comportamento	Avaliação Pessoa 1	Avaliação Pessoa 2	Avaliação Pessoa 3	Avaliação Pessoa 4
1. Fez sentir-me respeitada e importante.	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco
2. Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco
3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos vídeos pelo celular).	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco
4. Fizeram-me sentir que estavam lá para me ajudar.	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo

	2. Um pouco 1. Nem um pouco			
5. Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco
6. Reforçou algumas técnicas que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco
7. Falou com a enfermeira obstetra ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco

<p>8. Ajudou-me com algumas atividades (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>
<p>9. Gostei de ter a companhia e o apoio dessa pessoa.</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>
<p>10. Ajudou-me a seguir as orientações sugeridas pela enfermeira obstetra ou médico (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>
<p>11. Olhou-me nos olhos ao elogiar os meus esforços.</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>	<p>4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco</p>

	pouco	pouco	pouco	pouco
12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco
13. Fiquei satisfeita com o seu apoio.	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco	4. Durante todo o tempo 3. Durante a maior parte do tempo 2. Um pouco 1. Nem um pouco

Após a finalização da versão brasileira do BCSQ, as versões traduzidas e as mudanças feitas no processo de adaptação realizado foram enviadas via correio eletrônico para a Universidade da Austrália, para apreciação dos autores da versão original.

4.3 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do BCSQ

Com a conclusão do processo de adaptação transcultural e consequente obtenção da versão brasileira do BCSQ, procedeu-se à análise de suas propriedades psicométricas de validade e confiabilidade. Para isto, a amostra empregada foi de 130 puérperas internadas no alojamento conjunto de uma maternidade pública de Fortaleza, após as primeiras 12 horas da realização do parto, em média.

4.3.1 Caracterização da amostra

O perfil geral das puérperas do estudo foi: a maioria era adolescente (49,2%), de cor não branca (66,9%), com mais de oito anos de estudo (70,8%), casada/união estável (70,8%), do lar (43,8%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (46,2%) e na casa residiam entre quatro e seis pessoas (52,3%). Dados descritos na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características sócio-demográficas das puérperas do estudo. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Características	n	%	Média (Desvio padrão)
Idade			21,5 (\pm 6,7)
até 19 anos	64	49,2	
de 20 a 34 anos	60	46,2	
35 anos ou mais	6	4,6	
Cor			
não branca	87	66,9	
branca	43	33,1	
Escolaridade			8,6 (\pm 3,3)
0-8 anos	38	29,2	
9 ou mais	92	70,8	
Estado civil			
casada/união estável	92	70,8	
solteira	31	23,8	
separada/divorciada	7	5,4	
Ocupação			
do lar	57	43,8	
estudante	36	27,7	
sem ocupação	25	19,2	
trabalho remunerado	12	9,3	
Renda familiar			1,6 (\pm 0,6)
menor que 1 SM	56	43,1	

1-2 SM	60	46,2	
mais que 2 SM	14	10,7	
Residem na casa			4,4 (\pm 1,9)
1-3 moradores	46	35,4	
4-6	68	52,3	
7 ou mais	16	12,3	

Salário mínimo (SM) durante a pesquisa foi de R\$ 880,0.

Em se tratando dos antecedentes obstétricos e gravidez atual, a tabela 3 revela que 63,8% são primigesta, 4,6% tinham experiência anterior de abortamento, 77,7% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 69,2% realizaram pelo menos 6 consultas de pré-natal, 76,2% tinham conhecimento da lei do acompanhante, dos quais 62,3% obtiveram essa informação em unidades de saúde, e 86,9% o acompanhante foi escolhido durante a gestação.

Tabela 3. Distribuição do número e percentual de puérperas segundo os antecedentes obstétricos e gestação atual Fortaleza. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Características	n	%	Média (Desvio padrão)
Número de gravidezes			1,4 (\pm 0,7)
primigesta	83	63,8	
multigesta	47	36,2	
História anterior de abortos			
Sim	6	4,6	
não	124	95,4	
Trimestre do início do pré-natal			
primeiro	101	77,7	
segundo	23	17,7	
terceiro	6	4,6	
Número de consultas pré-natais			6,6 (\pm 2,9)
menor que 6	40	30,8	

6 ou mais	90	69,2
Tinha conhecimento da lei do acompanhante		
sim	99	76,2
não	31	23,8
Onde obteve conhecimento da lei		
unidade de saúde	81	62,3
emergência	31	23,8
familiares ou amigos	15	11,5
internet	3	2,4
O acompanhante foi o escolhido durante a gestação?		
sim	113	86,9
não	17	13,1

Em relação aos dados referentes ao tempo de parto atual, a tabela 4 traz que a média de tempo de trabalho de parto e parto foi de 11,25 horas (DP±6,6), das quais 10,9 horas tiveram a presença do acompanhante, 84,6% tiveram parto vaginal, 77,7% pariram em posição semi-sentada, 79,2% utilizaram o banho, 60,8% a banqueta, 63,1% a bola suíça, 51,5% o cavalinho, e 63,8% utilizam a movimentação do quadril e massagem como medidas não-farmacológicas o alívio da dor. Além disso, 66,9% das mulheres foram lhes oferecido líquidos durante o trabalho de parto, 92,3% foi realizado clampeamento do cordão umbilical depois de um minuto do nascimento e 8,5% foi realizado episiotomia.

Tabela 4. Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características do parto atual. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Características	n	%	Média (Desvio padrão)
Tempo de parto			11,25 (±6,6)
Tempo de apoio do acompanhante			10,9 (±6,3)
Tipo de parto			

vaginal	110	84,6
forceps	10	7,7
cesárea	10	7,7
Posição de parir		
semi-sentada	101	77,7
não se aplica	10	7,7
de lado	6	7,3
na banqueta	6	7,3
cócoras	7	5,4
Banho		
sim	103	79,2
não	27	20,8
Banqueta		
sim	79	60,8
não	51	39,2
Bola		
sim	82	63,1
não	48	36,9
Cavalinho		
sim	67	51,5
não	63	48,5
Massagem		
sim	83	63,8
não	47	36,2
Movimento de quadril		
sim	83	63,8
não	47	36,2
Oferecido líquidos		
sim	87	66,9
não	43	33,1
Clampe		
< 1 minuto	10	7,7
≥ 1 minuto	120	92,3

Episiotomia		
não	109	83,8
sim	11	8,5
não se aplica	10	7,7

Quanto aos dados neonatais do parto atual, a tabela 5 mostra que o peso médio dos recém-nascidos foi de 3185,15 gramas (DP±364,3), 92,3% tiveram índice de Apgar no primeiro minuto acima de sete, 99,2% tiveram índice de Apgar acima de sete no quinto minuto, 92,3% tiveram contato precoce com a mãe, 92,3% foram estimulados ao aleitamento materno, 86,2% foram encaminhados junto à mãe ao alojamento conjunto e 88,5% estão em AME no alojamento conjunto.

Tabela 5. Distribuição do número e percentual de puérperas segundo as características neonatais parto atual. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Características	n	%	Média (Desvio padrão)
Peso			3185,15 (±364,3)
Apgar 1º minuto			7,9 (±1,0)
0-6	10	7,7	
7 ou mais	120	92,3	
Apgar 5º minuto			8,9 (±0,5)
0-6	1	0,8	
7 ou mais	129	99,2	
Contato precoce na sala de parto			
sim	120	92,3	
não	10	7,7	
Estimulado AM na sala de parto			
sim	120	92,3	
não	10	7,7	
RN encaminhado junto à mãe ao AC			

sim	112	86,2
não	18	13,8
RN em AME no AC		
sim	115	88,5
não	15	11,5

4.3.2 Aplicação da escala BCSQ-VB

Para a aplicação da versão final da BSES-VB, 130 mulheres foram abordadas durante a internação no alojamento conjunto. O tempo utilizado no procedimento foi em média 8 minutos. O escore total da escala pode variar de 13 a 52, na amostra estudada variou de 16 a 52 (M= 50,04; DP= \pm 4,65; Me= 51,00). Sendo ainda considerado apoio satisfatório mulheres que tiveram pontuação acima de 39 pontos, e apoio insatisfatório pontuação menor eu 39 pontos.

A tabela 6 mostra os valores descritivos da escala BCSQ-VB, com significância estatística entre o suporte social insatisfatório e satisfatório. O número de puérperas com apoio social satisfatório foi muito maior do que as pessoas com apoio insatisfatório, havendo diferença estatisticamente significativa nos dois casos.

Tabela 6. Análise dos escores do suporte social da escala BCSQ para as puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

	Itens	Satisfatório		Insatisfatório		Valor de p**
		Média	DP	Média	DP*	
1.	Fez sentir-me respeitada e importante.	4,0	0,3	4,0	0,0	1,0
2.	Fiquei satisfeita com o seu apoio.	3,9	0,3	1,0	0,0	0,001
3.	Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.	3,7	0,6	1,0	0,0	0,001
4.	Olhou-me nos olhos ao elogiar	4,0	0,2	1,0	0,0	0,001

	os meus esforços.					
5.	Ajudou-me a seguir as orientações sugeridas pela enfermeira obstetra ou médico (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	3,9	0,3	1,0	0,0	0,001
6.	Gostei de ter a companhia e o apoio dessa pessoa.	3,8	0,4	1,0	0,0	0,001
7.	Ajudou-me com algumas atividades (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).	3,9	0,3	1,0	0,0	0,001
8.	Falou com a enfermeira obstetra ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	3,8	0,6	1,0	0,0	0,001
9.	Reforçou algumas técnicas que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	4,0	0,2	1,0	0,0	0,001
10.	Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).	3,9	0,3	1,0	0,0	0,001
11.	Fizeram-me sentir que estavam lá para me ajudar.	3,9	0,3	1,0	0,0	0,001
12.	Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos	3,9	0,2	1,0	0,0	0,001

	vídeos pelo celular).					
13.	Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	4,0	0,2	1,0	0,0	0,001

*DP: Desvio padrão. **Teste de Mann Whitney: comparando a distribuição dos escores do suporte social com a percepção de suporte insatisfatório e satisfatório.

A tabela 7 compara as variáveis sociodemográficas em relação a satisfação do apoio social do acompanhante, pode-se verificar que houve melhores resultados nas puérperas acima de 19 anos, com 9 anos ou mais de estudos, casada/união estável, com renda acima de 1 salário mínimo, que tiveram mais de 6 consultas no pré-natal e que escolheram o acompanhante.

Tabela 7. Análise comparando as variáveis sociodemográficas com a satisfação das puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Variáveis	Satisfação				Valor de p
	Satisfatório		Insatisfatório		
	n	%	n	%	
Idade					0,98
até 19 anos	63	48,4	1	0,8	
acima de 19 anos	65	50,0	1	0,8	
Escolaridade (anos)					0,36
0-8 anos	38	29,2	0	-	
9 ou mais	90	69,3	2	1,5	
Estado civil					0,51
casada/união estável	91	70,0	1	0,8	
outros	37	28,4	1	0,8	
Ocupação					0,81
estudante	35	26,9	1	0,8	
do lar	56	43,1	1	0,8	
sem ocupação	25	19,2	-	-	
trabalho remunerado	12	9,2	-	-	

Renda					0,84
menor que 1 SM	55	42,3	1	0,8	
acima de 1 SM	73	56,1	1	0,8	
Local de conhecimento da lei do acompanhante					0,75
unidade de saúde	79	60,8	1	0,8	
outros	49	37,6	1	0,8	
Residem na casa					0,29
1-3 moradores	46	35,4	-	-	
4 ou mais	82	63,1	2	1,5	
Nº consultas pré-natal					0,34
menor que 6	40	30,8	-	-	
6 ou mais	88	67,7	2	1,5	
Acompanhante escolhido					0,44
sim	99	76,2	-	-	
não	29	22,3	2	1,5	

*Teste Qui-quadrado

A tabela 8 mostra os valores descritivos da escala BCSQ-VB, com significância estatística entre primípara e múltiparas. O número de primípara com apoio social satisfatório foi maior do que as múltiparas com apoio satisfatório, havendo diferença estatisticamente significativa nos dois casos em alguns itens da escala (4, 6, 12).

Tabela 8. Análise comparando dois grupos contratados e os escores do suporte social da escala BCSQ para as puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

	Itens	Primípara		Múltipara		Valor de p
		Média	DP	Média	DP	
1.	Fez sentir-me respeitada e importante.	4,0	0,0	3,9	0,4	0,19

2.	Fiquei satisfeita com o seu apoio.	3,9	0,4	3,9	0,5	0,88
3.	Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.	3,7	0,6	3,6	0,7	0,64
4.	Olhou-me nos olhos ao elogiar os meus esforços.	4,0	0,3	3,8	0,5	0,01
5.	Ajudou-me a seguir as orientações sugeridas pela enfermeira obstetra ou médico (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	3,9	0,5	3,8	0,5	0,19
6.	Gostei de ter a companhia e o apoio dessa pessoa.	3,8	0,5	3,6	0,6	0,01
7.	Ajudou-me com algumas atividades (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).	3,8	0,5	3,8	0,5	0,66
8.	Falou com a enfermeira obstetra ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	3,7	0,8	3,7	0,6	0,24
9.	Reforçou algumas técnicas que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	3,9	0,4	3,9	0,5	0,53
10.	Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).	3,9	0,5	3,9	0,5	0,78

11	Fizeram-me sentir que estavam lá para me ajudar.	3,9	0,4	3,8	0,5	0,36
12.	Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos vídeos pelo celular).	3,9	0,4	3,8	0,5	0,03
13.	Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	4,0	0,3	3,9	0,5	0,05

*DP: Desvio padrão. **Teste de Mann Whitney: comparando a distribuição dos escores do suporte social entre grupos contrastados.

A tabela 9 compara as primíparas e multíparas em relação a satisfação da puérpera acerca do acompanhante em sala de parto, não havendo significância estatística entre os grupos. Os dados evidenciam que o número de primíparas com apoio social insatisfatório foi maior do que as multíparas com apoio insatisfatório.

Tabela 9. Análise comparando dois grupos contrastados e satisfação das puérperas internadas no alojamento conjunto. MEAC, Fortaleza, out. 2016 a fev. 2017.

Itens	Satisfação	Primípara		Multípara		Valor de p*
		n	%	n	%	
1.	Satisfatório	81	62,3	48	36,9	0,19
	Insatisfatório	0	-	1	0,8	
2.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
3.	Satisfatório	79	60,8	47	36,2	0,60
	Insatisfatório	2	1,5	2	1,5	

4.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
5.	Satisfatório	79	60,8	48	36,9	0,88
	Insatisfatório	2	1,5	1	0,8	
6.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
7.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
8.	Satisfatório	75	57,7	47	36,2	0,44
	Insatisfatório	6	4,6	2	1,5	
9.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
10.	Satisfatório	79	61,5	48	36,9	0,88
	Insatisfatório	2	0,8	1	0,8	
11.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
12.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	
13.	Satisfatório	80	61,5	48	36,9	0,71
	Insatisfatório	1	0,8	1	0,8	

*Teste Qui-quadrado

4.3.2 Validade da versão brasileira do BCSQ

Na análise da validade da versão brasileira do BCSQ, realizaram-se as avaliações de conteúdo, através do cálculo do IVC de acordo com o julgamento dos especialistas na área do

conteúdo, e da validade de construto, através da análise fatorial exploratória. A seguir, exibem-se os resultados obtidos através dessas análises.

4.3.2.1 Validade de conteúdo

O perfil geral do grupo de profissionais da saúde peritos na área de saúde da mulher que avaliaram a validade de conteúdo da versão brasileira do BCSQ foi o seguinte: a maioria era enfermeiros (95,5%), tinham habilidades na área obstétrica (90,1%), tinham habilidades especializadas na área obstétrica que o tornasse autoridade (95,5%), possuem habilidade especial na área obstétrica (68,2%), e possuem classificação alta atribuída por uma autoridade (13,6%). Dados descritos na tabela 10.

Tabela 10. Perfil dos profissionais da saúde peritos na área de saúde da mulher. Fortaleza, 2017.

Variáveis	n	%
Profissão		
enfermeiro	21	95,5
médico	1	0,5
Possuem habilidade/ conhecimento adquiridos pela experiência na área obstétrica.		
sim	20	90,1
não	2	9,9
Possuem habilidade/ conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade na área obstétrica.		
sim	21	95,5
não	1	0,5
Possuem habilidade especial na área obstétrica.		
sim	15	68,2
não	8	31,8

Possuem classificação alta atribuída por uma autoridade.		
sim	3	13,6
não	19	86,4

Quanto à análise da clareza, relevância e pertinência do instrumento, verificou-se que a maioria dos itens da versão brasileira do BCSQ (10) foi considerada completamente adequada pelos peritos (100% de concordância para os três itens avaliados). Deste modo, a tabela 11 mostra a distribuição da concordância dos 13 itens do instrumento avaliado quanto às porcentagens referentes a esses três critérios de análise de acordo com o julgamento dos avaliadores.

Tabela 11. Distribuição dos itens do BCSQ-VB quanto à clareza, relevância e pertinência ao construto, conforme avaliação do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2017.

	Concordância dos itens (n=22)		Clareza		Relevância		Pertinência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Item 1	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 2	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 3	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 4	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 5	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 6	18	81,8	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 7	19	86,3	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 8	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 9	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 10	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 11	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 12	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0
Item 13	22	100,0	22	100,0	22	100,0	22	100,0

Observou-se que todos os itens alcançaram de 80% a 100% de concordância dos avaliadores quanto aos três aspectos avaliados, porcentagem esta considerada adequada (PASQUALI, 1998).

Quanto aos resultados do IVC da versão brasileira do BCSQ, a tabela 14 mostra resultados satisfatórios, sendo o IVC total de 0,9 e o IVC dos itens individuais foi de 0,8 ou 1.

Tabela 12. Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo dos itens individuais do BCSQ-VB, conforme análise do grupo de peritos avaliadores. Fortaleza, 2017.

	Itens	Clareza	Coerência	Pertinência
1.	Fez sentir-me respeitada e importante.	1	1	1
2.	Fiquei satisfeita com o seu apoio.	1	1	1
3.	Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.	1	1	1
4.	Olhou-me nos olhos ao elogiar os meus esforços.	1	1	1
5.	Ajudou-me a seguir as orientações sugeridas pela enfermeira obstetra ou médico (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	1	1	1
6.	Gostei de ter a companhia e o apoio dessa pessoa.	0,8	1	1
7.	Ajudou-me com algumas atividades (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).	0,9	1	1
8.	Falou com a enfermeira obstetra ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	1	1	1
9.	Reforçou algumas técnicas que eu estava usando, por exemplo, técnicas	1	1	1

	de relaxamento, técnicas de respiração?			
10.	Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).	1	1	1
11.	Fizeram-me sentir que estavam lá para me ajudar.	1	1	1
12.	Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos vídeos pelo celular).	1	1	1
13.	Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	1	1	1

4.3.2.2 Validade de construto

A validade de construto da versão brasileira BCSQ empregou-se análise fatorial exploratória, cujos resultados são apresentados abaixo.

4.3.2.2.1 Análise fatorial exploratória

Quanto à verificação da adequabilidade da base de dados, teve-se que o cálculo da medida de Kaiser-Meyer-Okin resultou em 0,63, superando o valor mínimo recomendado de 0,6 (KAISER, 1974; KAISER, 1970) e o teste de esfericidade de Bartlett (BARTETT, 1954) foi estatisticamente significativo (χ^2 de aproximadamente 738,977; $p < 0,000$), indicando rejeição da hipótese nula de matriz de correlação identidade, confirmando a existência de correlações entre as variáveis. Indicando assim, que a análise fatorial é uma técnica adequada e que a amostra foi satisfatória para avaliar a BCSQ.

Conforme exposto da na tabela 13, a análise dos componentes principais da versão brasileira do BCSQ revelou a presença de quatro componentes com *eigenvalues* maiores que um. O emprego do critério de Kaiser apontou extração de quatro fatores que explicariam

66,71% da variância dos dados, porcentagem de variância explicada acumulada equiparada à recomendada por alguns autores (60,0%) como critério auxiliar na decisão sobre o número de fatores a serem extraídos (HAIR et al., 2006).

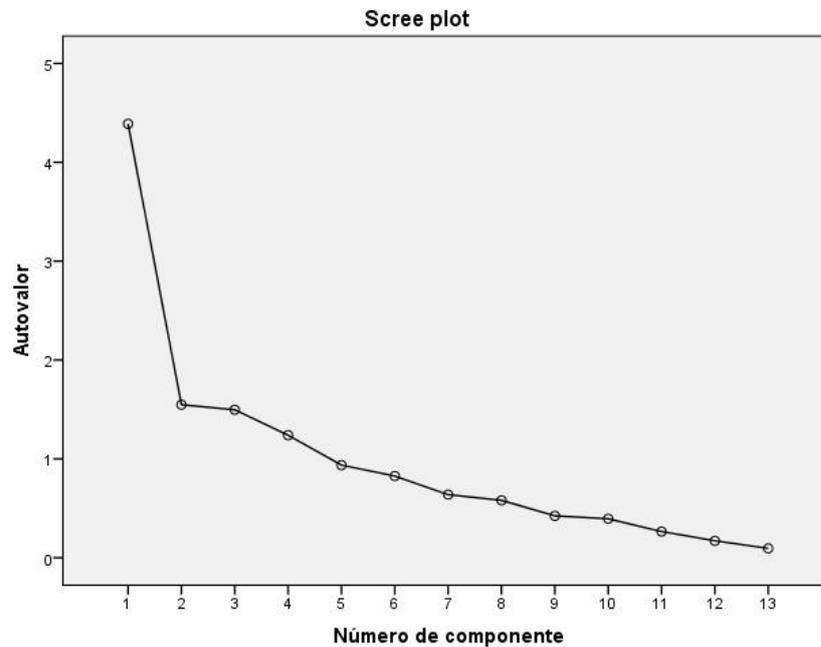
Tabela 13. Distribuição da variância explicada inicial, e percentual de variância dos componentes do BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.

Componentes	Variância explicada inicial		
	Total	% de variância	% cumulativa
1	4,389	33,762	33,762
2	1,548	11,904	45,666
3	1,497	11,513	57,179
4	1,239	9,532	66,712
5	,937	7,204	73,916
6	,826	6,353	80,269
7	,638	4,908	85,177
8	,580	4,464	89,641
9	,423	3,257	92,897
10	,394	3,030	95,928
11	,265	2,035	97,962
12	,171	1,312	99,275
13	,094	,725	100,000

Método de extração: análise do componente principal, com normalização de Kaiser.

O *scree test* (CATTELL, 1966) é outro método apontado para embasar a decisão quanto à extração do mais adequado de fatores. Abaixo a figura mostra o diagrama de declividade do *scree test* da versão brasileira do BCSQ.

Figura 3. Diagrama de declividade: *scree test* do BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.



O diafragma apresenta uma curva que não sofre queda abrupta, porém, mostra inclinação entre o primeiro e o segundo componente, e a partir daí torna-se praticamente horizontal. Portanto, o segundo componente consiste em seu ponto de inflexão. Isto permite afirmar que a análise do diagrama de declividade indica a extração de dois fatores, número de componentes situados acima deste ponto da curva.

Apesar da indicação de extração de quatro fatores pelo critério de Kaiser, optou-se pela extração de dois fatores da versão brasileira do BCSQ, conforme sugerido pelo *Scree test* (CATELL, 1966).

A tabela 14 apresenta a matriz de correlações, com quatro fatores de solução, rotacionada pelo método ortogonal *varimax*, com a supressão de cargas fatoriais inferiores a 0,30, valor mínimo aceitável (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

Tabela 14. Distribuição da matriz de correlação com solução para dois componentes do BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.

Itens	Componentes	
	1	2

item12	,709
item8	,487
item5	,527
item13	,679
item2	,653
item9	,482
item3	,603
item6	,511
item10	,485
item4	,482
item11	,543
item1	,637
item7	,458

Cargas fatoriais abaixo de 0,30 suprimidas.
Método de extração: Análise do componente principal.
Método de rotação: *Varimax*.

Observou-se que todos os itens do instrumento apresentaram cargas fatoriais satisfatórias, com valor mínimo de 0,457. Isto rejeita a exclusão de algum item do instrumento.

Verificou-se que a extração de dois fatores para versão brasileira do BCSQ resultou em análise fatorial semelhante à versão original do instrumento. Desta forma, a distribuição dos itens da versão brasileira do BCSQ entre as subescalas permaneceu equivalente à versão australiana do instrumento: apoio emocional (1,2,3,4,6,10,11,13) e apoio tangível (5,7,8,9,12).

A tabela 15 apresenta os valores de comunalidades observados para os itens da versão brasileira do BCSQ, após a extração dos dois fatores, de acordo com sua associação às subescalas. Verificou-se que, com exceção dos itens 6 e 10, todos os demais assumiram comunalidades superiores a 0,50, indicando que a estrutura fatorial obtida pode ser considerada satisfatória.

Tabela 15. Distribuição das comunalidades observadas para os itens do instrumento BCSQ-VB, referentes à solução com dois fatores, conforme distribuição nas subescalas. Fortaleza, 2017.

Fatores	Comunalidades
item1	,569
item2	,797
item3	,667
item4	,570
item5	,755
item6	,275
item7	,648
item8	,826
item9	,693
item10	,370
item11	,840
item12	,880
item13	,782

4.2.3 Confiabilidade da versão brasileira do BCSQ

O valor do alfa de Cronbach para BCSQ (versão brasileira) foi de 0,81, considerando-se a escala total (13 itens), o que revela boa consistência interna. Para as duas subescalas, o coeficiente variou entre 0,71 e 0,72, indicando uma boa confiabilidade também para as subescalas individuais componentes do instrumento (Tabela 16).

Tabela 16. Distribuição dos valores do alfa de Cronbach para as subescalas do instrumento BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.

BCSQ – versão brasileira	Nº itens	Alfa de Cronbach
Subescala apoio emocional	08	0,71
Subescala apoio tangível	05	0,73

A análise da consistência interna da escala total revelou que a supressão de qualquer item do instrumento não acarretaria grandes mudanças no valor do coeficiente de consistência interna. Observou-se que as variações do alfa de Cronbach entre os itens do instrumento foram pequenas (0,78 a 0,81), indicando sua congruência, logo confirmando que o emprego de um escore geral para os 13 itens é confiável. Dados revelados na tabela 17.

Tabela 17. Distribuição das comunalidades observadas para o instrumento BCSQ-VB. Fortaleza, 2017.

	Itens	Media do Alfa	D.P.	Correlação do item total corrigido	Alfa com item suprimido
1.	Fez sentir-me respeitada e importante.	1,18	0,39	0,26	0,81
2.	Fiquei satisfeita com o seu apoio.	1,42	0,81	0,53	0,79
3.	Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.	1,78	1,06	0,54	0,79
4.	Olhou-me nos olhos ao elogiar os meus esforços.	1,27	0,51	0,42	0,80
5.	Ajudou-me a seguir as orientações sugeridas pela enfermeira obstetra ou médico (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	1,42	0,77	0,54	0,79
6.	Gostei de ter a companhia e o apoio dessa pessoa.	1,7	0,97	0,41	0,81
7.	Ajudou-me com algumas atividades (por exemplo, fazendo massagens, incentivando-me a caminhar).	1,65	0,90	0,39	0,81

8.	Falou com a enfermeira obstetra ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	1,63	0,89	0,63	0,78
9.	Reforçou algumas técnicas que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	1,15	1,42	0,45	0,80
10.	Ofereceu conforto físico por meio do toque (toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o seu rosto, massagear as suas costas).	1,28	0,61	0,36	0,81
11.	Fizeram-me sentir que estavam lá para me ajudar.	1,37	0,74	0,45	0,80
12.	Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos vídeos pelo celular).	1,25	0,56	0,57	0,79
13.	Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	1,07	0,31	0,54	0,80

Ademais, o teste T^2 de Hotelling ($F= 12,20$, com $p= 0,00$) rejeitou a hipótese nula de que todos os itens do instrumento apresentariam médias iguais. Portanto, confirmou-se que não ocorreu aglutinação de respostas em uma única categoria.

5 DISCUSSÃO

5.1 Adaptação transcultural do instrumento BCSQ para uso no Brasil

O processo de adaptação transcultural do instrumento foi conduzido com rigor metodológico, onde as recomendações de Beaton *et al.* (2007) para as cinco etapas preconizadas pelos autores foram seguidas com êxito, de forma a garantir a obtenção de um instrumento adaptado ao novo contexto cultural com a maior qualidade.

A adaptação transcultural de um instrumento de medição costuma ser um processo dispendioso em tempo, o que habitualmente, desgasta o pesquisador (ORIÁ, 2008).

Um aspecto que merece destaque em relação ao processo de adaptação da BCSQ-VB refere-se à demora na seleção dos sujeitos que colaborariam com o pesquisador nas fases do protocolo de tradução e adaptação transcultural de forma voluntária. Sendo necessária remuneração por alguns serviços de tradução do material.

É recomendado, então que em outros estudos de adaptação transcultural de instrumento de mensuração, os pesquisadores considerem o pagamento por serviços de tradução em seus orçamentos, desta forma poderia ser uma maneira de garantir o cumprimento do tempo em relação ao processo de tradução (MOTA, 2014).

Verificou-se também neste estudo que a etapa de pré-teste contribuiu na adequabilidade do instrumento ao seu público-alvo, revelando clareza e fácil compreensão do instrumento, não sendo necessárias mudanças.

5.2 Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do BCSQ

A seguir expõe-se a discussão acerca das análises das propriedades de validade e confiabilidade do instrumento BCSQ-VB.

5.2.1 Caracterização da amostra: dados sócio-demográficos, obstétricos e neonatais

Para melhor discussão dos dados, considerou-se relevante discutir as características mais importantes das puérperas. Tendo o estudo sido realizado em uma maternidade pública de Fortaleza, os dados revelam uma clientela cuja renda variou de 170,00 a 3000,00 reais, com média de R\$957,46 (DP= ±R\$623,64).

Sabe-se que mulheres que possuem baixa renda familiar iniciam tardiamente o pré-natal ou realizam um número de consultas abaixo do mínimo recomendado (LEITE *et al.*, 2014). Ressalta-se que o Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, sete consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início precoce, até o quarto mês de gestação (BRASIL, 2014).

A maioria das mulheres eram casadas/união estável (n=92, 70,8%), com idade média de 21,5 anos (DP= ±6,7), sendo, portanto uma população jovem de puérperas, além disso, observou-se também uma alta prevalência de gravidez na adolescência, representado 49,2% (64) da amostra.

Sabe-se que puérperas adolescentes e jovens que mantêm laços conjugais apresentam maior propensão de inadequação no acesso à assistência ao parto. O que pode contribuir para associação de certas condições sociais, como o compromisso conjugal e familiar, aliados ao baixo nível socioeconômico e à falta do exercício de atividade remunerada, não permitem que elas possam pagar alguém para cuidar da casa e das crianças que já possuem, o que influencia negativamente o autocuidado à saúde dessas mulheres (FURTADO; GOMES; GAMA, 2016).

Verificou-se no estudo um dado positivo em relação à escolaridade, pois 70,8% (92) das mulheres tinham no mínimo nove anos de estudo.

Em estudo realizado no Espírito Santos mostrou que não houve significância estatística entre a variável classe econômica e número de consulta de pré-natal, no entanto revelou um maior risco de uma assistência de pré-natal inadequada entre mulheres que apresentam menos de nove anos de escolaridade (LEITE *et al.*, 2014).

O estudo identificou que a maioria das mulheres era primípara (63,8%, n=83). É relevante conhecer essa característica, visto que mulheres que apresentam elevados números de gestações apresentam grande risco de morbimortalidade materna em decorrência dos números de gravidezes. (LEAL *et al.*, 2017).

A maioria das mulheres do nosso estudo realizaram pelo menos seis consultas de pré-natal (69,2%, n=90) e iniciaram as consultas ainda no primeiro trimestre (60%, n=78). O pré-natal torna-se importante como momento oportuno para informar as gestantes sobre o contato pele a pele e a amamentação na sala de parto. (SILVA *et al.*, 2016). Além de receberem informações sobre massagem nas mamas, amamentações até o sexto mês de vida do bebê, pega correta, fissura e contato pele-a-pele da mãe com o bebê após o parto conforme preconizam as políticas públicas nacionais e internacionais, sendo fundamental para encorajá-las na decisão (NESBITT *et al.*, 2012).

O estudo mostrou que a maioria das participantes tinha o conhecimento da lei do acompanhante (76,2%, n=99) e obtiveram essa informação em unidades de saúde (62,3%, n=81). Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” apontam que as mulheres que têm um acompanhante presente são menos vulneráveis à violência. O apoio no trabalho de parto e nascimento é uma estratégia segura e efetiva para melhorar os resultados de satisfação materna, de baixo custo, e é um direito das mulheres brasileiras (DINIZ *et al.*, 2014).

Apesar da presença do acompanhante ser benéfica, muitas mulheres não têm desfrutado desse direito. O desconhecimento da Lei e as limitações institucionais, como a falta de estrutura física e a ausência de treinamento da equipe ou ausência de aceitação por alguns profissionais, têm dificultado o cumprimento efetivo da participação do acompanhante durante o parto (SANTANA *et al.*, 2012).

Há de se considerar que os grupos de gestantes e casais grávidos durante o pré-natal são uma estratégia importante no preparo do acompanhante para o parto, emocional e instrumental. Entretanto, no contexto brasileiro, nem todas as gestantes, e muito menos os acompanhantes, conseguem frequentar estes grupos. A consulta de pré-natal é a principal estratégia para envolver o acompanhante de escolha da mulher desde a gestação para que ele se sinta seguro e empoderado para participar de forma ativa do processo de parir, e deveria dar conta das demandas relacionadas ao preparo para o parto (BRUGGEMANN *et al.*, 2015).

No que concerne aos dados obstétricos, o estudo mostrou uma média do tempo de parto de 11,25 horas (DP=±6,6), com presença do acompanhante em sala de parto e parto de 10,9 horas (DP=±6,3), percebendo então a participação do acompanhante e a garantia do seu direito desde a admissão da paciente.

Segundo a publicação Maternidade segura, da Organização Mundial da Saúde (OMS), as parturientes têm muitos direitos, entre eles: estar acompanhada durante o trabalho de parto e o parto por alguém de sua escolha; ser informada pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e o bebê; adotar a posição que desejar no momento da expulsão; caminhar e fazer movimentos durante o trabalho de parto; receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem excessos; receber massagens ou outras técnicas relaxantes; utilizar roupas confortáveis durante o trabalho de parto; tomar banhos; receber o bebê para mamar imediatamente após o parto; ser chamada pelo nome e conhecer a identidade dos profissionais que a estão atendendo (OMS, 1996).

Em relação às medidas não farmacológicas (MNFs) no alívio da dor, percebemos a pouca adesão de algumas ações, o estudo mostrou que a maioria não utilizaram banho (79,2%, n=101), banqueta (60,8%, n=79), a bola suíça (63,1%, n=82), massagem (63,8%, n=83), e movimento de quadril (63,8%, n=83). Dados discordantes dos registros da instituição, onde foram registrados oferta de métodos como balanceio pélvico (cavalinho e bola de Bobath), deambulação, banho de aspersão, massagens e técnicas de relaxamento para alívio da dor em 93% das mulheres em trabalho de parto em 2015 (MEAC, 2016).

Há várias MNFs para reduzir essa percepção dolorosa no alívio da dor, reduzir o tempo do trabalho de parto e minimizar a ansiedade, sendo consideradas também não invasivas. É essencial que esses métodos sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Podem-se incluir massagens, movimentação livre, exercícios respiratórios, utilização de banho de aspersão e os exercícios de agachamento, este último utilizado ainda de forma empírica (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Em outro estudo, com relação à adesão das parturientes às estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor, observou-se maior interesse pela massagem, utilização da bola de Bobath e banho de chuveiro, e pouca aceitação pela deambulação, mesmo após esclarecimento de seus benefícios. Além disso, o método em que as mulheres referiram mais alívio da dor foi o banho de chuveiro, estratégia que se destacou entre as demais, demonstrando efetividade na redução da dor, relaxamento e conforto dessa clientela (MEDEIROS *et al.*, 2015).

O enfermeiro obstétrico ou o profissional que presta cuidados à gestante deve, então, se propor a ouvir as perspectivas desta no processo de parturição, mantendo um ambiente

calmo e tranquilo que favoreça a liberdade da mulher e viabilize o uso de MNFs no alívio da dor. Essas estratégias citadas foram importantes vias de conforto no TP na maioria dos estudos analisados e têm ajudado as mulheres a passarem pelo TP de forma menos traumática, frente às intervenções invasivas que provocam incômodos ou aumento da dor (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Nosso estudo também identificou que apenas 66,8% (n=87) das parturientes receberam algum tipo de líquido durante o trabalho de parto. Dado preocupante, visto que não há justificativas para manter a mulher nesse momento em jejum. Mesmo na ocorrência de uma cirurgia cesariana, a anestesia regional é utilizada com maior frequência do que a geral, permitindo as mulheres ficarem acordadas durante todo o procedimento, o que as torna capaz de participar de seu próprio cuidado e de proteger suas vias aéreas no caso de presença de episódios eméticos (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2010). Isto demonstra um conjunto de falhas e ausência de informação no momento do parto.

Durante o processo de parto a parturiente gasta muita energia, sendo possível que o suprimento de glicose presente no organismo não seja o suficiente. Contudo estiver em jejum, ele reduz os componentes que ajudam na “força” do trabalho de parto e o organismo em vez da glicose armazenada é utilizada os lipídios como fonte de energia, formando um composto que conseqüentemente aumentam a quantidade de aminoácidos na corrente sanguínea da mãe do feto, que podem provocar uma cetose prejudicando o seu desenvolvimento (MELO; PERACOLI, 2007).

Dessa forma vê-se uma necessidade de suprimento hídrico e alimentar durante todo esse processo, pois quando é prolongado o suprimento de energia armazenado no corpo pode não ser suficiente e ao ofertá-lo poderá melhorar o bem-estar físico e emocional da parturiente durante todo esse processo. E mais ainda, vemos a necessidade de uma atualização por parte dos profissionais para adotarem esse método já comprovado cientificamente eficaz (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Segundo estudo transversal realizado com 603 puérperas, cujo objetivo era analisar os fatores associados à violência obstétrica de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade do Recife, em relação ao uso das práticas comprovadamente úteis, como a alimentação no TP, movimentação durante o primeiro estágio de TP, respeito à escolha do acompanhante e respeito à privacidade, apresentou

frequência variada e, de um modo geral, percentuais que alcançavam mais de 70% dos partos (ANDRADE *et al.*, 2016).

Estudo desenvolvido na Colúmbia Britânica evidenciou que as boas práticas são mais utilizadas pelos enfermeiros obstetras quando comparados com profissionais médicos. A inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto sucedeu a inserção médica, logo, estes profissionais tiveram uma formação voltada para a atual problemática e com base na assistência humanizada. Diferente da formação médica, com características intervencionista, cujo objetivo era reduzir os altos índices da mortalidade materna (JANSSEN *et al.*, 2007).

Durante o parto, a posição semi-sentada alcançou uma frequência de 77,7% (n=101) entre as parturientes, o que mostra que a maioria destas pariram em posições não supinas, o que possivelmente demonstra os esforços dos profissionais de saúde em modificar o atual cenário da assistência obstétrica.

Discordando do estudo conduzido no Rio de Janeiro, indicou que pelo menos 90% das parturientes pariram na posição litotômica, apesar dos vários benefícios das posições verticalizadas para a mulher e o feto (LEAL *et al.*, 2014).

As revisões sistemáticas recomendam a adoção de posições verticalizadas, pois podem reduzir o período do TP e não estão associadas com o aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem-estar das mães e bebês. (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012; LAWRENCE *et al.*, 2010).

A taxa de episiotomia encontrada no presente estudo foi em torno de 8,5% (n=11), percentual bem abaixo dos 10% recomendado pela OMS (1996) e dos dados divulgados pela própria instituição em 2015, mostrando percentual de 9% (MEAC, 2016). A episiotomia tornou-se uma rotina na assistência ao parto a fim de reduzir danos, no entanto, estudos controlados demonstram que este procedimento aumenta o risco de laceração perineal grave, de infecção e hemorragias, além de complicações como incontinência urinária e fecal (RAISANEN, 2011). Portanto, as novas diretrizes desestimulam o seu uso rotineiro (CARROLI; MIGNINI, 2009).

Nosso estudo identificou também que 92,3% (n=120) tiveram clampeamento do cordão após um minuto do nascimento. A OMS publicou um guia de práticas integradas de atenção ao parto em 2007, o qual recomenda que o clampeamento fosse realizado após

cessarem as pulsações do cordão umbilical em bebês completamente reativos, o que corresponde a aproximadamente três minutos (CHAPARRO; LUTTER, 2007).

A Aliança Internacional dos Comitês de Reanimação e outras associações médicas recomendam o clampeamento tardio para bebês nascidos a termo em boas condições (PERLMAN *et al.*, 2010).

Com base em ensaios clínicos randomizados e metanálises, é evidente que o clampeamento tardio do cordão umbilical pelo menos um minuto após o nascimento em recém-nascidos resulta em uma quantidade significativa de sangue que passa da placenta para o bebê (transfusão placentária): o peso dos bebês aumenta uma média 101 g (cerca de 96 ml de sangue). Como resultado, a hemoglobina 48 horas após o nascimento é mais alta e a deficiência de ferro durante a infância é menos frequente. O clampeamento tardio aumenta ligeiramente a necessidade de fototerapia. Não há evidência de complicações maternas (MCDONALD *et al.*, 2013).

Em relação aos dados neonatais, o peso médio dos RNs foi de 3185,15g (DP= \pm 364,3g), evidenciando um peso adequado no nascimento. Assim, a condição de nascer com o peso adequado ou a termo favorece a prática do contato pele a pele e da amamentação na sala de parto, provavelmente devido à dificuldade que os bebês com baixo peso ou prematuros apresentam em relação ao aleitamento materno e à demanda por cuidados especiais da equipe de saúde logo após o parto. Os recém-nascidos com baixo peso ao nascer apresentam maior dificuldade para sugar diretamente o seio materno, além de serem frequentemente separados de suas mães imediatamente após o nascimento e levados para as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais (MAMEMOTO *et al.*, 2014).

Um dado positivo no estudo foi o contato precoce do recém-nascido com a mãe em sala de parto (92,3%, n=120), atitude essa que pode contribuir positivamente para o aleitamento materno.

O nascimento por parto normal é identificado para contribuir à promoção do AM na sala de parto e o contato pele a pele, possivelmente por ser um procedimento que não oferece barreiras à amamentação na primeira hora de vida, quando comparado à cesariana. Esta tem sido apontada como importante obstáculo para o início do AM antes ou depois da primeira hora, e está geralmente relacionada a rotinas de cuidados pós-operatórios que adiam ou

suspendem o contato entre a mãe e o bebê após o nascimento (COUTINHO; SOARES; FERNANDES, 2014).

A primeira limitação com relação ao parto por cesárea diz respeito à capacidade da mãe de tocar o recém-nascido, caso os braços sejam restringidos durante a cirurgia. Outro aspecto diz respeito à analgesia, a qual pode causar um comportamento desorganizado no bebê e prejuízo na busca espontânea pelo seio da nutriz após o nascimento (VIEIRA *et al.*, 2010). Entretanto, cumpre salientar que o parto cesariano não deve ser visto como uma contraindicação para a amamentação na sala de parto, já que o aleitamento materno proporciona benefícios adicionais para a mãe, como a produção de ocitocina, que reduz o sangramento puerperal e acelera a involução uterina (COUTINHO; SOARES; FERNANDES, 2014).

Outro resultado importante foi o início do aleitamento materno na sala de parto, apenas 92,3% (n=120) das puérperas foram estimuladas ao AM. Dados semelhantes ao registrados na própria instituição em 2015, com 92% de contato pele a pele imediato em recém-nascidos de parto normal (MEAC, 2016).

Sabe-se que para a tomada de decisão pela amamentação a mulher é influenciada pela rede social que a rodeia, sofrendo interferência, muitas vezes, na decisão de continuar oferecendo o leite materno exclusivo ao filho ou introduzir alimentos complementares. Do mesmo modo, a avaliação que a mãe faz do estado nutricional da criança e da capacidade que tem de atender as demandas de seu filho, sofre significativa influência da opinião e conselho das pessoas mais próximas e dos profissionais de saúde (MACHADO; BOSSI, 2008).

Os estudos demonstram que as mães têm conhecimento dos benefícios do leite materno para a saúde do bebê e a sua, sendo, muitas vezes, um dos principais motivadores para a decisão de amamentar. Assim, programas de educação em saúde nas instituições de saúde, campanhas educativas na mídia, ações nas escolas mostram-se relevantes para difundir as vantagens/benefícios da amamentação e ampliar os conhecimentos da sociedade de forma a reforçar a mensagem de promoção da amamentação. Foi possível constatar que a mulher é influenciada pela rede de relações construída ao seu redor, como os membros da família, companheiro e amigas, nesse sentido, intervenções que reconhecem essas influências e envolvam as pessoas que lhe são significativas no ensino sobre as vantagens/benefícios da amamentação e acerca dos cuidados durante o processo de amamentar pode contribuir para

umentar a adesão das mulheres, o conhecimento e o apoio dos familiares e amigos (CANICALI PRIMO *et al.*, 2016).

5.2.2 Aplicação da escala BCSQ-VB

O escore total da escala pode variar de 13 a 52, na amostra estudada variou de 16 a 52 (M= 50,04; DP= \pm 4,65; Me= 51,00). Sendo ainda considerado apoio satisfatório mulheres que tiveram pontuação acima de 39 pontos, e apoio insatisfatório pontuação menor eu 39 pontos.

Observou-se que o número de puérperas com apoio social satisfatório foi muito maior do que as pessoas com apoio insatisfatório, havendo diferença estatisticamente significativa nos dois casos.

O apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices e satisfação materna, custo muito baixo, e é um direito das mulheres brasileiras, conforme estabelecido pela Lei no 11.108/05 (DINIZ *et al.*, 2014).

A presença de acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do Sistema Nacional de Saúde (SUS), como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização (DINIZ *et al.*, 2014).

Em pesquisa *Nascer no Brasil*, as mulheres que tinham acompanhantes relataram mais satisfação com o atendimento, receberam mais informações, se sentiram mais respeitadas pelos profissionais, e relataram menos qualquer forma de violência durante a internação (D'ORSI *et al.*, 2014).

O nosso estudo verificar que houve melhores resultados nas puérperas acima de 19 anos, com 9 anos ou mais de estudos, casada/união estável, com renda acima de 1 salário mínimo, que tiveram mais de 6 consultas no pré-natal e que escolheram o acompanhante.

A pesquisa inquérito *Nascer no Brasil* mostra que as mulheres com rendimentos mais baixos, menor escolaridade, pretas ou pardas, e usuárias do SUS, tiveram menos acompanhantes em qualquer momento do parto. A grande maioria das mulheres relatou que

ter um acompanhante foi útil ou muito útil. Dentre as mulheres que não tiveram acompanhante, a principal causa foi a proibição do hospital; apenas 1,4 % do número total de mulheres não queria ter um acompanhante (DINIZ *et al.*, 2014).

Mulheres com maior escolaridade e aquelas com parto financiado pelo setor privado, também apresentaram proporção mais elevada de cesariana, de uso de analgesia e de realização de episiotomia, embora tenham sido menos expostas ao uso de ocitocina. Para as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas houve uma maior utilização de procedimentos dolorosos, como a aceleração do trabalho de parto e de baixo uso de analgesia obstétrica (LEAL *et al.*, 2014).

O número de primípara com apoio social satisfatório foi maior do que as multíparas com apoio satisfatório, havendo diferença estatisticamente significativa nos dois casos em alguns itens da escala (4, 6, 12). Os dados evidenciam também que o número de primíparas com apoio social insatisfatório foi maior do que as multíparas com apoio insatisfatório.

Em pesquisa *Nascer no Brasil*, todas as boas práticas e intervenções foram mais frequentes em primíparas, que costumam ter um trabalho de parto mais longo. Verificou-se também que essas mulheres, em comparação às multíparas, foram com mais frequência admitidas precocemente, com três ou menos centímetros de dilatação (dados não mostrados), ficando mais expostas às rotinas hospitalares. As intervenções sofridas, tais como episiotomia, manobra de Kristeller e cesariana, dão início a uma história reprodutiva marcada por cicatrizes e perda da integridade do tecido perineal e uterino (LEAL *et al.*, 2014).

5.2.3 Validade da versão brasileira do BCSQ

O perfil geral do grupo de profissionais da saúde peritos na área de saúde da mulher que avaliaram a validade de conteúdo da versão brasileira do BCSQ foi o seguinte: a maioria era enfermeiros (95,5%), tinham habilidades na área obstétrica (90,1%), tinham habilidades especializadas na área obstétrica que o tornasse autoridade (95,5%), possuem habilidade especial na área obstétrica (68,2%), e possuem classificação alta atribuída por uma autoridade (13,6%).

Em relação a análise dos peritos, verificou-se que a maioria dos itens da versão brasileira do BCSQ (10) foi considerada completamente adequada pelos peritos (100% de concordância para os três itens avaliados).

Observou-se que todos os itens alcançaram de 80% a 100% de concordância dos avaliadores quanto aos três aspectos avaliados, porcentagem esta considerada adequada (PASQUALI, 1998).

A validade de conteúdo foi a primeira avaliação que o instrumento BCSQ foi submetido após a adaptação transcultural, sendo o material considerado compreensivo, relevante e pertinente.

A validade de conteúdo através do IVC se mostrou satisfatória, o IVC total da versão brasileira do BCSQ-VB foi de 0,9 e o IVC dos itens individuais foi de 0,8 ou 1.

Em relação à validade de construto procedeu-se através da análise fatorial, com avaliação dos resultados pertinentes. Quanto à verificação da adequabilidade da base de dados, o cálculo da medida de Kaiser-Meyer-Okin resultou em 0,63, mostrando que a análise foi apropriada (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2010).

Por mas que o critério de Kaiser tenha sugerido a extração de quatro fatores, optou-se pela extração de dois fatores, devido ao resultado do *scree test* e como na versão original do instrumento BCSQ.

5.2.3 Confiabilidade da versão brasileira do BCSQ

A consistência interna do instrumento foi verificada pelo cálculo do alfa de Cronbach, cujo valor foi de 0,81, considerando-se a escala total (13 itens), o que revela boa consistência interna. Para as duas subescalas, o coeficiente variou entre 0,71 e 0,72, indicando uma boa confiabilidade também para as subescalas individuais componentes do instrumento.

Na versão original, os valores de alfa variaram de 0,66 (apoio emocional) a 0,76 (apoio tangível).

Por último, outro indicativo da fidedignidade da versão brasileira do BCSQ refere-se ao resultado do teste T^2 de Hotelling ($F= 12,20$, com $p= 0,00$), onde rejeitou-se a hipótese nula, confirmando que não ocorreu aglutinação de respostas em uma única categoria.

6 CONCLUSÃO

Ao final desta investigação envolvendo o processo de tradução e adaptação da BCSQ-VB e sua validação para a população brasileira conclui-se:

- O referencial metodológico de Beaton *et al.*, (2007) mostrou-se satisfatório, visto que garantiu a obtenção de um instrumento semanticamente, idiomáticamente, experimentalmente e conceitualmente equivalente à versão original.
- Este estudo envolveu uma população heterogênea, com maioria de adolescentes (49,2%), de cor não branca (66,9%), com mais de oito anos de estudo (70,8%), casada/união estável (70,8%), do lar (43,8%), com renda familiar entre um e dois salários mínimos (46,2%) e na casa residiam entre quatro e seis pessoas (52,3%).
- O IVC obtido para o instrumento adaptado foi de 0,91, indicando validade de seu conteúdo para avaliar o apoio do acompanhante durante o processo parturitivo.
- Através da análise fatorial exploratória, conforme apoiado pelo *scree test*, as duas subescalas da versão original do BCSQ foram confirmadas na versão brasileira do instrumento.
- A avaliação das propriedades psicométricas da BCSQ-VB mostrou alta consistência interna por meio do alfa de Cronbach de 0,81 para escala total; variando de 0,71 e 0,73 nas duas subescalas. O teste T² de Hotelling (F= 12,20, com p= 0,00) rejeitou a hipótese nula de que todos os itens do instrumento apresentariam médias iguais. Portanto, confirmou-se que não ocorreu aglutinação de respostas em uma única categoria, concluindo eu o instrumento é confiável.
- A BCSQ-VB pode ser aplicada tanto para pesquisa, como na área clínica, pois ela permite avaliar o apoio social do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
- Concluiu-se, portanto que se obteve um instrumento confiável, válido e capaz de avaliar a avaliar o apoio social do acompanhante durante o processo parturitivo.

Embora os achados dessa investigação tenham sido analisados e testados por meio dos testes estatísticos recomendados pela comunidade científica, revelando sua consistência e relevância para o incentivo da presença do acompanhante em sala de parto e parto, existem algumas limitações e recomendações que merecem destaque, tais como:

- Como limitações do estudo, priorizou-se que a versão brasileira do BCSQ fosse autoadministrada, conforme orientação da versão original. No entanto, alguns instrumentos foram lidos devido à baixa escolaridade de algumas participantes da pesquisa.

- Ademais se recomenda, a sua aplicação em outras populações com características semelhantes. A utilização desse instrumento possui importantes implicações para enfermeiros e demais profissionais que lidam com a assistência obstétrica, pois o instrumento possibilita identificar o apoio prestado pelo acompanhante no processo parturitivo, ratificando a sua importância nesse momento.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Adaptación cultural de instrumentos utilizados em salud ocupacional. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.11, n.2, p.109-111, 2002.

ANDRADE, P.O.N.; SILVA, J.QP.; DINIZ, C.M.M.; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.16, n.1, 2016.

AGUIAR, S. Redes sociais e tecnologias digitais de informação e comunicação no Brasil. **Revista do Terceiro Setor**, 2006.

BÄCKSTRÖM, C.; HERTFELT WAHN, E. Support during labour: first-time fathers' descriptions of requested and received support during the birth of their child. **Midwifery**, v.27, n.1, p. 67-73, 2011.

BANDA, G.; KAFULAFULA, G.; NYRENDA, E.; TAULO, F.; KALILANI, L. Acceptability and experience of supportive companionship during childbirth in Malawi. **BJOG**, v.117, n.8, p.937-945, 2010.

BARBOSA, R.C.M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho.** Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

BEATON, D.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of te DASH & QuickDASH Outcome Measures.** Institute for Work & Healt, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Campanha Incentivo ao Parto Normal.** Brasília.

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/campanhas_publicitarias/campanha_detalhes.cfm?co_seq_campanha=1765.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Brasília: Ministério da Saúde: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Abril, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 8 abr 2005: Seção 1: 1.

BRADLEY, C. **Translation of questionnaires for use in different languages and cultures.** In C. Bradley (Ed.), Handbook of psychology and diabetes. Chur, Switzerland: Hardwood Academic Press, pp. 43-55, 1994.

BRUGGEMANN, O.M.; OSIS, M.J.D.; PARPINELLI, M.A. Apoio no Nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.

BRUGGEMANN, O.M.; EBELE, R.R.; EBSEN, E.S.; BATISTA, B.D. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n., p. 152-158, 2015.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev.** [online] 2009; (1): CD000081.

CARVALHO, J.B.L. **Nascimento de um filho: o significado para o pai.** Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

CARVALHO, V.F.; KERBER, N.P.C.; AZAMBUJA, E.P.; BUENO, F.F.; SILVEIRA, R.S.; BARROS, A.M. Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 572-581, 2014.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, v. 104, p.127-133, 1976.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latinoam Enferm**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005 .

CERIANI, C.J.M.; CARROLI, G.; PELLEGRINI, L.; FERREIRA, M.; RICCI, C.; CASAS, O.; LARDIZABAL, J.; MORASSO, M.C. Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida: estudio clínico controlado aleatorizado. **Arch Argent Pediatr.**, v.108, n.3, p.201-8, 2010.

CHAPARRO, C.M. Timing of umbilical cord clamping: effect on iron endowment of the newborn and later iron status. **Nutr Rev.**, v.69, p.30-6, 2011.

CHAPARRO, C.M.; LUTTER, C. Beyond survival: integrated delivery care practices for longterm maternal and infant nutrition, health and development. Washington (DC): **Pan American Health Organization**; 2007.

CHILE. Ministerio de Salud. **Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria**. Santiago: Departamento de Diseño e Gestión de APS/División de Atención Primaria/Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2008.

COLLADO, M.A.O.; SAEZ, M.; FAVROD, J.; HATEM, M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.14, p. 22, 2014.

CORRÊA, A. C. P.; ARRUDA, T. M.; MANDÚ, E. N. T.; TEIXEIRA, R. C.; ARANTES, R. B. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Cienc Cuid Saúde**, v.9, n.4, p. 728-735, 2010.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.4, 2009.

COUTINHO, A.C.F.P.; SOARES, A.C.O.; FERNANDES, P.S. Knowledge of mothers about the benefits of breastfeeding to women's health. **J Nurs UFPE**. v.8, n.5, p.1213-20, 2014.

D'ORSI, E.; BRÜGGEMANN, O.M.; DINIZ, C.S.G.; AGUIAR, J.M.; GUSMAN, C.R.; TORRES, J.A.; *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**, 2014; 30 Suppl:S154-68

DAVIM, R.M.B.; TORRES, V.G.; DANTAS, C.J. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc.Enferm. USP**, v.43, n.2, p.438-45, 2009.

DINIZ, C.S.G.; D'ORSI, E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; TORRES, J.A.; DIAS, M.A.B.; SCHNECK, C.A.; LANSKY, S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; RANCE, S.; SANDALL, J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30,p. S140-S153, 2014.

DODOU, H.D.; RODRIGUES, D.P.; GUERREIRO, E.M.; GUEDES, M.V.C.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N.S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, v.18, n.2, p.262-269, 2014.

DUNNE, C.L.; FRASER, J.; GARDNER, G. Women's perceptions of social support during labour: development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. **Midwifery**, v.30, n.7, p.847-52, 2014.

FIELD, A. **Discovering statistics using SPSS**. [S.1]: Sage publications, 2009.

FONSECA, I.S.S.; MOURA, S.B. Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. **Psicol. Am. Latina**. México, n.15, dez, 2008.

FREITAS, L.V. **Construção e validação de hiperímia educacional em exame físico no pré-natal**. 2010. 116p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FURTADO, E.Z.L.; GOMES, K.R.O.; GAMA, S.G.N.. Access to childbirth care by adolescents and young people in the Northeastern region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 23, 2016.

FURR, M.; BACHARACH, V.R. **Psychometrics: An Introduction**. 2^o. edition. Los Angeles: SAGE; 2014.

GILLILAND, A.L. After praise and encouragement: emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. **Midwifery**, v.27, n.4, p.525-531, 2011.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev** . [online] 2012.

LAWRENCE, A.; LEWIS, L.; HOFMEYR, G.J.; DOWSWELL, T.; STYLES, C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). **In: The Cochrane Library**, Issue 1. [online] 2010.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; NAKAMURA-PEREIRA, M.B.; MARIA HELENA, & GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEITE, F.M.C.; BARBOSA, T.O.; BRAVIM, L.R.; AMORIM, M.H.C.; PRIMO, C.C . La influencia de las características socioeconómicas en el perfil obstétrico de púerperas. **Aquichán**, Bogotá , v. 14, n. 4, p. 571-581, 2014 .

HE, J., & VAN DE VIJVER, F. Bias and equivalence in cross-cultural research. **Online Readings in Psychology and Culture**, v. 2, n.2, 2012.

HILDINGSSON, I.; CEDERLÖF, L.; WIDÉN, S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. **Women and Birth**, v. 24, n.3, p. 129-136, 2011.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v.2, 2011.

HODNETT, E.D.; GATES, S.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C.; WESTON, J. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v.7, n.3766, 2013.

HOGA, L.A.K.; GOUVEIA, L.M.R.; MANGANIELLO, A.; HIGASHI, A.B.; ROTH, F.S.Z. The experience and role of the companion during normal labor and childbirth: a systematic review of qualitative evidence. **JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v.11, n.12, 2013.

JANSSEN, P.A.; RYAN, E.M.; ETCHES, D.J.; KLEIN MC, R.B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. **Birth**, v.34, n.2, p.140-7, 2007.

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

LAKEY, B.; COHEN, S. Social support theory and measurement. In: COHEN, S.; UNDERWOOD, L.G.; GOOTLIEB, B.H. **Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists**. New York: Oxford, p. 29-52, 2000.

LEAL, M.C.; PEREIRA, A.P.E.; DOMINGUES, R.M.S.M.; FILHA, M.M.T.; DIAS, M.A.B.; PEREIRA, M.N.; BASTOS, M.H.; GAMA, S.G.N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. **Cad Saúde Pública**, v.30, p.17-47, 2014.

LEAL, R.C.; SANTOS, C.N.C.; LIMA, M.J.V.; MOURA, S..S.; PEDROSA, A.O.; COSTA, A.C.M. Complicações materno-perinatais em gestação de alto risco **Rev enferm UFPE on line.**, v.11(Supl. 4):1641-9, 2017

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.

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

LOPES, E.M. **Construção e validação de hipermídia educacional em planejamento familiar: abordagem à anticoncepção**. 2009. 138f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

LOPES, M.V.O.; SILVA, V.M.; ARAUJO, T.L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**. United States, v. 23, n. 3, p. 143-149, 2012.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev**. (2010), p. CD003930

MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Rev. bras. Saúde Matern Infant.**, v.8, n.2, p.187-96, 2008.

MAFETONI, R.R.; SHIMO, A.K.K. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. **Rev Min Enferm.**, v.18, n.2, p. 505-512, 2014.

MAMEMOTO, K.; KUBOTA, M.; NAGAI, A.; TAKAHASHI, Y.; KAMAMOTO, T.; MINOWA, YASUARA, H.. Factors associated with exclusive breastfeeding in low birth weight infants at NICU discharge and the start of complementary feeding. **Asia Pac J Clin Nutr.**, v.22, n.2, p.270-75, 2013.

MANSFIELD, B. The social nature of natural childbirth. **Soc. Sci. Med.**, v. 66, n. 5, p. 1084-1094, 2008.

MARTINEZ, M. C. **As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

MAROCO, J.P; CAMPOS, J.A.D.B.; VINAGRE, M.G.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Adaptação Transcultural Brasil-Portugal da Escala de Satisfação com o Suporte Social para Estudantes do Ensino Superior. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 247-256, 2014.

MCDONALD, S.J.; MIDDLETON, P.; DOWSWELL, T.; MORRIS, P.S. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.** 2013;7:CD004074.

MCGRATH, S. K.; KENNEL, J. H. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. **Birth**, v.35, n.2, p.92-7, 2008.

MEDEIROS, M.S.M.F.; CARVALHO, J.B.L.; TEIXEIRA, G.A.; LOPES, T.R.G. Humanização do trabalho de parto e nascimento: aplicação de estratégias não farmacológicas efetivas nesse processo. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9(Supl. 7), p.9133-8, 2015.

MELO, C.R.M.; PERACOLI, J.C. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (MEL) em parturientes. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v.15, p. 612–617, 2007.

MELO, R.P.; MOREIRA, R.P.; FONTENELE, F.C.; AGUIAR, A.S.C.; JOVENTINO, E.S.; CARVALHO, E.C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de Enfermagem. Rev. **RENE**, v.12, n.2, p. 424-31, 2011.

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 - Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MINKLER, M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. **International Journal of Health Services**, v. 22, p. 303-316, 1992.

MORHASON-BELLO, I.O.; ADEDOKUN, B.O.; OJENGBEDE, O.A. Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers. **Int. Breastfeed. J.**, v.4, n.16, 2009a.

MORHASON-BELLO, I.O.; ADEDOKUN, B.O.; OJENGBEDE, O.A.; OLAYEMI, O.; OLADOKUN, A.; FABAMWO, A.O. Assessment of the effect of psychosocial support during childbirth in Ibadan, south-west Nigeria: a randomised controlled trial. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynecol.**, v.49, p.145–150, 2009b

MOURA, F.M.J.S.P.; CRIZOSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; MENDONÇA, R.C.M.; ARAÚJO, O.D.; ROCHA, S.S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Brás Enferm.**, v.60, n.4, p.452-55, 2007.

MOTA, F.R.N., Adaptação transcultural e validação *do caregiver reaction assessment* para uso no Brasil: aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal do Ceara, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, 2014.

MOTA, F.R.N.; VICTOR, J.F.; SILVA, M.J.; BESSA, M.E.P.; AMORIM, V.L.; CAVALCANTE, M.L.S.N.; MOREIRA, A.C.A.; BARBOSA, T.M. Cross-cultural adaptation of the Caregiver Reaction Assessment for use in Brazil with informal caregivers of the elderly. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 49, n. 3, p. 424-431

NEGRON, R.; MARTIN, A.; ALMOG, M.; BALBIERZ A.; HOWELL E. A. Social Support During the Postpartum Period: Mothers' Views on Needs, Expectations, and Mobilization of Support. **Maternal and Child Health Journal**, v.3, n. 4, p. 616-623, 2013.

NESBITT, S.A.; CAMPBELL, K.A.; JACK, S.M.; ROBINSON, H.; PIEHL, K.; BOGDAN, J. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. **BMC pregnancy childbirth**, v.12, p.1-14, 2012.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos**. Recomendações da Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.

ONO, V.; MATSUYAMA, A.; KARAMA, M.; HONDA, S. Association between social support and place of delivery: a cross-sectional study in Kericho, Western Kenya. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.13, p.214, 2013.

OHRBACH, R.; BJORNER, J.; METRIC, Q.; JEZEWSKI, M.; JOHN, M.T.; LOBBEZOO, F. Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments. New York: University of Bufalo; 2013.

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

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

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.25, n.5, p.206-213, 1998.

PERLMAN, J.M.; WYLLIE, J.; KATTWINKEL, J.; ATKINS, D.L.; CHAMEIDES, L.; GOLDSMITH, J.P., GUINSBURG, R.; AZINSI, M.F; RICHMOND, S.; SIMON, .M., SINGAL, N.; SZLD, E.; TAMURA, M.; VELAPHI, S.; International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. **Circulation**, v.122 Suppl 2, p.S516-38, 2010.

PESCE, R.; ASSIS, S.; AVANCI, J.; SANTOS, N.; MALAQUIAS, J.; CARVALHAES, R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad Saúde Pública**, v.21, n.2, p. 436–48, 2005.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. Apoio social e religião; uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)**. Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro, 2001.

POH, H.L.; KOH, S.S.L.; SEOW, H.C.L.; HE, H. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: a descriptive qualitative study. **Midwifery**, v.30, n. 6, p. 779-787, 2014.

POH, H.L.; KOH, S.S.; HE, H.G. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. **Int. Nurs. Rev.**, v. 61, n. 4, p. 543-554, 2014.

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

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. Humanization of healthcare services and the right to healthcare. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004 .

PREMBERG, A.; CARLSSON, G.; HELLSTRÖM, A.-L.; BERG, M. First-time fathers' experiences of childbirth-A phenomenological study. **Midwifery**, v. 27, n.6, p. 848-853, 2011.

PRIMO, C.P.; CÂNDIDA, O.N.; NUNES, O.N.; LIMA, E.F.A.L.; LEITE, M.C.; PONTES, F.B.P.; BRANDÃO, M.A.. Quais os fatores que influenciam as mulheres na decisão de amamentar?. **Invest. educ. enferm**, Medellín , v. 34, n. 1, p. 198-217, 2016 .

RAISANEN, S.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.; GISLER, M.; HEINONEN, S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **Int J Gynaecol Obstet.**, v.115, p.26-30, 2011.

Relatório Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2015. Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior. Fortaleza: Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Hospitais Universitários/UFC/Ebserh, 2016.

RODRIGUES, M.A. **Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronariano: efeitos de intervenção comportamental**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

RODRIGUES, F.A.C.; LIRA, S.V.G.; MAGALHÃES, P.H.; FREITAS, A.L.V.; MITROS, V.M.S.; ALMEIDA, P.C. Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. **Reprod. Clim.**, 2017

SANTANA, M. A.; SOUZA, S.R.R.; GUALDA, D.M.R.; WALL, M.L. Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 106-112, 2012.

SAPKOTA, S.; KOBAYASHI, T.; TAKASE, M. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. **Midwifery**, v.29, n.11, p.1264–1271, 2013.

SAULS, D. The labor support questionnaire: development and psychometric analysis. **J.Nurs.Meas.**, v. 12, p.123–131, 2004.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C.; NUNES, I.M. Atividades educativas no pré-natal sob o olhar de mulheres grávidas. **Rev. Cubana Enfermer.**, v.30, n.1, 2014.

SILVA, C.M.; PEREIRA, S.C.L.; PASSOS, I.R.; SANTOS, L.C. Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Rev. Nutr.**, v. 29, n. 4, p. 457-471, 2016.

SMYTH, S.; SPENCE, D.; MURRAY, K. Does antenatal education prepare fathers for their role as birth partners and for parenthood? **British Journal of Midwifery**, v.23, n.5, 2015.

STORY, W.T.; BURGARD, S.A.; LORI, J.R.; TALEB, F.; ALI, N.A.; HOQUE, D.M.E. Husbands' involvement in delivery care utilization in rural Bangladesh: A qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 12, p. 28, 2012.

TABACHNICK, B.G.; FIDELL, L.S. **Using multivariate statistics**. New Yor: HarperCollins, 2001.

TELES, L.M.R. Construção e validação de tecnologia educativa para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Dissertação (Mestrado)** -Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2011.

TELES, L.M.R. Efetividade de um manual educativo na instrumentalização do acompanhante para a prestação de apoio à parturiente/ Liana Mara Rocha Teles. – 2015. **Tese (Doutorado)** - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2015.

TOLEDO, R.C.M.R.; ALEXANDRE, N.M.C.; RODRIGUES, R.C.M. Avaliação das qualidades psicométricas de uma versão brasileira do spitzer quality of life index em pacientes com dor lombar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v16, n6, p943-50, 2008.

VELHO, M.B.; SANTOS, E.K.A.; COLLACO, V.S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 67, n. 2, p. 282-289, 2014 .

VIEIRA, T.O.; VIEIRA, G.O.; GIUGLIANI, E.R.J.; MENDES, C.M.C.; MARTINS, C.C.; SILVA, L.R. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.10, p.760, 2010.

VICTOR, J.F. Tradução e validação da Exercise Benefits/Barriers Scale: aplicação em idosos. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

WERNER, A.; ULDBJERG, N.; ZACHARIAE, R.; WU, C.S.; NOHR, E.A. Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. **Birth**, v.40, n.4, p. 272-280, 2013.

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

YUENYONG, S.; O'BRIEN, B.; JIRAPEET, V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai Setting. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, v.41, p. 45-56, 2012.

Apêndice A – Termo de Convite do Juiz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Amanda Souza De Oliveira

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

ENDEREÇO: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce.

CONTATO TELEFÔNICO: 3366-8464

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 sobre suporte social de acompanhante em sala de parto, utilizada na Austrália, ajudará os enfermeiros a compreender melhor a vivência dessa experiência dentro da sala de parto e parto.

Caso você concorde, sua participação constará na etapa 5 – Revisão por um Comitê de Juízes, conforme proposta por Beaton *et al.* (2007), que consiste na verificação das equivalência semântica; equivalência idiomática; equivalência experimental; e equivalência conceitual, da escala do **BIRTH COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE - 2013**, 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 contribuição.

Amanda Souza de Oliveira

aso.enfa@gmail.com

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO ESTUDO: Tradução, adaptação transcultural e validação do *Birth Companion Support Questionnaire (BCSQ)* para uso no Brasil.

OBJETIVOS: Realizar a adaptação transcultural do *Birth Companion Support Questionnaire* para uso no Brasil; Verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira do BCSQ; Aplicar o BCSQ em puérperas atendidas em uma maternidade de referência em Fortaleza-Ce; Verificar a associação entre *BCSQ* e as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Amanda Souza De Oliveira

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

ENDEREÇO: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce.

CONTATO TELEFÔNICO: 3366-8464

Prezado (a) _____

Venho por meio 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 do questionário *Birth Companion Support 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 científicos.

Desde já agradeço sua contribuição.

Eu, _____, Data e local: _____

Após ter sido 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 DOS JUÍZES

Caro (a) Juiz (a),

Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural da escala *Birth Companion Support Questionnaire - 2013*, do seu idioma original (inglês) para nosso idioma local (português do Brasil), solicitamos sua contribuição nesta fase, em atendimento aos objetivos da pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido). Para tanto, será necessário que você analise cada item das escalas (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes às equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual, seguindo a codificação:

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA

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

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA

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

QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL

3. A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual 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

Apêndice D – Instrumento de caracterização dos juízes**1. IDENTIFICAÇÃO****Juiz nº _____**

Nome: _____ Idade: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Ocupação atual: 1. () Assistência 2. () Docência 3. () Pesquisa

Proficiência na língua inglesa () – item obrigatório

2. QUALIFICAÇÃO

Graduação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado: _____ Ano: _____

Doutorado: _____ Ano: _____



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

Apêndice E - Avaliação da Equivalência Semântica, Idiomática, Cultural e Conceitual
Avaliação da Equivalência Semântica, Idiomática, Cultural e Conceitual entre as versões original e traduzida da *Birth Companion Support Questionnaire*

Prezado (a) _____

A lista dos itens apresentados corresponde às versões original e traduzida da *Birth Companion Support Questionnaire*, instrumento que se propõe a avaliar a frequência de comportamentos de apoio fornecidos por cada pessoa de apoio presente durante o trabalho de parto e parto, desenvolvido pela Enfermeira Doutora Lynne Dunne.

Considerando as diferenças culturais entre a nossa população e a que originou o instrumento (Austrália), estamos realizando a adaptação transcultural do mesmo para a utilização na assistência e pesquisa dentro do contexto sociocultural do Brasil, seguindo, para tanto uma metodologia fundamentada no rigor científico proposto por diversos especialistas em adaptação Transcultural de instrumentos de medidas cognitivas e comportamentais.

Solicito assim, sua valiosa colaboração, no sentido de avaliar as equivalências semântica e idiomática entre as versões original e traduzida do referindo instrumento, levando em conta as seguintes orientações:

1. Equivalência Semântica refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma.
2. Equivalência Idiomática refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas; algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, logo caso haja dificuldades na compreensão de algum item, por favor, sugira palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes.
3. Equivalência Cultural ou Experiencial as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina.
4. Equivalência Conceitual representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir; Palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil.
5. Os itens identificados pela letra A correspondem aos itens em sua forma original;
6. Os itens identificados pela letra B correspondem aos itens traduzidos para o português;
7. Para a análise das equivalências, por favor utilize a escala especificada a seguir, assinalando com um “X” o campo correspondente ao seu julgamento:

ESCALA DE EQUIVALÊNCIA
1. pouquíssima
2. pouca
3. média
4. muita
5. muitíssima

Caso necessário, por favor, sugira as alterações que julgar mais apropriadas, no espaço reservado abaixo de cada um dos itens.

Contando com sua valiosa contribuição, agradeço antecipadamente por sua atenção, colaboração e empenho e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Amanda Souza de Oliveira
(85) 99727-3018
aso.enfa@gmail.com

Avaliação da Equivalência Semântica, Idiomática, Cultural e Conceitual entre as versões original e traduzida da Birth Companion Support Questionnaire

Para cada um dos itens a seguir, para designar sua avaliação de equivalência, assinale com um “x”o campo correspondente à sua opinião:

1. A: Made me feel respected and admired.
B: Fez sentir-me respeitada e admirada.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima
2. pouca	2. pouca	2. pouca	2. pouca
3. média	3. média	3. média	3. média
4. muita	4. muita	4. muita	4. muita
5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima
SUGESTÕES			

2. A: Praised my efforts with comments like ‘great job’, ‘well done’.
B: Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima
2. pouca	2. pouca	2. pouca	2. pouca
3. média	3. média	3. média	3. média
4. muita	4. muita	4. muita	4. muita
5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima
SUGESTÕES			

3. A: Provided distraction techniques in the early phase of labour (eg light social conversation, watching TV together).

B: Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos à TV juntos).

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

4. A: Made me feel they were there for me.
B: Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

5. A: Offered me physical comfort through touch (Touch may include holding your hand, wiping your face, rubbing your back).
B: A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

--

6. A: Reinforced coping techniques I was using eg relaxation techniques, breathing techniques?

B: Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

7. A: Spoke to the midwife or doctor about my needs (for example, need to change position or to request pain relief)

B: Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

8. A: Assisted me with coping techniques (eg, giving massages, encouraging me to walk around).

B: Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar).

EQUIVALÊNCIA	EQUIVALÊNCIA	EQUIVALÊNCIA	EQUIVALÊNCIA
--------------	--------------	--------------	--------------

SEMÂNTICA	IDIOMÁTICA	EXPERIMENTAL	CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

9. A: Enjoyed having the company of this support person.
B: Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

10. A: Helped me to follow the coping methods suggested by the midwife (eg walking around, using the shower).
B: Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

11. A: Provided me with eye contact when praising my efforts.

B: Fez contato visual ao elogiar os meus esforços.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

12. A: Listened and respected my wishes in relation to me following my birth plan.

B: Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de nascimento.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

13. A: Left me feeling satisfied with their support.

B: Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

- A: Using the rating scale below please tick the box that best rates your opinion of each person's support during labour and birth.

B: Usando a escala de classificação abaixo, por favor, marque com um X a resposta que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima
2. pouca	2. pouca	2. pouca	2. pouca
3. média	3. média	3. média	3. média
4. muita	4. muita	4. muita	4. muita
5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima
SUGESTÕES			

- A: All of the time.

B: Durante todo o tempo

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima
2. pouca	2. pouca	2. pouca	2. pouca
3. média	3. média	3. média	3. média
4. muita	4. muita	4. muita	4. muita
5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima
SUGESTÕES			

- A: Most of the time.

B: Durante a maior parte do tempo

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima	1. pouquíssima
2. pouca	2. pouca	2. pouca	2. pouca
3. média	3. média	3. média	3. média
4. muita	4. muita	4. muita	4. muita
5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima	5. muitíssima

SUGESTÕES

- A: A little.

B: Um pouco.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

- A: Not at all.

B: Nem um pouco.

EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA	EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA	EQUIVALÊNCIA EXPERIMENTAL	EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL
1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima			
SUGESTÕES			

Apêndice F- Quadro com as versões do BCSQ existentes até a terceira etapa do processo de adaptação transcultural

Quadro para análise do comitê de juízes: versão original do BCSQ, duas traduções iniciais do BCSQ, uma síntese das traduções, duas retraduições).

Versão original	Tradução 1 – T1	Tradução 2 – T2	Síntese das traduções – T12	Retradução 1 – RT1	Retradução 2 – RT2
1. Made me feel respected and admired.	1. Me fez sentir-me respeitada e admirada.	1. Fez-me sentir-me respeitada e admirada	1. Fez sentir-me respeitada e importante.	1. Made me feel respected and admired.	1. It made me feel respected and admired.
2. Praised my efforts with comments like ‘great job’, ‘well done’.	2. Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	2. Elogi ou os meus esforços com comentários como 'bom trabalho', muito bem'	2. Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo trabalho”, “muito bem”.	2. Complimented my efforts with compliments like “good job” and “very good”.	2. praised my efforts with comments like "great work ", "very good”.
3. Provided distraction techniques in the early phase of labour (eg light social conversation, watching TV together).	3. Forneceu técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos à TV juntos).	3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversa casual,	3. Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos à	3. Provided distraction techniques in the early (for example, light conversations, we watched theTV together).	3. Provided distraction techniques in early labor (for example, light conversations, we watched theTV together).

		assistir à TV juntos)	TV juntos).		
4. Made me feel they were there for me.	4. Me fez sentir que eles estavam lá para me apoiar.	4. Fez-me sentir que estava lá para me ajudar	4. Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.	4. Made me feel like she was there to help.	4. It made me feel that I was there to help her.
5. Offered me physical comfort through touch (Touch may include holding your hand, wiping your face, rubbing your back).	5. Me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).	5. A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (o toque pode incluir segurar sua mão, enxugar o rosto, esfregar suas costas).	5. A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).	5. The person offered me physical comfort through touch (touch can include holding your hand, cleaning your face, or rubbing your back).	5. The person offered me physical comfort through touch (touch may include holding her hand, clean her face, going with the hand on her back).
6. Reinforced coping techniques I was using eg relaxation techniques, breathing techniques?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava utilizando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	6. Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	6. Reinforced coping techniques that I was using (for example, relaxation techniques and breathing techniques).	6. Strengthened techniques in evaluation that I was using, for example, techniques, relaxation techniques and breathing.

7. Spoke to the midwife or doctor about my needs (for example, need to change position or to request pain relief)	7. Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para pedir alívio da dor).	7. Falou com o médico ou parteira sobre as minhas necessidades (por exemplo, precisa mudar de posição ou para solicitar alívio da dor)	7. Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo, necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).	7. Spoke with the nurse or the doctor about my needs (for example, the need to change positions, or ask for relief from the pain).	7. Spoke with the nurse or the doctor about my needs (e.g. need to change my position or to request a pain relief).
8. Assisted me with coping techniques (eg, giving massages, encouraging me to walk around)	8. Me ajudou com as técnicas de enfrentament o (por exemplo, me dando massagens, me incentivando a caminhar).	8. Ajudou-me com técnicas de enfrentament o (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar)	8. Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar).	8. Helped me with coping techniques (for example, giving massages or encouraging me to walk).	8. Helped me with coping techniques (e.g. giving massages, encouraging me to walk).
9. Enjoyed having the company of this support person	9. Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.	9. Eu apreciei ter a companhia desta pessoa para me apoiar	9. Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.	9. I liked to have this person's company as a support.	9. I liked having the company this support person.
10. Helped me to follow the	10. Me ajudou a	10. Ajudou-me a seguir	10. Ajudou-me a seguir os	10. Helped me to follow the coping	10. It helped me to follow

<p>coping methods suggested by the midwife (eg walking around, using the shower)</p>	<p>seguir os métodos de enfrentamento o sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).</p>	<p>os métodos de enfrentamento o sugeridos pela parteira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro)</p>	<p>métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).</p>	<p>methods suggested to me by the nurse (for example, walking and taking a shower).</p>	<p>the methods and suggested coping by a nurse (e.g. walk, use the shower).</p>
<p>11. Provided me with eye contact when praising my efforts.</p>	<p>11. Me proporcionou contato visual quando elogiou meus esforços.</p>	<p>11. Fez contato visual ao elogiar os meus esforços</p>	<p>11. Fez contato visual ao elogiar os meus esforços.</p>	<p>11. Made eye contact while complimenting my efforts.</p>	<p>11. He made eye contact to praise my efforts.</p>
<p>12. Listened and respected my wishes in relation to me following my birth plan</p>	<p>12. Ouviu e respeitou meus desejos em relação a eu estar seguindo o meu plano de nascimento.</p>	<p>12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de nascimento</p>	<p>12. Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de parto.</p>	<p>12. Listened and Respected my desires in regards to my birth plan.</p>	<p>12. He heard and respected my will for a birth plan, in order to benefit me.</p>
<p>13. Left me feeling satisfied with their support</p>	<p>13. Me fez sentir-me satisfeita com o seu apoio.</p>	<p>13. Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio</p>	<p>13. Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio.</p>	<p>13. Made me feel satisfied with his/her support.</p>	<p>13. It made me feel satisfied with your support.</p>
<p>Using the rating scale below please tick the box <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Usando a escala de classificação abaixo, por</p>	<p>Usando a escala de classificação abaixo</p>	<p>Usando a escala de classificação abaixo, por</p>	<p>Using the classification scale below, please mark the</p>	<p>Using the rating scale below, please check the box</p>

that best rates your opinion of each person's support during labour and birth.	favor, marque a caixa <input checked="" type="checkbox"/> que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.	assinale <input checked="" type="checkbox"/> o que melhor identifica sua opinião sobre o apoio de cada pessoa durante o parto e nascimento.	favor, marque com um X a resposta que melhor classifica a sua opinião a respeito do apoio de cada pessoa durante o trabalho de parto e nascimento.	box that best describes your opinion in regards to the support of each person during labor and delivery.	that best <input checked="" type="checkbox"/> rate your opinion about the support of each person during labor and birth.
4. All of the time	4. Durante todo o tempo	4. Durante todo o tempo	4. Durante todo o tempo	4. All of the time	4. During all the time
3. Most of the time	3. Durante a maior parte do tempo	3. A maior parte do tempo	3. Durante a maior parte do tempo	3. Most of the time	3. During most of time
2. A little	2. Um pouco	2. Um pouco	2. Um pouco	2. A little	2. A little
1. Not at all	1. Nem um pouco	1. Nem um pouco	1. Nem um pouco	1. Not at all	1. Not a little

Apêndice G – Instrumento para avaliação da validade de conteúdo do BCSQ versão brasileira pelos peritos na área de saúde da mulher

Gostaria que o Sr(a) fornecesse algumas informações que servirão para traçar um perfil dos profissionais desta etapa do estudo:

Validação de conteúdo

Especialista

Nº: _____

Formação Básica:

Experiência com obstetrícia (anos):

Titulação: Doutora em Enfermagem

Experiência anterior com validação de escalas: 1. () Sim 2. () Não

Proficiência na língua inglesa ()

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

Consultoria

Agora peço que o (a) Sr(a) julgue cada um dos itens da versão brasileira do BCSQ, conforme solicitado e cada quadro.

Agradeço sua colaboração.

Att,

Amanda Souza de Oliveira.

Birth Companion Support Questionnaire versão brasileira: Validade de conteúdo

Para cada um dos itens a serem avaliados responda às seguintes questões:	Itens da Escala	Este item lhe parece claro e compreensivo?	O item refere a qual domínio?	Este item está associado ao suporte social em sala de parto?	Sua presença na escala é relevante ?	Qual o grau de relevância?
1.	Fez sentir-me respeitada e importante.	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
2.	Elogiou meus esforços com comentários do tipo “ótimo	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente

	trabalho”, “muito bem”.					relevante 4. Muito relevante
3.	Proporcionou técnicas de distração na fase inicial do trabalho de parto (por exemplo, conversas leves, assistimos à TV juntos).	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
4.	Fez-me sentir que estava lá para me ajudar.	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
5.	A pessoa me ofereceu conforto físico através do toque (toque pode incluir segurar sua mão, limpar o seu rosto, passar a mão nas suas costas).	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
6.	Reforçou as técnicas de enfrentamento que eu estava usando, por exemplo, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração?	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
7.	Falou com a enfermeira ou com o médico sobre as minhas necessidades (por exemplo,	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

	necessidade de mudar de posição ou para solicitar alívio da dor).					
8.	Ajudou-me com técnicas de enfrentamento (por exemplo, dando massagens, incentivando-me a caminhar).	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
9.	Gostei de ter a companhia dessa pessoa de apoio.	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
10.	Ajudou-me a seguir os métodos de enfrentamento sugeridos pela enfermeira (por exemplo, caminhar, usar o chuveiro).	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
11.	Fez contato visual ao elogiar os meus esforços.	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
12.	Ouviu e respeitou minha vontade em relação ao meu plano de nascimento.	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
13.	Fez-me sentir satisfeita com o seu apoio.	1. Não 2. Sim	1.Emocional 2.Tangível	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante

						4. Muito relevante
--	--	--	--	--	--	--------------------

Apêndice H – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (puérperas)



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

TÍTULO DO ESTUDO: Tradução, adaptação transcultural e validação do *Birth Companion Support Questionnaire* para uso no Brasil.

OBJETIVOS: Realizar a adaptação transcultural do *Birth Companion Support Questionnaire (BCSQ)* para uso no Brasil; Verificar as propriedades psicométricas da versão brasileira do *BCSQ*; Aplicar o *BCSQ* em puérperas atendidas em uma maternidade de referência em Fortaleza-Ce; Verificar a associação entre *BCSQ* e as variáveis sociodemográficas e obstétricas.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Amanda Souza De Oliveira

INSTITUIÇÃO DE ORIGEM: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

ENDEREÇO: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ce.

CONTATO TELEFÔNICO: 3366-8464

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) senhor(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 sobre suporte social de acompanhante em sala de parto, utilizada na Austrália, ajudará os enfermeiros a compreender melhor a vivência dessa experiência dentro da sala de parto e parto.

Caso você concorde, eu realizarei uma entrevista para aplicação de dois questionários.

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 de saúde, e 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. 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.

Desde já agradeço sua contribuição.

Eu, _____, idade _____, RG _____,

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

Data e local: _____

Assinatura da mulher

Assinatura da pesquisadora

Apêndice I – Instrumento de coleta de dados (puérperas)

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS COM AS PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO.		
Data: ___/___/___		
Prontuário: _____.		
Número da paciente:		
PERGUNTAS	CODIFICAÇÃO	RESPOSTA
	Dados de identificação	
1.	Idade _____ anos	
2.	Estado civil 1= Casada/união estável 2= Solteira 3= Separada/divorciada	
3.	Escolaridade _____anos	
4.	Cor/raça 1=Branca 2= Não branca	
5.	Ocupação 1= Estudante 2= Do lar 3= Sem ocupação 4= Trabalho remunerado	
6.	Nº moradores em residência _____	
7.	Renda familiar em reais _____	
8.	Teve antecipadamente conhecimento da existência de legislação que prevê a possibilidade da presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto (Lei 14/85 de 6 de Julho). 1= Não 2=Sim	

9.	Onde recebeu a informação?	1= unidade de saúde 2= familiares 3= amigos 4= internet 5= outros	
10.	Quem foi o acompanhante escolhido?	1= mãe 2= marido 3= irmã 4= amiga 5= outros	
11.	Em que momento escolheu o acompanhante?	1= pré-natal 2= emergência maternidade 3= sala de parto 4= outros	
	Dados identificação acompanhante		
12.	Idade	_____ anos	
13.	Estado civil	1= Casada/união estável 2= Solteira 3= Separada/divorciada	
14.	Escolaridade	_____ anos	
15.	Cor/raça	1=Branca 2= Não branca	
16.	Ocupação	1= Estudante 2= Do lar 3= Sem ocupação 4= Trabalho remunerado	
17.	Experiência obstétrica anterior?	G____P____A____	
18.	Teve experiência como	1= não	

	acompanhante em sala de parto?	2= sim	
19.	Teve alguma atividade educativa ou participou de alguma consulta pré-natal	1= não 2= sim	
	Dados obstétricos		
20.	Dias de internação hospitalar		
21.	Idade gestacional em semanas	_____semanas	
22.	Idade gestacional do início do pré-natal	_____	
23.	Nº de consultas pré-natais	_____	
24.	Teve acompanhante durante as consultas de pré-natal?	1=Não 2= Sim Quem? _____	
25.	G: ____ P:_____ A: _____		
	Dados do parto		
26.	Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você?	1= Não 2=Sim	
27.	Tempo do trabalho de parto		
28.	Tempo de apoio do acompanhante		
29.	Na sala de pré-parto, utilizou algum dos seguintes métodos?	Banho: (1) sim (2) não Banqueta: (1) sim (2) não Bola: (1) sim (2) não Cavalinho: (1) sim (2) não Massagem: (1) sim (2) não Movimento de balanço do quadril: (1) sim (2) não	

30.	Foi ofertado líquidos durante o trabalho de parto?	1= Não 2=Sim	
31.	Que profissional que acompanhou o trabalho de parto: (permite mais de uma opção)	1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	
32.	Tipo de parto	1= vaginal espontâneo 2= fórceps 3= cesárea	
33.	Posição de par	1= cócoras 2= semi-sentada 3= de lado 4= na banqueta 5= genitopeitoral 6= em pé 7= no chuveiro 8= outros	
34.	Episiotomia	1= Não 2=Sim	
35.	Clampeamento do cordão umbilical	1= até 59 seg 2= 1-3 minutos 3= após 3 minutos	

36.	Apgar do RN no 1º min	1= 0-3 2=4-6 3= 7 ou mais	
37.	Apgar do RN no 5º min	1= 0-3 2=4-6 3= 7 ou mais	
38.	Peso do RN em gramas	_____	
39.	Realizado contato precoce mãe/bebê na sala de parto	1= Não 2=Sim	
40.	Pega e sucção na sala de parto	1= Não 2=Sim	
	Dados após a internação no Alojamento conjunto (AC)		
41.	Recém-nascido encaminhado com a puérpera para AC	1= Não 2=Sim	
42.	Recém-nascido está sendo amamentado no AC	1= Não 2=Sim	
43.	RN apresenta pega e sucção no AC	1= Não 2=Sim	
44.	Fissuras	1= Não 2=Sim	
45.	Ingurgitamento	1= Não 2=Sim	

**ANEXO A - Autorização do autor do *Birth Companion Support Questionnaire* - 2013
(Dr. Lynne Dunne)**

4.8.15

Dr Lynne Dunne
Senior Lecturer - Midwifery School of Nursing, Midwifery and Paramedicine,
Faculty Health Science,
Australian Catholic University McAuley: Banyo Campus,
PO Box 456, Virginia, Qld, 4014,
Australia.

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
Professora Associado I do DENF/UFC
Tutora do PET/ENFERMAGEM/UFC- SESu/MEC
Coordenadora Didático-Pedagógica da RESENFU/UFC e CEEU/UFC/MS

Dear Professor Damasceno

Thank you for requesting to use the instrument developed for my research on social support during labour. I am happy for you to use and modify the instrument under the following conditions:

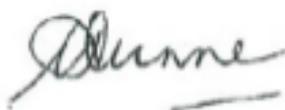
- original authors are duly cited in all publications reporting the results
- the citation is placed on the questionnaire in all language versions created.

I will send you the final version of the document and scoring sheet in the next couple of days.

I would request a copy of the results once you have completed your studies.

Good luck with your research. I would be happy to help if further assistance is required.

Yours sincerely,



ANEXO B - Birth Companion Support Questionnaire - 2013 (Versão original)

BIRTH COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE

©Birth Companion Support Questionnaire

Dunne C.L., Fraser, J., & Gardner, G.E. (2013). Women's perceptions of social support during labour: Development, reliability and validity of the Birth Companion Support Questionnaire. *Midwifery*, 30, 847-852.

Labour Social Support Questionnaire
Questionnaire)

(Birth Companion Support

Instructions Under each support person <u>who accompanied you to the</u> <u>Birth Suite and was with you</u> <u>during labour and birth</u> please identify their relationship to you, for example, partner, sister, girlfriend, mother	Support Person 1	Support Person 2	Support Person 3	Support Person 4

Using the rating scale below please tick the box that best rates your opinion of each person's support during labour and birth.

Behaviour	Rating Person 1	Rating Person 2	Rating Person 3	Rating Person 4
1. Made me feel respected and admired	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all

2. Praised my efforts with comments like 'great job', 'well done'	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
3. Provided distraction techniques in the early phase of labour (eg light social conversation, watching TV together)	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
4. Made me feel they were there for me	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
5. Offered me physical comfort through touch (Touch may include holding your hand, wiping your face, rubbing your back).	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
6. Reinforced coping techniques I was using eg relaxation techniques, breathing techniques?	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all

7. Spoke to the midwife or doctor about my needs (for example, need to change position or to request pain relief)	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
8. Assisted me with coping techniques (eg, giving massages, encouraging me to walk around)	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
9. Enjoyed having the company of this support person	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
10. Helped me to follow the coping methods suggested by the midwife (eg walking around, using the shower)	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
11. Provided me with eye contact when praising my efforts	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all

Behaviours	Rating Person 1	Rating Person 2	Rating Person 3	Rating Person 4
12. Listened and respected my wishes in relation to me following my birth plan	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all
13. Left me feeling satisfied with their support	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all	4= All of the time 3= Most of the time 2= A little 1= Not at all

If there was more than one support person present, please indicate which person provided you with the most support.

Person 1, Person 2, Person 3, Person 4

Thank you for participating.

Anexo C – Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO BIRTH COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL.

Pesquisador: Amanda Souza de Oliveira

Versão: 1

CAAE: 55358418.1.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/UFC

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 033383/2016

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO BIRTH COMPANION SUPPORT QUESTIONNAIRE PARA USO NO BRASIL, que tem como pesquisador responsável Amanda Souza de Oliveira, foi recebido para análise ética no CEP UFC - Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará / MEAC - UFC em 20/04/2016 às 10:58.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370
UF: CE Município: PORTALEZA
Telefone: (05) 3360-3502 Fax: (05) 3360-3530 E-mail: cspmeac@gmail.com

