



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

SAMILA GOMES RIBEIRO

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO
THE MOTHER GENERATED INDEX PARA USO NO BRASIL**

FORTALEZA

2013

SAMILA GOMES RIBEIRO

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO
THE MOTHER GENERATED INDEX PARA USO NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da saúde

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

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Priscila de Souza Aquino

**FOTALEZA
2013**

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

R372t

Ribeiro, Samila Gomes

Tradução, adaptação e validação do 'The mother generated index' para uso no Brasil/ Samila Gomes Ribeiro. – 2013.
121 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

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

Coorientação: Prof^ª. Dr^ª. Priscila de Souza Aquino

1. Qualidade de Vida 2. Período pós-parto 3. Tradução 4. Enfermagem I.Título.

CDD 610.73

SAMILA GOMES RIBEIRO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO
THE MOTHER GENERATED INDEX PARA USO NO BRASIL

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da saúde.

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a. Dr^a. Mônica Oliveira Batista Oriá (1º Membro)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Andrew Symon (2º Membro)
University of Dundee

Prof. Dr. Paulo César de Almeida (Membro Suplente)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

A Deus,

Por proporcionar tantas vitórias em minha vida.

A minha mãe,

Pelo amor incondicional que dedicou a mim.

Ao meu esposo,

Por ser meu maior incentivador, pela compreensão e por sempre estar ao meu lado. Essa conquista é nossa.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus pelas grandes bênçãos derramadas em minha vida e pelas oportunidades ímpares a mim concedidas. Dou-Lhe graças pela minha família e pelo grande amor que nos une. Obrigada Senhor por todos os dons a mim confiados!

À minha mãe! Simplesmente, tudo! Pelo crédito, pela confiança, pelos esforços incomparáveis para alcançarmos essa conquista, pelas palavras de incentivo e pela força quando quis fraquejar, pelas orações, pelo exemplo de mulher e de ser humano que és e, por fim, obrigada simplesmente por ser minha mãe! Saiba que tudo o que faço é por você e para você. Te amo!

Ao meu amor, Vinicius, pelo amor, pelo companheirismo, pela compreensão, pelo incentivo na hora da dúvida e pela presença constante. Você é um grande presente de Deus em minha vida, um anjo, fundamental para a alegria dos meus dias e também para a conclusão dessa caminhada, muito obrigada.

Aos meus irmãos, Juliana e Tiago, pelos saudosos momentos vividos, por me aceitarem do meu jeito, por sentirem orgulho de mim e pelo sentimento de cumplicidade que nos tornam fortes quando estamos unidos.

Ao meu pai, Batista, por me fazer acreditar que sempre posso ir além, por me apoiar em todas as decisões da minha vida, por me defender e me tratar sempre como uma eterna criança.

À minha amiga Renata, que torna meu cotidiano mais leve, pela ajuda, pela compreensão. Obrigada pelos momentos de alegria, mas, sobretudo, pelos instantes de dificuldade compartilhados e sempre superados. Essa conquista também é sua.

À professora, tutora e essencialmente amiga, Ana Karina Bezerra Pinheiro, pela grande contribuição para minha formação profissional e para o meu crescimento pessoal. Por me aceitar como aluna, pelos diálogos, pela escuta, pela alegria que vivenciamos em simples momentos da vida, pela aprendizagem constante, pelo exemplo.... Obrigada.

À minha co-orientadora e amiga, Priscila Aquino, pela contribuição direta na construção desse trabalho, pelo incentivo e pela disponibilidade em colaborar com a minha formação sempre que solicitei, pelos conselhos, pelas dúvidas esclarecidas nesse caminhar e por me fazer ter a certeza que ainda existem pessoas de boa índole. Exemplo de pessoa!

Aos meus queridos Irene Melo e Bernardo Melo, por serem exemplos de solidez, por partilharem muitos momentos da construção desse trabalho, por sempre me incentivarem, pelos litros e litros de café, por me acolherem, pelo filho lindo que me deram. Amo vocês!

À minha querida Walma, por sempre ter me ajudado, pelo olhar afetuoso, pelos conselhos e pelo carinho de sempre.

Às minhas amigas de mestrado, Mariana, Anne, Camila, e Natasha por dividirem comigo as ansiedades, as dúvidas, as descobertas e as alegrias dessa jornada.

Às minhas amigas de graduação Taciana e Jordana por estarem ao meu lado, até hoje partilhando alegrias.

À Mirna Fontenele por ter sido responsável pelo início do desenvolvimento desse trabalho.

À Saiwori, Manu Joventino, Thais, Ana Izabel, Diego, Lydia, eternos petianos e pessoas que me ajudaram muito.

À minha amiga Ana Carolina, pessoa em quem sempre vou poder contar.

Aos meus amigos de colégio: Priscila, Karol, Lidia, Rochelle, Flaviana, Túlio, Glaylton pela amizade verdadeira, pelas alegrias, pelo crescimento pessoal, por muitas vezes compreenderem minha ausência e mesmo assim permaneceram do meu lado.

Às minhas vizinhas, Olga, Nira, Glória e Vozinha por vivenciarem angústias, por partilharem alegrias e por sempre rezarem pelas minhas vitórias!

Ao professor Paulo César, que se mostrou sempre uma pessoa muito solícita.

À Joelna e Jaqueline, o apoio de vocês conferiu maior qualidade a este aprendizado.

Aos meus familiares, que sempre estiveram unidos nessa caminhada.

À Elizian, Igor, Hellen, Suellen e Bruno pelo apoio e disponibilidade na coleta de dados.

Ao Dr. Andrew Symon que concedeu a autorização para o uso do MGI e incentivou o desenvolvimento desse estudo.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Às puérperas, figuras centrais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao diretor e demais profissionais da maternidade que sempre se mostraram solícitos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por dividirem comigo seus ensinamentos, por terem paciência e dedicação.

À Universidade Federal do Ceará, por fornecer um espaço físico completo, no qual pude obter aulas com toda a infraestrutura necessária.

“Mas eu estou aqui
Vivendo esse momento lindo
De frente pra você
E as emoções se repetindo
Em paz com a vida
E o que ela me traz
Na fé que me faz
Otimista demais
Se chorei ou se sorri
O importante
É que emoções eu vivi...”

Roberto Carlos

RESUMO

As questões relacionadas à qualidade de vida são centrais para a promoção da saúde materna. Dentre os objetivos do estudo destaca-se: traduzir, adaptar e validar o *The Mother Generated Index* para a língua Portuguesa no contexto brasileiro. Trata-se de um estudo metodológico, realizado em uma maternidade de referência do estado do Ceará. O *The Mother Generated Index* passou por um rigoroso processo de adaptação transcultural no qual foi formada a versão pré-final, aplicada no pré-teste com 30 puérperas. Um comitê de especialistas realizou a validação de conteúdo do *The Mother Generated Index*-Versão Brasileira, para a formação da versão final. Na fase de validação, a amostra foi composta por 91 puérperas que foram entrevistadas no período de maio a agosto de 2012. O instrumento de coleta de dados foi um formulário que abordava dados sociodemográficos, obstétricos, além do *The Mother Generated Index* - Versão Brasileira. Quanto à análise do perfil sociodemográfico das puérperas estudadas apontou para uma maioria de jovens, em união estável, com poucos anos de estudo, baixa renda per capita e familiar. Quanto às atividades laborais, a maioria exercia afazeres domésticos ou outros trabalhos que exigem pouca ou nenhuma qualificação profissional. Dentre as oito áreas que interferiram na qualidade de vida observou-se que 06 foram consideradas negativas conforme os dados: alteração do peso 28(58%); menos tempo para si 33 (82,5%); sono 41 (93,1%); lazer 31 (90,7%); cansaço 91 (94,4%) e trabalho 41(85,4%). Assim, observa-se que essas são áreas que necessitam de uma melhor atenção em saúde. Conclui-se, que o MGI é um instrumento válido e confiável para a mensuração do conceito de qualidade de vida entre as puérperas brasileiras, pois permite de forma simples e compreensível avaliar as diversas dimensões envolvidas na qualidade de vida das puérperas. Ademais o MGI pode fornecer aos profissionais de saúde a oportunidade de apreciar todos os aspectos da vida de uma mulher que são alterados com o nascimento do bebê.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Período pós-parto. Tradução. Enfermagem.

ABSTRACT

Issues related to quality of life are central to promoting maternal health. The following are among the main goals of this study: translate, adapt and validate the Mother-Generated Index into Portuguese within the Brazilian context. This is a methodological study conducted at a reference maternity in the state of Ceará, Brazil. The Mother-Generated Index was subjected to a rigorous process of cultural adaptation in which a pre-final version was obtained and applied as a preliminary test to 30 puerperal mothers. An committee of experts validated the content of the Brazilian version of the Mother-Generated Index in order to obtain a final version. At the validation stage, the sample consisted of 91 puerperal mothers who were interviewed between May and August 2012. Data were collected through a form addressing social, demographic and obstetric issues, as well as the Brazilian version of the Mother-Generated Index. The analysis of their demographic profiles pointed to a majority of young mothers living under common-law marriage, with few years of formal education and low per capita and family income. Regarding their employment, most were housewives or had jobs demanding little or no professional qualification. Among the eight areas related to quality of life, 06 were considered to be negative according to the collected data: weight change 28 (58%); less time for themselves 33 (82.5%); sleep 41 (93.1%); leisure 31 (90.7%); tiredness 91 (94.4%); and work 41 (85.4%). Thus, we have observed that these are the areas demanding a better attention from the healthcare system. We conclude that the MGI is a valid and reliable tool to measure the concept of quality of life among Brazilian puerperal mothers, as it allows a simple and understandable way of assessing the various dimensions involved in the quality of life of such mothers. Moreover, the MGI can provide healthcare professionals the opportunity to become aware of all aspects of a woman's life that are altered after childbirth.

Keywords: Quality of life. Postnatal period. Translation. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dados de identificação das teses presentes no banco de dados. CEPEN, abr-mai 2011.	24
Quadro 2 -	Dados do percurso metodológico das teses presentes no banco de dados. CEPEN, abr-mai 2011.	25
Quadro 3 -	Critérios para seleção dos juízes especialistas de conteúdo adaptados de Fehring (1987). Fortaleza, Mai/Jul, 2012.	37
Quadro 4 -	Descrição da Etapa I – Tradução Inicial	43
Quadro 5 -	Descrição da Etapa III – Retradução (Back-translation)	46
Quadro 6 -	Descrição da Etapa IV – Comitê de Juízes.	49
Quadro 7 -	Índice de validação de conteúdo das assertivas do MGI- Versão Brasileira	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição no número de puérperas segundo características sociodemográficas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012	53
Tabela 2 -	Distribuição no número de puérperas segundo características obstétricas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012	55
Tabela 3 -	Distribuição da pontuação das áreas mais afetadas na qualidade de vida de puérperas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012.	56
Tabela 4 -	Distribuição das áreas afetadas: alteração do peso, cansaço e sono, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012	57
Tabela 5 -	Distribuição das áreas menos tempo para si, relacionamento com parceiro e mais responsabilidade, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012.	58
Tabela 6 -	Distribuição das áreas lazer e trabalho, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012.	59
Tabela 7 -	Distribuição de variáveis sociodemográficas segundo tipo de parto. Fortaleza, Mai/Ago, 2012	60
Tabela 8 -	Distribuição dos tipo de parto de acordo com a pontuação da qualidade de vida entre puérperas. Fortaleza, Mai/Ago, 2012	62

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT - Associação de Normas Técnicas

MGI – The Mother Generated Index

QV – Qualidade de Vida

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

SCVI-AVE – Média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala

SCVI – UA – Proporção de itens de uma escala que atinge escore 3 –relevante e 4 – muito relevante por todos os especialistas

ICVI – Validade de conteúdo dos índices individuais

T1 – Tradução 1

T2 – Tradução 2

T12 – Síntese das traduções 1 e 2

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualizando o puerpério e a qualidade de vida	13
1.2	Instrumentos de avaliação de qualidade de vida: justificativa e relevância do estudo	17
2.	OBJETIVOS	21
3.	ESTADO DA ARTE	22
3.1	Tradução e Adaptação de Escalas na Área da Saúde Sexual e Reprodutiva	22
3.2	Promoção da saúde em prol da qualidade de vida de puérperas	29
4	METODOLOGIA	33
4.1	Tipo de Estudo	33
4.2	Diretrizes para o processo de tradução e adaptação	33
4.3	Validação do índice	35
4.4	Cenário da pesquisa	40
4.5	População e amostra	40
4.6	Coleta de dados	41
4.7	Organização e Análise dos dados	41
4.8	Considerações éticas	42
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	43
5.1	Adaptação transcultural e validação do MGI	43
5.2	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas	53
5.3	Aplicação da MGI: áreas afetadas na qualidade de vida de puérperas	55
6	DISCUSSÃO	63
6.1	Adaptação transcultural e validação do MGI	63
6.2	Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas	65
6.3	Aplicação da MGI: áreas afetadas na qualidade de vida de puérperas	69
7	CONCLUSÃO	78
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICES	90
	ANEXOS	119

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO O PUERPÉRIO E A QUALIDADE DE VIDA

O puerpério é definido como o momento que sucede ao nascimento da criança, logo após a expulsão da placenta, também denominado período pós-parto. Esta etapa do ciclo gravídico puerperal divide-se em três momentos: pós-parto imediato (do primeiro ao décimo dia após a parturição), pós-parto tardio (do décimo primeiro ao quadragésimo quinto dia) e pós-parto remoto (do quadragésimo quinto dia até o retorno da ovulação ou da função reprodutiva feminina) (REZENDE FILHO; MONTENEGRO, 2008).

O período puerperal é caracterizado por várias modificações que ocorrem no corpo da mulher e que resultam na restauração dos órgãos e dos sistemas a um estado semelhante ao período que antecedeu à gestação.

No sistema reprodutor ocorre a involução uterina, a diminuição da vascularidade do canal vaginal e da cérvix e o retorno do tônus muscular da vagina. No sistema respiratório, o padrão será restabelecido após o reposicionamento do diafragma, que havia se deslocado pelo aumento uterino. No sistema cardiovascular, o débito cardíaco é aumentado com tendência a complicações tromboembólicas, porém retoma valores pré-gestacionais com poucas semanas do pós-parto. Já no sistema endócrino, também permeado de alterações, verifica-se uma diminuição acentuada do estrógeno e da progesterona após a dequitação da placenta (RICCI, 2008).

Acrescenta-se que as modificações também ocorrem a nível psicológico e sociocultural. Portanto, a experiência do puerpério é, sem dúvida, complexa, pois acarreta para as mulheres modificações biopsicossociais, atribuídas aos novos significados que podem interferir na sua adaptação à maternidade (GUALDA, 2009).

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

Contextualizando os aspectos psicológicos, é necessário compreender o significado da maternidade na vida dessas mulheres, pois algumas desde a infância são

educadas para serem amáveis, compreensivas, tranquilas, ternas, equilibradas e acolhedoras, características que são esperadas em todos os momentos de sua vida e em tempo integral.

Diante de tantas expectativas, culturalmente a sociedade espera que toda mulher siga o modelo de mãe perfeita, fato que tem significado um alto custo emocional para as mulheres, pois, quando não correspondidas, estas vivenciam significativos estigmas, preconceitos e exclusões da sociedade. A decepção de não responder às expectativas do papel de mãe gera um conflito entre o que seria o ideal e o vivido, instaurando um sofrimento psíquico que pode vir a se configurar como uma base para a depressão pós-parto (DPP) (AZEVEDO; ARRAIS, 2006; SANTOS JUNIOR; SILVEIRA; GUALDA, 2009).

Deste modo, os estudos que investigam as singularidades que envolvem o período puerperal são importantes, pois possibilitam melhores esclarecimentos acerca dos acontecimentos biológicos e psicológicos que interpõem o puerpério, proporcionando maiores habilidades aos enfermeiros e permitindo-lhes uma assistência que atenda às necessidades mais específicas das mulheres. Ressalta-se que, as condutas baseadas apenas nos aspectos biológicos não são suficientes, elas precisam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que envolvem o período reprodutivo.

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

Diante de tais afirmações, fica evidente a necessidade de uma assistência integral, priorizando os aspectos psicológicos que cercam o período puerperal, visando um cuidado holístico para a mulher e buscando minimizar as fragilidades que eventualmente podem interferir na qualidade de vida.

As questões relacionadas à qualidade de vida são centrais na construção da promoção da saúde materna e, portanto, devem ser mais exploradas, no sentido de fundamentar uma prática assistencial que modifique os determinantes sociais que afetam a saúde desse grupo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), a expressão qualidade de vida foi utilizada primeiramente por cientistas sociais, filósofos e políticos que utilizavam esse conceito considerando todos os aspectos da condição de vida da população, incluindo saúde, condições socioeconômicas, ambientais e culturais.

Em análise, observou-se que o termo qualidade de vida é o resultado final de um processo histórico cujas primeiras tentativas conceituais surgiram a partir de 384 a. C., quando Aristóteles se referia à associação entre felicidade e bem-estar. Já nessa ocasião, as diferenças interpessoais (variações entre pessoas distintas) e intrapessoais (variação de acordo com situações de vida específicas), em relação à satisfação com a vida, eram consideradas essenciais para a compreensão do bem-estar. Lapações conceituais sobre o tema foram delineadas por filósofos, teólogos e interessados, propiciando melhor abrangência do tema ao longo do tempo (FAYER; MACHIN, 2000).

Na área da saúde, o termo qualidade de vida foi introduzido por volta da década de 70, porém estava fortemente vinculado aos efeitos das drogas para direcionar a terapêutica médica em tratamentos de câncer, hipertensão e outras patologias; além de avaliar a eficácia e a segurança da droga (HUNT; MCKENNA, 1992).

O interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e provém, em parte, dos novos paradigmas que tem influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e ao estilo de vida. Conforme essa mudança de paradigma, a melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SCHUTTINGA, 1995 apud SEIDL; ZANNON, 2004).

As questões relacionadas ao bem estar subjetivo começaram a ganhar importância com o aumento da expectativa de vida (SALGADO; SOUSA, 2001). A modificação do perfil de morbimortalidade, tendência mundial também nos países em desenvolvimento, indica o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas. Os progressos nos tratamentos e as possibilidades efetivas de controle dessas enfermidades tem acarretado o aumento da

sobrevida e/ou a vida longa das pessoas acometidas por esses agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Assim, o termo qualidade de vida pode ser utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem coloquial, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde (BOWLING; BRAZIER, 1995; ROGERSON, 1995).

Enfatizando o contexto científico, diferentes abordagens são atribuídas ao termo. De modo geral, sua construção é de um conceito multidimensional, medindo diferentes aspectos ou domínios da vida, que incluem o bem-estar físico, psíquico, social e funcional (WARE JUNIOR, 1984; WARNER; WILLIAMS, 1987; AARONSON, 1991; SYMON, MACKAY; RUTA, 2002).

No ano de 1994, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conceituou qualidade de vida como: “Trata-se de um conceito amplo, influenciado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e da relação com características do ambiente.” (WHO, 1995, p.1405)

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é um conceito eminentemente do ser humano, que tem sido aproximado ao grau de contentamento encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe ainda a competência de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Em face de tais considerações, torna-se imperativo compreender que aspectos influenciam na qualidade de vida das puérperas, com o intuito de possibilitar cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a promoção da saúde e a prevenção de complicações, o bem-estar físico e emocional e as ações educativas que possam subsidiar a mulher no cuidado de si e do(a) filho(a), reduzindo os riscos psicológicos e fisiológicos a que estão expostas no período puerperal.

Essas ações devem ser permeadas pela escuta sensível e valorização das especificidades das demandas femininas que sabidamente são influenciadas por expectativas sociais relativas ao exercício da maternidade (ALMEIDA; SILVA, 2008).

1.2 Instrumentos de avaliação de qualidade de vida: justificativa e relevância do estudo

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

Diferentes instrumentos ou índices tem sido sugeridos com o desígnio de avaliar a qualidade de vida e são divididos em dois grupos: os genéricos e os específicos.

Os instrumentos genéricos buscam estimar de forma global os aspectos importantes relacionados à qualidade de vida (físico, social, psicológico, espiritual); como exemplos destacam-se o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Quality of Well-being (QWB)* e *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*.

Os instrumentos específicos avaliam de forma individual e direcionada alguns aspectos da qualidade de vida, além disso são mais sensíveis na percepção de alterações após uma intervenção (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). Os questionários específicos podem ser direcionados para avaliação de determinada função (capacidade funcional, sono, função sexual, aspectos sociais), população (idosos, jovens, mulheres climatéricas) ou doença (câncer de mama, câncer de ovário, diabetes) (BELL; BOMBARDIER; TUGWELL, 1990).

No intuito de conhecer instrumentos que avaliam a qualidade de vida de mulheres no puerpério foi realizada uma busca no portal de revistas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no *Medical Literature Analysis and retrieval System On-line* (Medline), no CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A seleção dos artigos ocorreu respeitando os critérios de inclusão: artigos em português, inglês ou espanhol com textos completos disponíveis nas bases de dados supracitadas; artigos originais, ou seja, artigos que divulguem os resultados de uma pesquisa e

que incluam instrumentos de mensuração em sua metodologia; artigos indexados com os descritores controlados em ciências da saúde: qualidade de vida/questionários/puerpério ou *quality of life/questionnaires/ Postpartum Period*.

A partir da busca no Scielo, utilizando o descritor *quality of life* encontraram-se 4.897 artigos. Ao acrescentar o termo *questionnaires*, encontraram-se 231 artigos, a inclusão do descritor *postpartum period* evidenciou a ocorrência de 01 artigo.

A pesquisa na base de dados Medline revelou 100.994 artigos com a expressão *quality of life*. A inclusão da palavra *questionnaires* reduziu o número de artigos para 24.730, entretanto ao acrescentar *postpartum period*, o número de achados reduziu-se para 37, destes apenas seis eram textos completos.

Na base de dados LILACS foram encontrados 8.175 títulos com o descritor qualidade de vida, ao incluir a expressão questionários, esse número foi reduzido para 549, ao incluir o descritor período pós-parto encontraram-se dois títulos, sendo um texto completo.

A pesquisa na base de dados CINAHL demonstrou 25.871 publicações com o termo *quality of life*. Ao incluir *questionnaires* o número foi de 7.677, ao refinar encontraram-se sete publicações que tinham o descritor *postpartum period* com texto completo.

Após leitura reflexiva e análise dos instrumentos relatados nos artigos encontrados nas bases de dados citadas, optou-se por escolher o *The Mother Generated Index (MGI)* para a tradução e a adaptação transcultural para uso no Brasil (ANEXO A).

O índice MGI foi desenvolvido por pesquisadores do Reino Unido e mensura “a experiência global da mãe após o parto” ou sua “Qualidade de Vida” (SYMON; MACDONALD; RUTA, 2002).

O MGI baseia-se em um instrumento validado já existente, o *Patient-Generated Index (PGI)* (RUTA *et al.*, 1994), que tem sido aplicada em estudos que examinam os efeitos da dermatite (HERD *et al.*, 1997) e apneia do sono (JENKINSON; STRADLING; PETERSON, 1998), e foi recentemente adaptado para uso pela enfermagem (ANNELLS; KOCH; BROWN, 2001). Estas ferramentas tentam medir todos os aspectos da qualidade de vida que o paciente ou cliente (neste caso, a mãe) percebe. A avaliação da qualidade de vida sob ponto de vista do destinatário do cuidado é recomendada em alguns estudos (BOWLING, 1995; KLEINPELL, 1997).

Ferramentas de avaliação tradicionais tem contado com listas predefinidas de variáveis que podem não ser importantes na avaliação individual. Uma escala ou índice devem refletir, mais precisamente como a pessoa realmente se sente, buscando reconhecer de maneira holística as áreas afetadas (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

Ademais por ser um índice aberto permite uma maior aproximação com a puérpera, a qualidade de vida é investigada a partir do olhar da entrevistada, desvelando as reais características que circundam esse momento na vida da mulher e trazendo maior riqueza às informações. Segundo Polit e Beck (2011) as questões fechadas correm o risco de deixar passar alguma informação importante. Deste modo, o índice aberto favorece uma melhor compreensão das áreas mais afetadas após o nascimento do bebê e que precisam de uma maior atenção de saúde.

Esse instrumento é composto de uma única folha e subdividido em três etapas. Na primeira, cada puérpera identificará os aspectos de sua vida que foram afetados após o nascimento do bebê, apontando também se esses aspectos foram positivos, negativos ou ambos / nenhum. Em seguida, na etapa 2, a mulher pontuará cada aspecto citado na etapa 1, de zero (pior) a 10 (melhor), com base em como ela se sente após o nascimento do bebê. A pontuação MGI primário será a média dos escores dos aspectos identificados. Este escore reflete como a mulher percebe a influência de cada uma delas em sua vida. Na etapa 3, ela deve distribuir 20 pontos entre as áreas descritas, conforme o grau de importância que elas representam para a qualidade de vida.

As áreas com baixa pontuação, na etapa 2, da MGI significam áreas em que os profissionais devem direcionar estratégias de atuação, com vistas à promoção da qualidade de vida da puérpera (SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

Segundo Symon, Macdonald e Ruta (2002), este instrumento permite identificar com precisão as áreas da vida da puérpera que estão mais afetadas, o que poderia passar despercebido pelos instrumentos de mensuração pré-formulados.

Em estudo de revisão sistemática, que analisou instrumentos de avaliação de qualidade de vida no parto e puerpério verificou-se que o MGI, foi o instrumento de avaliação de qualidade de vida mais utilizado para avaliar esse conceito entre puérperas (MULUBRHAN *et al.*, 2012).

Considerando a ausência no Brasil de um instrumento que avalie de forma subjetiva a qualidade de vida das mulheres no período puerperal, sentiu-se a necessidade da realização do presente estudo. Este tem como finalidade obter uma versão traduzida e adaptada da MGI de forma que seja um instrumento útil e adequado para o contexto brasileiro.

No Brasil, o uso de instrumentos de medida de qualidade de vida no campo da saúde o colocaria em consonância com as pesquisas internacionais para o avanço teórico e metodológico na área (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

O MGI já foi validado na Escócia (SYMON; MCGREAVEY; PICKEN, 2003) e na Índia (NAGPAL *et al.*, 2008), e encontra-se em processo de validação em Portugal e no Iran. Assim, este instrumento configura-se como confiável para ser inserido no contexto brasileiro, dada a ausência de um instrumento que avalie a qualidade de vida das mulheres no período puerperal de uma maneira mais subjetiva.

Ademais, este estudo se faz relevante, pois a utilização da MGI na conjuntura brasileira possibilitará aos enfermeiros e demais profissionais de saúde, conhecer as principais angústias que cercam a mulher no puerpério. Destaca-se ainda que, a partir de uma análise aprofundada e do reconhecimento das áreas mais afetadas na vida das puérperas, os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, irão conhecer melhor a realidade das mulheres no puerpério e poderão criar estratégias de promoção da saúde desse grupo.

O presente estudo poderá contribuir de forma significativa para a definição de estratégias pertinentes por parte dos profissionais de saúde, a fim de melhorar o atendimento no puerpério, visto que após o parto o enfoque gira em torno da saúde do bebê, deixando a puérpera carente de cuidados específicos para esse período. Além disso, um instrumento válido e confiável poderá ser utilizado em outros estudos para avaliar intervenções que envolvam a melhoria da qualidade de vida entre puérperas.

2 OBJETIVOS

- Traduzir e adaptar o *The Mother Generated Index* para a língua Portuguesa no contexto brasileiro;
- Validar a face e o conteúdo do *The Mother Generated Index*;
- Descrever as principais áreas afetadas na qualidade de vida das puérperas;
- Avaliar as áreas afetadas na qualidade de vida de puérperas brasileiras;
- Comparar os escores de qualidade de vida de acordo com o tipo de parto.

3 ESTADO DA ARTE

3.1 Tradução e adaptação de escalas na área da saúde sexual e reprodutiva

O processo de validação de uma escala para aplicação no contexto brasileiro deve seguir algumas etapas, como a tradução para o idioma local, a adaptação transcultural, a aplicação na população alvo e a validação do instrumento. No entanto, a combinação de diversas metodologias em determinados tipos de estudos contribuem para a falta de rigor, a inacurácia e o viés, sendo recomendado o seguimento de padrões de rigor metodológico com eficácia comprovada (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Assim, surgiu o questionamento acerca da existência de uma uniformidade nos passos metodológicos utilizados pelos pesquisadores para a etapa de tradução e adaptação de escalas na área da saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo que seguir um rigor metodológico é fundamental para um processo exitoso de tradução e adaptação transcultural de escalas.

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

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

Para tanto, seguiram-se os passos: identificação do tema; formulação de uma questão norteadora; busca e seleção da literatura; categorização e avaliação dos estudos e apresentação da revisão (GANONG, 1987; BEYEA; NICOLL, 1998; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

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

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

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

Utilizou-se como referencial metodológico para a apresentação e análise dos dados referentes ao percurso da tradução e adaptação transcultural de escalas, as etapas descritas por Beaton *et al.* (2000), uma vez que todas as produções selecionadas para análise fundamentaram-se neste autor. Segundo o mesmo, a escala em idioma original deve passar pelas seguintes etapas para ser considerada traduzida e adaptada transculturalmente: tradução inicial; síntese da tradução; tradução de volta a língua de origem (*back-translation*); revisão por um comitê de juízes; pré-teste da versão final e submissão de todos os relatórios e construtos aos autores da escala para verificação do cumprimento de todas as etapas do processo; e validade do instrumento (BEATON *et al.*, 2000).

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

Os quadros 1 e 2 mostram os dados extraídos das três teses analisadas. Esses dados permitem observar as variações das metodologias adotadas na tradução e adaptação transcultural de instrumentos de origem estrangeira para serem utilizadas no contexto brasileiro.

No quadro 1 estão presentes os dados de identificação das teses: autor, título, ano, origem e direcionalidade temática.

Quadro 1 - Dados de identificação das teses presentes no banco de dados.

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

Fonte: CEPEN, 2011.

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

Constatou-se que, no ano de 2008, duas teses (66,6%) foram publicadas com a temática. Em seguida aparece o ano de 2007, com uma tese (33,3%) produção.

Ao analisar a origem das produções em estudo, verificou-se maior prevalência de construção na Região Sudeste. Dentre as teses citadas, duas (66,6%) foram desenvolvidas nesta região, contrastando com apenas uma (33,3%) na Região Nordeste.

As teses produzidas na Região Sudeste, duas (66,6%) foram oriundas da Universidade de São Paulo (USP), Campus de Ribeirão Preto. Já a produção referente à Região Nordeste adveio da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Ao analisar a origem das produções, percebe-se a predominância de estudos provenientes da região Sudeste. Essa superioridade pode guardar relação com o fato de a maioria dos cursos de pós-graduação localizar-se nesta região do Brasil. Nos últimos anos, uma política de incentivo à pesquisa tem-se estabelecido nas outras regiões do país, na tentativa de disseminar a pós-graduação em enfermagem nas cinco regiões brasileiras (CARVALHO *et al.*, 2010).

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

Verifica-se que apenas no ano de 2008 ocorreu predomínio da produção científica brasileira acerca do uso de escalas, mais de uma década depois da mesma tendência a nível internacional, uma vez que a predominância de publicação dos instrumentos originais datam da década de 1990. Todavia, acredita-se que esse tipo de produção deva assumir uma curva de crescimento, tanto a nível local, como mundial, pois é crescente o número de pesquisadores com interesse no assunto.

No quadro 2, estão presentes os dados referentes ao percurso metodológico adotado pelos pesquisadores em estudo, segundo as etapas estabelecidas pelo referencial metodológico comum às três teses: Beaton *et al.* (2000).

Quadro 2 - Dados do percurso metodológico das teses presentes no banco de dados.

<i>Tese</i>	<i>Referencial Metodológico</i>	<i>Tradução inicial</i>	<i>Síntese da tradução</i>	<i>Retrotradução</i>	<i>Comitê de juízes</i>	<i>Pré-teste</i>	<i>Submissão aos autores</i>
T ₁	Beaton <i>et al.</i> , 2000	Três tradutores independentes: a pesquisadora e dois profissionais da saúde. Não há clareza se os objetivos da tradução foram revelados para os tradutores.	Síntese realizada por três tradutores.	Dois tradutores da área de letras, tendo como língua materna o português e fluência no inglês.	Formado por três enfermeiras e a pesquisadora.	Aplicado com uma amostra de 39 gestantes.	Não mencionou esta etapa.
T ₂	Beaton <i>et al.</i> , 2000	Dois tradutores independentes: um da área da saúde. Os objetivos da tradução foram revelados apenas para o	Etapla realizada, mas não há clareza de quem participou da construção	Dois tradutores estudantes de medicina, tendo como língua materna o inglês e fluência no português.	Formado por três professores universitários doutores.	Aplicado com uma amostra de 30 mulheres (15 gestantes e 11	Não mencionou essa etapa.

		tradutor que não era profissional da saúde.	da síntese.			puérperas).	
T ₃	Beaton <i>et al.</i> , 2000 Chalow, 1995 Maneesriwongul, Dixon, 2004.	Três tradutores independentes, sendo dois da área da saúde. Não há clareza se os objetivos da tradução foram revelados	Etapa realizada. Refere que foi construída por pesquisadores, incluindo a autora. Não especifica os outros participantes	Dois tradutores, sendo um deles bilíngue com nacionalidade inglesa e pesquisador na área de saúde mental.	Dois profissionais de saúde que possuíam experiência com família.	Não realizou essa etapa.	Realizou.

Fonte: CEPEN, 2011.

Conforme observado, as três teses adotaram o mesmo referencial metodológico: Beaton *et al.* (2000). Entretanto, em uma delas (T₃), houve a associação de mais dois referenciais teóricos: Chalow (1995); Maneesriwongul e Dixon (2004).

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

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

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

Destaca-se que na primeira etapa preconizada por Beaton *et al.* (2007) – Tradução inicial, deverão ser realizadas duas traduções independentes para a língua portuguesa. Uma por um tradutor (1) que não seja da área de saúde – este não será informado do objetivo da tradução; e outra por um segundo tradutor (2), que será um profissional de saúde com fluência

em inglês - este será informado do objetivo da tradução. As traduções deverão ser realizadas por brasileiros com fluência em inglês (idioma original da escala) (BEATON *et al.*, 2007). Nesta etapa, T₂ está em concordância com o referencial metodológico adotado, ou seja, o critério do número mínimo de tradutores (dois) e a fluência destes no idioma original (inglês) foi seguido.

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

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

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

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

Na terceira etapa preconizada por Beaton *et al.* (2000): Tradução de volta à língua de origem (*Back-translation*), o procedimento adotado consiste em envio do instrumento traduzido e sintetizado, para a sua língua oficial de origem, etapa denominada de *back-translation*. Esta deve ser executada por dois tradutores que não tenham conhecimento dos objetivos da *back-translation* com o propósito de evitar vies. Após a realização das traduções de volta à língua de origem, os instrumentos serão encaminhados ao próximo estágio.

Porém, os achados dos trabalhos analisados revelam divergência em relação ao cumprimento desses critérios, uma vez que eles foram executados de forma equivocada ou incompleta, demonstrando falta de atenção na elaboração desses estudos. Isto corrobora com os achados de outro autor, que observou uma tendência em não conduzir o processo de adaptação transcultural com o rigor metodológico necessário e exigido nesse tipo de trabalho (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

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

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

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

Sintetizando o perfil de juízes com base nos achados das teses analisadas verificou-se: profissionais com título de doutorado e com experiência prática e acadêmica na área em estudo. Entretanto, no sentido de aprimorar o processo de tradução e adaptação, sugere-se como critérios para formação desse comitê: ser profissional de saúde, ser pesquisador doutor, possuir experiência acadêmica e prática na área temática da escala, ter experiência com escalas psicométricas (incluindo utilização, criação, avaliação e validação). Ademais, sugere-se a inclusão de profissionais da área de letras, que poderão auxiliar na adaptação semântica do instrumento. Vale ressaltar, que esta é apenas uma sugestão e que requer aplicação e posterior validação dos pesquisadores interessados no assunto.

Na quinta etapa, denominada de pré-teste, observou-se que a maioria das teses (T₁ e T₂) submeteu a versão traduzida e aprovada pelo comitê de juízes a uma parcela da

população-alvo, tendo essa amostra variando de 30 a 39 sujeitos, como sugerido por Beaton e seus colaboradores. Apenas uma autora (T₃) não executou essa etapa.

Em relação a esta etapa, todos os critérios foram cumpridos adequadamente por duas das teses analisadas. O cumprimento desta etapa é relevante por oportunizar ajustes advindos de sugestões do público-alvo da escala, verificar a compreensão das questões propostas e servir para o planejamento da aplicação do instrumento final, além de analisar o tempo gasto no preenchimento da escala traduzida, o local adequado, a forma e a aceitação da abordagem.

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

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

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

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

3.2 Promoção da saúde em prol da qualidade de vida de puérperas

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá, em 1986, é considerada um marco para a promoção da saúde a nível mundial. A

partir da Carta de Ottawa a saúde passou a ser reconhecida como resultante das condições sociais e componente central do desenvolvimento humano (WHO, 1986).

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la (WHO, 1986).

Assim, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Portanto, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. Ela vai além de um foco no comportamento individual para uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais (WHO, 2001). Portanto, a promoção da saúde é definida como o processo que capacita as pessoas para atuar em prol de sua qualidade de vida.

Posteriormente, a Declaração de Alma-Ata aprofundou alguns conceitos de promoção da saúde, considerando que a promoção e a proteção da saúde da população são indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social sustentado, além de reforçar a contribuição dessa para o progresso da qualidade de vida dos sujeitos (BRASIL, 2002).

Para Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida pode ser entendida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e no sistema de valores nos quais ele vive em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHO, 1995, p. 1403-1495)

Ao analisar essa definição percebe-se que o conceito de QV é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (FLECK *et al.*, 1999; The WHOQOL Group, 1996).

A OMS afirma ainda que, a QV é multifatorial, envolvendo diversas dimensões como: saúde física, psicológica, nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral), relações sociais e meio ambiente.

Observa-se que o Brasil segue a tendência mundial, na qual a atenção à saúde tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Destaca-se, dentre as prioridades de saúde, um grande esforço na

construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2010).

No Brasil, tem crescido o interesse pelo tema QV no campo da saúde. Isto se deve às possibilidades de utilizar as informações sobre QV como indicadores importantes de saúde e doenças e a associação com práticas assistenciais diárias dos serviços de saúde (SOH; MCGINLEY; MORRIS, 2011). O desenvolvimento da QV permitirá mudanças conceituais e práticas em saúde, por meio da incorporação de aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais muitas vezes negligenciados e que poderão efetivamente contribuir para as ações multidisciplinares.

Entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, esse conceito de saúde supera o caráter estático, exclusivamente sanitário e de ausência de enfermidade. Considerar a ação dos fatores extrabiológicos no processo saúde/doença é de extrema importância, pois os fatores socioeconômicos e culturais podem ser determinantes em ambas. As estratégias de promoção da saúde voltam-se para estilos de vida e condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde e, de forma mais ampla, a qualidade de vida. Dessa forma, as ações em prol da saúde demandam a participação dos diversos setores da sociedade e seu objetivo é fazer com que, sob condições favoráveis, possa se promover a saúde (AUGUSTO *et al.*, 2011).

Existem situações ou períodos na vida dos indivíduos que são marcados por vulnerabilidades, deixando-os mais suscetíveis a sofrer influências negativas para a qualidade de vida. Dentre eles pode-se citar a fase puerperal.

O puerpério é demarcado por uma fase delicada do ciclo reprodutivo feminino. As mulheres vivenciam os primeiros dias após o parto com uma miscelânea de sentimentos, que vão da euforia pelo nascimento do filho ao medo e insegurança nos cuidados que devem dispensar ao novo ser sob sua responsabilidade (LIMA-LARA; FERNANDES, 2010).

O período puerperal é cercado por vários significados com diferentes níveis de importância para cada mulher, família e comunidade e está relacionado a questões culturais, educacionais, socioeconômicas e políticas de cada sociedade, portanto envolve vários determinantes sociais de saúde (SANTOS, 2010). As modificações, neste período, abrangem toda a conjuntura de vida da mulher, seja profissional ou pessoal, com repercussões de cunho

biológico, fisiológico e psicológico, que muitas vezes irão influenciar negativamente na qualidade de vida dessa população (MILLER; SOLAI, 2013).

Nessa fase, a mulher descobre motivos para alegrias, mas pode também experimentar momentos de insegurança, medo, conflitos e ansiedade, desconforto físico, alívio ou mesmo desenvolver um estado depressivo (LIMA LARA; FERNANDES, 2010). No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções (BRASIL, 2012).

Assim, da mesma forma que a gravidez, o pós-parto é um período especial na vida de uma mulher e merece atenção especial, visto que, na maioria das vezes, após o nascimento a atenção é focada na criança.

Portanto, frente a tais necessidades, faz-se necessário que sejam implementadas intervenções que promovam a saúde das puérperas, aumentando o conhecimento acerca das mudanças que ocorrem no puerpério e criando estratégias de promoção da saúde com abordagem dialogada, contextualizada e participativa que visem melhorar a qualidade de vida dessa população.

Conseqüentemente, deve ser amplamente divulgada, nos serviços e no estabelecimento de saúde, a necessidade de realização de uma consulta de controle pós-parto – que deve ser feita até 42 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher, visando a redução das possíveis morbidades que estão associadas ao período puerperal (BRASIL, 2012). Além de promover uma melhor assistência desde o pré-natal com o objetivo de preparar a mulher para as modificações físicas e psicológicas decorrentes da fase puerperal.

Portanto, a qualidade de vida deve ser um dos objetivos primordiais das políticas públicas que envolvem a saúde da mulher no puerpério, pois este período se caracteriza por intensas mudanças que necessitam de um cuidado holístico e diferenciado que contribua de forma significativa para o alcance da qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico. As pesquisas metodológicas abordam o desenvolvimento, a validação e a avaliação de métodos de ferramentas e de pesquisa (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 (POLIT; BECK, 2011).

Ademais, Polit e Beck (2011) completam que há uma deficiência de instrumentos para coleta de dados referentes a maioria dos conceitos que envolvem a Enfermagem.

Deste modo, a pesquisa metodológica tem como propósito às investigações de métodos de obtenção, organização e análise dos dados, elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Ressalta-se ainda, que a meta deste tipo de estudo é a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores (LOBIONDO–WOOD; HABER, 2001).

4.2 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 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).

Existem vários estudos que propõem métodos para proceder à tradução e adaptação cultural que, em sua essência, assemelham-se (SPERBER, 2004; BULLINGER *et al.*, 1998). Pasquali *et al.* (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.

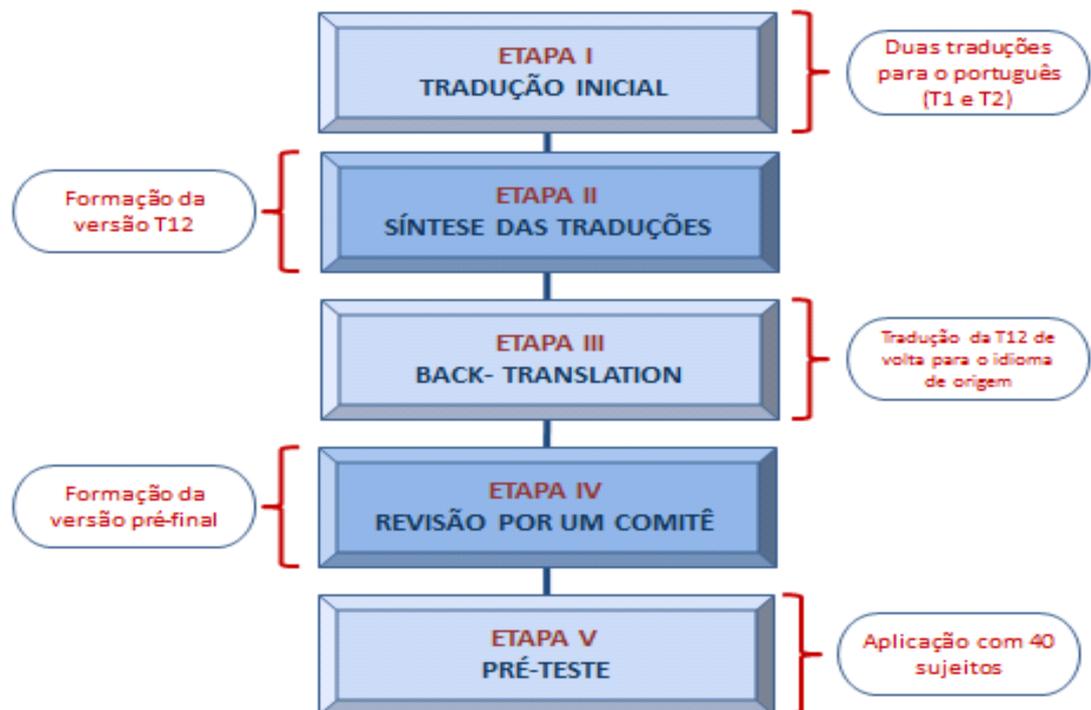
2) Retradução: Preconiza-se uma tradução de volta para o idioma original da escala com a finalidade de identificar as inconsistências ocorridas durante as traduções.

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, conforme descrito no capítulo 03 (estado da arte), optou-se por selecionar Beaton *et al.* (2007) como referencial metodológico da presente pesquisa, por ter sido considerado o método mais completo e rigoroso dentre os demais analisados.

As etapas descritas por Beaton *et al.* (2007) na figura 01 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; 6. Submissão aos autores.

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



Antes da construção desta pesquisa, o projeto saúde sexual e reprodutiva mostrou interesse em estudar o MGI e estabeleceu-se contato prévio com o autor do índice MGI, por meio de correio eletrônico, evidenciando os objetivos da presente pesquisa. O autor da

pesquisa mostrou interesse e autorizou o processo de tradução e adaptação do índice *MGI* para o idioma português e uso no contexto brasileiro, além de esclarecer os questionamentos que surgiram ao longo do desenvolvimento deste estudo (**ANEXO B**).

4.2.1 Etapa I: Tradução Inicial

A tradução direta deve ser realizada por pelo menos dois indivíduos que dominem bem o idioma original e deverão ser realizadas duas traduções independentes para a língua portuguesa (BEATON *et al.*, 2007).

Na tradução inicial do MGI optou-se por um tradutor que não era da área de saúde – este não foi informado do objetivo da tradução; e um segundo tradutor, que é um profissional de saúde com fluência em inglês - este foi informado do objetivo da tradução.

O tradutor responsável pela versão (T1) é professor de língua inglesa, de nível avançado, da Casa de Cultura Britânica da Universidade Federal do Ceará (UFC) e a tradutora que produziu a versão T2 foi uma mestranda em saúde pública também da Universidade Federal do Ceará (UFC), ou seja, com domínio na área da saúde e proficiência em inglês, tendo residido por dois anos nos Estados Unidos.

4.2.2 Etapa II: Síntese das Traduções

Nessa etapa, as versões de cada tradutor (T1e T2) serão sintetizadas e reunidas em um único instrumento final (T12). Para conclusão dessa etapa, a autora do trabalho reuniu-se com uma doutora em Enfermagem, dominante na temática de saúde sexual e reprodutiva de mulheres e proficiente na língua inglesa, com o intuito de minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras, que possam mudar o real significado das palavras (BEATON *et al.*, 2007).

4.2.3 Etapa III: Tradução de Volta ao Idioma Original (*Back-Translation*)

Nessa fase, outros dois tradutores que desconheciam a versão original do índice, realizaram nova tradução para o idioma de origem da mesma (inglês), a partir da versão T12 produzida na etapa anterior.

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

Os dois tradutores (BT1 e BT2) que participaram da etapa *back-translation* possuem nacionalidade inglesa com domínio português e residem no Reino Unido. O contato com os mesmos foi estabelecido via correio eletrônico e os mesmos não tinham conhecimentos do conteúdo original do MGI, como preconizado por Beaton *et al.* (2007).

4.2.4 Etapa IV: Revisão por um comitê de especialistas

A seleção do comitê de juízes é uma etapa determinante para obtenção da plena adaptação transcultural do índice. No presente estudo, o comitê foi composto por cinco juízes que foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Quatro juízes pesquisadores foram selecionados a partir dos critérios descritos no quadro 1 a seguir, de acordo com aspectos adaptados de Fehring (1987).
- 2) Um juiz foi selecionado por ser profissional da área da saúde com domínio linguístico do português;

Para Pasquali (1998) um número de seis juízes é recomendável para essa tarefa, porém optou-se por um número ímpar (cinco) com o intuito de evitar o empate de opiniões.

A seleção dos juízes se deu por meio da amostragem de rede, na qual os membros da amostra indicam outras pessoas que atendam aos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos (POLIT; BECK, 2011).

Ressalta-se que a inclusão de um juiz com domínio linguístico do português e enfermeiro foi de extrema importância para discussão dos itens, visto que o seu amplo conhecimento gramatical, ortográfico e de compreensão foi determinante para a formulação final das frases que compõem o MGI.

Os critérios para seleção dos pesquisadores estão de acordo com aspectos adaptados de Fehring (1987) (Quadro 3), devendo obter pontuação mínima de 5 pontos a seguir:

Quadro 3 - Critérios para seleção dos juízes especialistas de conteúdo adaptados de Fehring (1987). Fortaleza, Mai/Jul, 2012.

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

A etapa do comitê de especialistas aconteceu de forma presencial e em um grupo composto pelos juízes selecionados e a pesquisadora. A estratégia adotada foi considerada vantajosa pelos juízes, além de ser marcado pela riqueza de experiências compartilhadas entre os participantes do grupo, enaltecendo as discussões e o material produzido, ademais evitou o tempo gasto na validação de instrumentos por meio escrito ou eletrônico.

A análise do material pelo comitê de juízes teve por volta de três horas de duração. O encontro foi realizado em uma sala do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará disponibilizada para tal fim.

Cada juiz recebeu um kit (APÊNDICE C) composto por: 1) Fluxograma de tradução e adaptação transcultural 2) Carta Convite 3) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 4) Instrumento de avaliação das equivalências 5) Instrumento do perfil dos juízes e 6) todas as versões do índice (T1, T2, T12, BT1 e BT2), bem como o índice original (ANEXO A).

O papel do comitê de juízes foi de consolidar todas as versões e os componentes do questionário, incluindo o instrumento original e as versões traduzidas (T1, T2, T12, BT1 e BT2) com o propósito de desenvolver a versão pré-final para o teste de campo.

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

A equivalência semântica refere-se à equivalência do significado das palavras, a avaliação gramatical e de vocabulário; a equivalência idiomática refere-se aos coloquialismos ou expressões idiomáticas, que, geralmente, são difíceis de traduzir; a equivalência experiencial refere-se à utilização de termos coerentes com a experiência de vida da população à qual se destina o estudo e por fim a equivalência conceitual destina-se a verificar se determinadas palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhante, ou ainda se possuem a mesma importância em diferentes culturas, apesar de se equivalerem semanticamente.

Durante a reunião, a pesquisadora realizou a leitura das etapas que compõem o MGI, caso um dos juízes concordasse parcialmente ou discordasse o item era discutido com o comitê até formar-se um consenso entre os membros. Destaca-se que se tivesse sido adotado como critérios para discussão do item, a discordância de três ou mais juízes, praticamente nenhum item seria modificado, demonstrando a importância dessa metodologia adotada para a construção de um instrumento adaptado e confiável.

Após a aprovação da versão final pelos membros do comitê, a pesquisadora acatou todas as considerações feitas pelos juízes e assim formou-se a versão pré-final.

4.2.5 Etapa V: Pré-Teste

O estágio final da tradução e adaptação transcultural foi o pré-teste, que possui como finalidade verificar a adaptação do índice traduzido. O pré-teste foi utilizado com uma população de 30 mulheres, segundo recomendações de Beaton *et al.* (2007).

Cada puérpera respondeu ao índice e foi verificada a compreensão do instrumento por parte do público-alvo. Isso garantiu que a versão adaptada manteve sua equivalência em uma situação de aplicação.

Em relação ao tempo aplicação do índice, observou-se que variou entre 10 e 16 minutos. A maioria das participantes considerou o índice de fácil compreensão, entretanto a etapa 3 do índice, demandou a maior tempo. Deste modo, a pesquisadora criou a estratégia de levar 20 grãos de feijão para simbolizar a pontuação do passo três do MGI.

Optou-se por escolher os grãos de feijão por ser um alimento regional e do cotidiano da referida população, o que favoreceu a redução no tempo aplicação do índice. As

mulheres foram estimuladas a distribuir os feijões nas áreas que considerassem mais importantes para sua qualidade de vida.

Deve-se enfatizar que, embora nesta fase sejam fornecidas algumas considerações úteis sobre como o sujeito interpreta os itens do questionário, não se trata da validação do índice (BEATON *et al.*, 2007).

4.3 Validação do índice

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

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

No presente estudo, a validade de critério não pode ser realizada pela ausência de um instrumento que seja padrão ouro para verificar a qualidade de vida em puérperas, além disso, a validade de construto também não pode ser analisada, pois o instrumento não contém questões fechadas ou afirmações pré-concebidas, o que impossibilitou a verificação da análise fatorial.

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

A validação de aparência ou de face trata-se de uma forma subjetiva de validar um instrumento/estratégia, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão, entretanto, não deve ser utilizada de forma isolada (WILLIAMSON, 1981). A validação aparente indica se o instrumento parece estar medindo o construto apropriado, especialmente de acordo com aqueles que vão utilizar o instrumento (POLIT; BECK, 2011).

Na validação de conteúdo, foi verificado se os conceitos estavam representados adequadamente e se conseguiram abordar todo o domínio do conteúdo o qual o instrumento se propunha por meio de juízes especialistas (POLIT; BECK, 2011).

Para proceder a validação de conteúdo, formou-se um comitê com sete juízes diferentes daqueles que participaram da fase IV de tradução e adaptação transcultural. Os juízes foram selecionadas de acordo com os critérios de Fehring (Quadro 3) e receberam, via correio eletrônico, uma carta convite para participar do estudo, um termo de consentimento livre esclarecido, a versão adaptada para o português do índice e um instrumento para avaliação.

4.4. Cenário da pesquisa

A etapa V da adaptação transcultural e a validação do estudo foram realizadas em uma maternidade da rede pública da cidade de Fortaleza-CE. Tal instituição classifica-se como terciária e é considerada referência estadual no atendimento materno-infantil, uma vez que oferece à população o serviço de banco de leite; consultas ambulatoriais de pré-natal, infertilidade, ginecologia, puerpério e puericultura; atendimento de emergência em obstetria e ginecologia; acompanhamento clínico (internação) e cirúrgico, além da realização de exames diagnósticos e terapêuticos. Neste ambiente também existem consultórios ginecológicos onde as mulheres são atendidas para a consulta de revisão de parto.

Dentre as unidades que compõe tal complexo hospitalar, situa-se a unidade de internamento. Trata-se da enfermaria destinada para pacientes no pós-parto, que responde por um total de 32 leitos.

É válido ressaltar que tal instituição abriga atividades de estágio e pesquisa de diversos estudantes e profissionais da saúde, tanto em nível de graduação, como especialização, mestrado e doutorado, constituindo-se em um centro de formação acadêmica e divulgação científica.

4.5 População e amostra

A população da fase de validação de conteúdo foi composta por sete enfermeiros, 06 mestres e 01 doutora em Enfermagem com domínio do conteúdo e conhecimento em pesquisa metodológica.

A população da fase de validação clínica foi constituída por mulheres, em torno da sexta semana de puerpério, conforme outros estudos que utilizaram o índice (SYMON; MCGREAVEY; PICKEN, 2003; SYMON; MACKAY; RUTA, 2003).

A amostra da fase de validação clínica do estudo foi calculada segundo o proposto por Kass e Tinley (1979) que recomendam um número de 5 a 10 participantes por variável. Deste modo, adotou-se as oito áreas mencionadas na etapa 1 como variáveis, assim o estudo precisaria de um mínimo de 40 mulheres, entretanto a pesquisa foi composta por 91 mulheres, selecionadas aleatoriamente, o que equivale a uma proporção de 11,3 sujeitos por item, logo superando o número de participantes sugerido Kass e Tinley (1979).

Como critério de inclusão definiu-se: mães de recém-nascidos atermos sem intercorrências durante a hospitalização. Os critérios de descontinuidade foram: a desistência de participar da pesquisa após início da coleta de dados.

4.6 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e por duas bolsistas, integrantes do projeto saúde sexual e reprodutiva, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, que foram treinadas criteriosamente para posterior aplicação do instrumento.

O período da coleta de dados aconteceu durante os meses de maio, junho, julho e agosto de 2012. Os dados foram coletados em dois momentos: primeiro de posse da autorização da diretoria da maternidade, foi realizada uma revisão nos prontuários das parturientes com mais de 30 dias de pós-parto, com o intuito de explorar dados pessoais, fase do puerpério e endereço das mesmas para possível entrevista; no segundo momento, a partir dos dados coletados, foram entrevistadas as puérperas por meio de visita domiciliar. As entrevistas foram realizadas individualmente e tinham duração de 20 minutos.

Durante a coleta de dados, as participantes responderam um formulário contendo questões sociodemográficas, obstétricas e clínicas (APÊNDICE A) e a versão em português do MGI (APÊNDICE B).

4.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram apresentados por meio de quadros e tabelas e posteriormente analisados à luz da literatura pertinente sobre o assunto.

Os dados sociodemográficos e concernentes à história obstétrica, bem como os dados referentes à aplicação do MGI foram compilados e analisados por meio do programa

estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0, e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

O SPSS 19.0 é um programa estatístico que aborda todo o processo analítico, desde o planejamento da coleta de dados para relatórios, a compilação, a análise e a implantação. Com mais de uma dúzia de módulos totalmente integrados pode-se utilizar os recursos especializados para favorecer melhores análises estatísticas (IBM, 2012).

Depois da compilação dos dados, procedeu-se a análise descritiva simples, a partir da verificação de frequências relativas, absolutas, medianas e desvios-padrão para as variáveis numéricas (faixa etária, anos de estudo, naturalidade, estado civil, ocupação atual, remuneração, renda familiar, renda *per capita*, religião e raça). Observou-se que as variáveis que não seguiram uma distribuição normal, conforme verificado a partir da utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov, não foi adequada à utilização de médias.

Em todos os testes empregados, definiu-se um nível de significância de 0,05.

4.8 Considerações éticas

Conforme o preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil, em concordância com a Resolução nº196/96, que assegura o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e aprovado mediante o parecer nº 086/11(CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003) (ANEXO C).

Todos os participantes, incluindo puérperas e juízes, foram informados sobre os objetivos do estudo e após leitura em conjunto com a pesquisadora, o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado mediante a concordância dos participantes, dando-lhes a garantia de sigilo e privacidade, bem como a liberdade de recusar o consentimento sem qualquer tipo de penalização (APÊNDICE E).

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

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Adaptação transcultural e validação do MGI

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

O quadro abaixo reúne a versão original e as duas versões traduzidas de forma independente por dois tradutores.

Quadro 4 - Descrição da Etapa I – Tradução Inicial

VERSÃO ORIGINAL		VERSÃO TRADUZIDA 1 (T1)		VERSÃO TRADUZIDA 2(T2)	
MOTHER GENERATED INDEX- A QUALITY OF LIFE ASSESSMENT		O ÍNDICE GERADO PELA MÃE - UMA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA		ÍNDICE GERADOR DE MÃE -AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	
STEP 1 IDENTIFYING AREAS		PASSO 1 IDENTIFICAR ÁREAS		PASSO 1 IDENTIFICAÇÃO DE ÁREAS	
We would like you to think of the most important areas of your life that have been affected by having a baby. These can be Positive or Negative . Please write up to eight areas in the boxes below, and indicate if you think the area is positive, negative or neither of these		Gostariamos que você pensasse nas áreas mais importantes de sua vida que foram afetadas ao ter um bebê. Podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS . Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.		Gostariamos que você pensasse em áreas de extrema importância da sua vida que foram afetados com o nascimento do bebê. Estes podem ser POSITIVOS ou NEGATIVOS . Escreva até oito áreas nos quadros abaixo e indique se esta é positiva, negativa ou nenhuma.	
Examples other mothers have given are	Please circle whether you think this point is positive, negative or neither	Exemplos dados por outras mães:	Por favor, circule se você acha que esse ponto é positivo, negativo, ou nenhum.	Exemplos que outras mães deram:	Por favor, circule se você considera este ponto positivo, negativo ou nenhum.
<ul style="list-style-type: none"> • How they feel about themselves • How they feel about their babies • How their feel about their relationship with their partners or other family members • Physical or emotional issues (good or bad) • How they feel about going back to work 		<ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a elas mesmas. • Como elas se sentem em relação a seus bebês. • Como elas se sentem sobre seus relacionamentos com seus parceiros ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou maus). • Como elas se sentem em relação ao voltar ao trabalho. 		<ul style="list-style-type: none"> • Como sentem sobre si • Como sentem sobre o bebê • Como se sentem com seu relacionamento conjugal ou familiar • Questões emocionais e físicas (bom ou ruim) • Como se sentem ao voltar ao trabalho • Como se sentem sobre sua 	

VERSÃO ORIGINAL	VERSÃO TRADUZIDA 1 (T1)	VERSÃO TRADUZIDA 2 (T2)
<p>STEP 2 – SCORING EACH AREA</p> <p>Now please score the areas you mentioned in step 1. This score should reflect how you have been affected by this area over the past MONTH.</p> <p>Please place a cross along the line in each case: 0 is the worst- you couldn't feel any worse than this 10 is the best- you couldn't feel any better than this</p> <p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>PASSO 02 - PONTUAR CADA ÁREA</p> <p>Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você mencionou no Passo 01. Essa nota deve refletir como você foi afetada por essa área no MÊS passado.</p> <p>Por favor, coloque um "X" na linha em cada caso:</p> <p>0 é o pior – você não poderia se sentir pior que isso. 10 é o melhor – você não poderia se sentir melhor que isso.</p> <p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>PASSO 2 – PONTUAÇÃO DE CADA ÁREA</p> <p>Por favor, agora pontue as áreas que você mencionou no passo 1. A pontuação deve indicar como você tem se sentido no último mês sobre a área citada.</p> <p>Por favor, marcar com X a sua pontuação: 0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso 10 é a melhor – você não poderia estar se sentindo melhor</p> <p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Best</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>VERSÃO ORIGINAL</p>	<p>VERSÃO TRADUZIDA 1 (T1)</p>	<p>VERSÃO TRADUZIDA 2(T2)</p>
<p>STEP 3 – ALLOCATING POINTS</p> <p>Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to areas you think are most important. Write points in the boxes below</p>	<p>PASSO 03 - DISTRIBUIR OS PONTOS</p> <p>Por favor, pense em quão importante são essas áreas para sua Qualidade de Vida. Você tem 20 pontos para distribuir. Você não tem que distribuir pontos para um item se você não quiser. Dê mais pontos para áreas que você achar mais importantes. Escreva os pontos nos quadros abaixo.</p>	<p>PASSO 3 – ATRIBUINDO OS PONTOS</p> <p>Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida. Você tem 20 pontos para atribuir. A atribuição de pontos não é obrigatória. Atribua mais pontos a áreas que você considera mais importantes. Escreva os pontos nos quadros</p>

		abaixo.
--	--	---------

Comparando as traduções T1 e T2, observaram-se semelhanças entre as duas versões. Entretanto, considerou-se a versão criada por T1, mais compreensível. Acredita-se que pelo fato do tradutor que criou a versão T1 ser formado em letras, facilitou a construção semântica das frases em português. Assim, percebe-se a importância desta etapa ter sido realizada por dois profissionais, um da área de letras português – inglês e outro da área da saúde, pois aplica conceitos que enriquecem a formação da versão T12.

A etapa da retradução (Quadro 5) foi realizada com o objetivo de verificar se a versão traduzida reflete o mesmo conteúdo da versão original. Após análise, constatou-se que as versões BT1 e BT2 não apresentaram grandes divergências comparando com a versão original. As versões BT1 e BT2 também auxiliaram os juízes na etapa do comitê de juízes, quando alguma dúvida incitavam as discussões.

Quadro 5 - Descrição da Etapa III – Retradução (Back-translation).

BT1	BT2	VERSÃO ORIGINAL
Index generated by the mother. An evaluation of quality of life	Index generated by the mother. An evaluation of quality of life	Mother Generated Index- Quality Of Life Assesment
Step 1 –Identify areas	Step 1- Identify the areas	Step 1-Identifying areas
We would like you to think on the most important areas of your life that were affected by the birth of the baby. These can be POSITIVE or NEGATIVE. Please, write up to a maximum of EIGHT areas in the tables below, and indicate whether you think the area is positive, negative, or neither.	We would like you to think about the most important areas of your life that were most affected with the birth of the baby. These can be POSITIVE or NEGATIVE. Please write to a maximum of EIGHT areas in the tables below and indicate whether you think the area is positive, negative, or neither.	We would like you to think of the most important areas of your life that have been affected by having a baby. These can be Positive or Negative. Please write up to eight areas in the boxes below, and indicate if you think the area is positive, negative or neither of these

<p>mentioned in Step 01. This statement should reflect how you were affected by those areas in the past MONTH. Please indicate with X your score: -0 is the worst - you could not feel worse about it -10 is the best - you could not be feeling better about it</p> <p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>mentioned in Step 01. This statement should reflect how you were affected by those areas in the past MONTH. Please indicate with X your score: -0 is the worst - you could not feel worse about it -10 is the best - you could not be feeling better about it</p> <p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>mentioned in step 1. This score should reflect how you have been affected by this area over the past MONTH. Please place a cross along the line in each case: 0 is the worst- you couldn't feel any worse than this 10 is the best- you couldn't feel any better than this</p> <p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Better</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Worst Best</p> <p>_____</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>BT1</p>	<p>BT2</p>	<p>VERSÃO ORIGINAL</p>
<p>Step 3- Distribute the points Please think how much these areas are important to your life quality. You have 20 points to distribute. You can leave an item without points if you want. Give more points to the areas you consider most important. Write the points on the boxes below</p>	<p>Step 3- Distribute the points Please think about how those areas are important to their quality of your life. You have 20 points to distribute. You do not have to distribute points for an item if you do not want. Give more points to areas you find most important. Write the points in the tables below.</p>	<p>Step 3 – Allocating Points Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to areas you think are most important. Write points in the boxes below.</p>

Na etapa da retradução são verificados possíveis erros ou incoerências entre as traduções. Observa-se que a concordância entre a retradução e a versão original, por si só, não garantem o êxito do processo, asseguram apenas a consistência da tradução. Portanto, essa etapa demonstra as evidências grosseiras ou erros conceituais do processo de tradução.

O quadro 6 traz a descrição da etapa IV do comitê de juízes. Ressalta-se que essa é uma das etapas principais do processo de adaptação transcultural, na qual são analisadas as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual,

Segue abaixo o quadro contendo a versão original, a versão T12 e a versão pré-final do MGI após as modificações realizadas pelo comitê de juízes:

Quadro 6 - Descrição da Etapa IV – Comitê de Juízes.

VERSÃO ORIGINAL (EM INGLÊS)		VERSÃO T12		VERSÃO PRÉ-FINAL	
MOTHER GENERATED INDEX- A QUALITY OF LIFE ASSESSMENT STEP 1 IDENTIFYING AREAS		ÍNDICE GERADO PELA MÃE- UMA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PASSO 1 IDENTIFICAR ÁREAS		ÍNDICE GERADO PELA MÃE- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PASSO 1 IDENTIFICAR ÁREAS	
We would like you to think of the most important areas of your life that have been affected by having a baby. These can be Positive or Negative . Please write up to eight areas in the boxes below, and indicate if you think the area is positive, negative or neither of these		Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.		Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.	
Examples other mothers have given are <ul style="list-style-type: none"> • How they feel about themselves • How they feel about their babies • How their feel about their relationship with their partners or other family members • Physical or emotional issues (good or bad) • How they feel about going back to work • How they feel about social life <i>These are only</i>	Please circle whether you think this point is positive, negative or neither	Exemplos dados por outras mães: <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a elas mesmas. • Como elas se sentem em relação a seus bebês. • Como elas se sentem sobre seus relacionamentos com seus parceiros ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou maus). • Como elas se sentem em relação ao voltar ao trabalho. • Como elas se sentem em relação à sua vida 	Por favor, circule se você acha que esse ponto é positivo, negativo, ou Nenhum.	Exemplos dados por outras mães: <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a si mesma. • Como elas se sentem em relação aos seus bebês. • Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins). • Como elas se sentem em relação em relação à volta ao trabalho. • Como elas se sentem em 	Por favor, indique se você acha que esse ponto é positivo, negativo ou Nenhum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Worst Best	Pior Melhor	Pior Melhor
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Worst Best	Pior Melhor	Pior Melhor
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Worst Best	Pior Melhor	Pior Melhor
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Worst Best	Pior Melhor	Pior Melhor
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
VERSÃO ORIGINAL (EM INGLÊS)	VERSÃO T12	VERSÃO PRÉ-FINAL
STEP 3 – ALLOCATING POINTS Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to areas you think are most important. Write points in the boxes below.	PASSO 03 - DISTRIBUIR OS PONTOS Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida. Você tem 20 pontos para distribuir. Você não tem que distribuir pontos para um item se você não quiser. Dê mais pontos para áreas que você achar mais importantes. Escreva os pontos nos quadros abaixo.	PASSO 3- DISTRIBUIR OS PONTOS ENTRE AS ÁREAS Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida. Você tem 20 pontos para distribuir. Você não precisa distribuir pontos para a que não quiser. Dê mais pontos para as áreas que você achar mais importante. Indique os pontos nos quadros.

A versão T12 sofreu algumas mudanças após a avaliação pelo comitê de juízes, principalmente relacionada à equivalência semântica. A presença do especialista com domínio linguístico no português foi essencial para ajustar erros gramaticais e de ortografia.

Ao final da avaliação pelo comitê de juízes, formou-se a versão pré-final do índice, que foi aplicada na fase do pré-teste junto às puérperas. Nessa etapa, a pesquisadora se reuniu com um grupo de 30 puérperas e aplicou a versão pré-final do MGI.

A idade entre as puérperas variou entre 14 e 38 anos (M= 22,3; DP: 6,8); 21(70%) eram casadas ou estavam em união estável; acerca da escolaridade, 06 (20%) possuíam 09 anos ou mais de estudo; quanto ao tipo de parto, 18(60%) tinham realizado parto cesárea. Todas as mulheres relataram ter compreendido todas as assertivas, não sendo necessário, portanto, nenhuma modificação na versão pré-final.

A etapa subsequente ao pré-teste foi a fase de validação de conteúdo. Ressalta-se que para a validação de conteúdo é imperativo que os juízes sejam *experts* na área de interesse do estudo, possibilitando a verificação da representatividade do conteúdo do construto.

As assertivas foram analisadas a partir de um instrumento pré-formulado (APÊNDICE D) que avaliou a compreensão, o grau de relevância e a sua importância no índice para avaliar a qualidade de vida. A avaliação do grau de relevância foi realizada usando uma escala que varia de 1 a 4 pontos (1. Irrelevante, 2. Pouco relevante, 3. Realmente relevante, 4. Muito relevante) e foi a base para o cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC).

Os dados obtidos a partir do registro no instrumento de validação de conteúdo dos *experts*, foram compilados no programa *Excel 7.0*. Considerou-se o critério de pertinência das assertivas de concordância em pelo menos 80% dos juízes, conforme orienta Pasquali (2010).

O IVC foi calculado a partir da média dos índices de validação de conteúdo para todas as assertivas do índice (S-CVI/Ave), proporção de assertivas que atingiu escores 3-relevante - e 4- muito relevante - por todos os especialistas (S-CVI/UA) e validade de conteúdo dos itens individuais (I-CVI) (POLIT; BECK, 2006).

No quadro 7 estão dispostas as assertivas que os *experts* avaliaram.

Quadro 7- Índice de validação de conteúdo das assertivas do MGI- Versão Brasileira

Assertiva	Item IVC
1) Passo 1-Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.	1
2) Como elas se sentem em relação a si mesma.	0,85
3) Como elas se sentem em relação aos seus bebês	0,85
4) Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família.	0,85
5) Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins).	0,85
6) Como elas se sentem em relação em relação à volta ao trabalho.	0,85
7) Como elas se sentem em relação a sua vida social.	0,85
8) Por favor, indique se você acha que esse ponto é positivo, negativo ou nenhum.	1
9) Passo 2-Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você indicou no Passo 01. Essa nota deve refletir como você tem se sentido nessa área no mês passado. Por favor, indique uma nota de 0 a 10 para cada área 0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso 10 é a melhor - você não poderia se sentir melhor em relação a isso Pior Melhor	1
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10) Passo 3- Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida. Você tem 20 pontos para distribuir.	1

<p>Você não precisa distribuir pontos para a área que não quiser. Dê mais pontos para as áreas que você achar mais importante. Indique os pontos nos quadros.</p>	
---	--

As assertivas foram analisadas e 85,7% dos juízes considerou que 100% das assertivas são compreensíveis. Apenas uma juíza avaliou todos os exemplos como desnecessários, por considerar que a exposição de exemplos pode induzir as respostas das puérperas, no passo 1 do índice.

O IVC do MGI (versão brasileira) foi 0,90 indicando, assim, um bom nível de concordância entre os especialistas.

5.2 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas

A fim de descrever e analisar as características sociodemográficas das puérperas envolvidas na aplicação da MGI – versão brasileira- foram utilizadas as variáveis: idade, anos de estudo, naturalidade, estado civil, ocupação atual, remuneração, religião, raça, renda familiar e renda per capita, conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição no número de puérperas segundo características sociodemográficas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

	N	%	Mediana (Desvio Padrão)
Faixa etária			
15-19	15	16,5	
20-29	46	50,5	26 (± 6,37)
30-42	30	33,0	
Anos de estudo			
0- 9	70	76,9	
10 ou mais	21	23,1	12 (±2,52)
Naturalidade			
Fortaleza	67	73,6	
Demais cidades cearenses	24	26,4	
Estado Civil			
Casada/união consensual	72	79,1	
Solteira	16	17,6	
Divorciada	1	1,1	
Viúva	2	2,2	
Ocupação Atual			
Do lar	44	48,4	
Estudante	7	7,7	
Costureira	6	6,6	

Outros	34	37,3	
Remuneração			
Com remuneração	40	44,0	
Sem remuneração	51	56,0	
Renda Familiar em Salário Mínimo*			650 (±910,1)
≤ 01 salário	44	48,4	
> mais de 01 salário	47	51,6	
Renda per capita*			
≤ R\$ 207,00	48	52,7	
> R\$ 207,00	39	42,9	
Religião			
Católica	62	68,1	
Evangélica	21	23,1	
Espírita	1	1,1	
Sem religião	6	6,6	
Raça			
Branca	20	22,0	
Não branca	71	78,0	

* Valor de 1/3 do salário mínimo vigente (R\$ 622,00).

A idade das mulheres obteve a mínima de 15 e a máxima de 42 anos com a mediana de 26 anos e intervalo interquartil 6,37 anos. A faixa etária predominante foi o intervalo entre 20-29 anos com 46 (50,5%) mulheres.

Referente aos anos de estudo, 70 (76,9%) puérperas relataram ter menos de 09 anos. O máximo encontrado na amostra foi referente a 16 anos de estudo. Quanto à naturalidade, 67(73,6%) das mulheres nasceram em Fortaleza. Acerca do estado civil, 72 (79,1%) mulheres são casadas ou estão em união estável.

Já no que concerne à ocupação atual, quase metade da amostra 44 (48,4%) exerciam afazeres domésticos. Portanto, confirma o achado referente à remuneração, visto que 51 (56%) não possuem salário. Acerca da renda familiar, 44 (48,4%) vivem com menos de um salário mínimo. A renda *per capita* de 48 (52,7%) não alcança sequer um terço do salário mínimo (R\$ 207,00).

Quase a totalidade da amostra 82 (92,3%) possui religião. Acerca da raça 68 (64,7%) referiu ser parda.

Os dados referentes à história obstétrica são descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição no número de puérperas segundo características obstétricas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	N	%
Gestações		
1	35	38,5
2	24	26,4
3 a 10	32	35,2
Partos		
1	40	44,0
2	29	31,9
3 a 7	22	24,2
Abortos		
Nenhum aborto	68	74,7
1 a 3 abortos	23	25,3
Tipo do último parto		
Normal	35	38,5
Cesárea	54	59,3
Fórceps	2	2,2

A mediana do número de gestações foi de 2,0 (IQ \pm 2,16), sendo 1, o número mínimo e 10, o máximo de gestações entre as mulheres. Ao analisar os dados, observa-se que 32 (35,2%) engravidaram três ou mais vezes.

Quanto aos partos vivenciados, 51(56,1%) tiveram 2 ou mais partos, destes 35 (38,5%) foram partos normais e 54 (59,3%) partos cesarianos.

A análise dos abortos ocorridos entre a população mostrou que 23 (25,3%) mulheres tiveram pelo menos um aborto.

5.3 Aplicação da MGI: áreas afetadas na qualidade de vida de puérperas

As respostas da etapa 01 do índice resultaram em 30 áreas diferentes: alimentação; alteração de peso; amamentação; autoestima; cansaço; dor na cirurgia; estresse; felicidade; humor; lazer; mais responsabilidade; mais sensibilidade; relacionamento com a família; menos tempo para si mesma; menos tempo com outro filho; menos tempo para

faculdade; mudança de rotina; não ter animais; não poder fazer compras; perda da independência; problema financeiro; problema físico; realização pessoal; relação com parceiro; saúde da criança; sexualidade; sono; trabalho; trabalho em casa; vida social.

De acordo com as pontuações atribuídas às áreas citadas foi calculada a média dos escores primários (média das pontuações de 0 a 10 atribuídas no passo 1) do MGI obtendo o valor de 5,24. Em meio aos comentários feitos, 33,8% (239/707) foram positivos; 60% (425/707) foram negativas, e 6% (43/707) foram ambos / nenhum.

A média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 8,76 (IC 95%: 8,55-8,98); dos comentários negativos foi de 3,23 (IC 95%: 3,07-3,40), e daqueles que foram rotulados de "ambos / nenhum" foi 5,67 (IC 95%: 5,22-6,13).

Após a análise inicial do MGI, procedeu-se a análise da qualidade de vida segundo as oito áreas mais citadas pelas mulheres.

A Tabela 3 mostra a distribuição das oito áreas mais prevalentes, conforme categorização positiva, negativa ou ambos/nenhum, além de mostrar a média de escores atribuídos para cada uma delas.

Tabela 3- Distribuição da pontuação das áreas mais afetadas na qualidade de vida de puérperas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

ÁREA	PONTUAÇÃO							
	Total		Positiva		Negativa		Ambos/Nenhum	
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Alteração do peso	48	5,00(2,80)	17	7,76(2,51)	28	3,25(1,37)	3	5,67(0,57)
Menos tempo para	40	4,45(1,93)	4	8,75(0,95)	33	3,82(1,26)	3	5,67(0,57)
Relação com	62	8,11(2,85)	52	9,25(0,96)	9	2,00(1,87)	1	4,00
parceiro								
Sono	44	3,16(2,15)	1	8,00	41	2,85(1,89)	2	7,00(0,00)
Lazer	51	4,53(2,37)	13	6,85(2,37)	31	3,45(1,50)	7	5,00(2,58)
Cansaço	54	3,69(1,43)	1	2,00	51	3,67(1,43)	2	5,00(0,00)
Mais	67	8,84(1,38)	64	8,91(1,30)	1	10,0	2	6,00(1,41)
responsabilidade								
Trabalho	48	3,85(2,72)	6	8,33(2,87)	41	3,10(1,90)	1	8,00

Dentre as oito áreas mencionadas, observou-se que 06 foram consideradas, principalmente, como negativas, conforme mostram os percentuais: alteração do peso (58%); menos tempo para si (82,5%); sono (93,1%); lazer (90,7%); cansaço (94,4%) e trabalho (85,4%). Assim, observa-se que essas são áreas que necessitam de uma atenção especial em saúde.

Em meio às áreas mais citadas, observou-se que mais responsabilidade apresentou a maior média de pontuação total (8,84). Outra área com pontuação alta foi relacionamento com o parceiro (8,11). O sono foi uma das áreas com pontuação mais baixa (3,86).

Na tabela 04 são evidenciadas as áreas alteração do peso, cansaço e sono.

Tabela 4- Distribuição das áreas afetadas: alteração do peso, cansaço e sono, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012

	Alteração do peso		Cansaço		Sono	
	N	Média(DP)	N	Média(DP)	N	Média(DP)
Idade						
15-19	12	3,08 (1,07)	7	4,14 (1,67)	4	3,25 (1,25)
20-29	24	5,71 (5,00)	26	3,85 (1,19)	24	3,21 (2,14)
30-42	12	5,50 (2,30)	22	3,27 (1,60)	16	3,06 (2,43)
Estado Civil						
Com companheiro	43	5,00 (2,82)	41	3,95 (1,13)	32	3,16 (2,11)
Sem companheiro	5	5,00 (3,00)	14	2,79 (1,88)	12	3,17 (2,36)
Escolaridade						
≤ 9	39	5,03 (2,77)	39	3,72 (1,39)	37	3,16 (2,15)
>9	9	4,89 (3,10)	16	3,50 (1,59)	7	3,14 (2,54)
Renda Per Capita*						
≤R\$ 207,00	22	4,73 (2,27)	32	3,66 (1,51)	26	3,04 (2,18)
>R\$ 207,00	24	5,46 (3,24)	21	3,71 (1,41)	16	3,56 (2,12)
Raça						
Branca	13	5,77 (3,19)	11	4,00 (1,00)	9	3,22 (1,92)
Não-Branca	35	4,71 (2,64)	44	3,57 (1,53)	35	3,14 (2,23)
Religião						
Com religião	46	4,96 (2,78)	51	3,67 (1,42)	40	3,05 (2,14)
Sem religião	2	6,00 (4,24)	4	3,50 (1,91)	4	4,25 (2,21)

* Valor de 1/3 do salário mínimo vigente (R\$ 622,00).

A área *alteração do peso* foi citada por 48 mulheres que ganharam ou perderam peso no período puerperal. Como podem ser analisadas, as pontuações mais baixas foram

citadas por mulheres de 15 a 19 anos (3,08); com mais de nove anos de estudo (3,72), baixa renda *per capita* (4,73) e de cor não branca (4,71).

A área *cansaço* mostrou menores índices de pontuação na faixa etária de 30 a 42 anos (3,27); entre mulheres sem companheiro (2,79); baixas escolaridade (3,72) e renda (3,66); raça não branca (3,57) e sem religião (3,50).

A área do *sono* foi uma das mais citadas entre as mulheres e está relacionada à alteração do padrão de sono após o nascimento do bebê, além de ser uma das áreas com pontuações mais baixas. Ao relacioná-la com os dados sociodemográficos algumas categorias apresentaram pontuações inferiores as demais como: faixa etária de 30 a 42 anos (3,06); baixa renda (3,04); raça não branca (3,14) e mulheres com religião (3,05).

Na Tabela 5 são mostradas as áreas *menos tempo para si, relacionamento com parceiro e mais responsabilidade*. Este foi formado por áreas de aspectos mais subjetivos para a qualidade de vida das mulheres.

Tabela 5- Distribuição das áreas menos tempo para si, relacionamento com parceiro e mais responsabilidade, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

	Menos tempo para si		Relação com parceiro		Mais Responsabilidade	
	N	Média(DP)	N	Média(DP)	N	Média(DP)
Idade						
15-19	7	2,29 (1,79)	12	7,92 (3,26)	10	8,60 (1,26)
20-29	19	2,00 (1,89)	29	8,17 (2,68)	37	9,05 (1,24)
30-42	14	1,14 (1,70)	21	8,14 (2,97)	20	8,55 (1,66)
Estado Civil						
Com companheiro	31	1,76 (1,78)	53	8,42 (2,49)	50	8,72 (1,45)
Sem companheiro	9	1,78 (2,10)	9	6,33 (4,10)	17	9,18 (1,13)
Escolaridade						
≤9	32	1,65 (1,80)	48	8,19 (2,63)	52	8,79 (1,46)
>9	8	2,25 (1,98)	14	7,86 (3,50)	15	9,00 (1,13)
Renda Per Capita*						
≤R\$ 207,00	24	1,35 (1,62)	34	8,47 (2,68)	35	9,20 (1,27)
>R\$ 207,00	16	2,44 (1,99)	26	7,81 (2,89)	20	8,48 (1,45)
Raça						

Branca	10	1,30 (1,63)	14	8,29 (2,78)	15	9,13 (1,06)
Não-branca	32	1,91 (1,89)	48	8,06 (2,89)	52	8,75 (1,46)
Religião						
Com religião	40	1,83 (1,85)	57	8,37 (2,61)	63	8,83 (1,40)
Sem religião	2	0,50 (0,70)	5	5,20 (4,08)	4	9,00 (1,15)

* Valor de 1/3 do salário mínimo vigente (R\$ 622,00).

Referente à área *menos tempo para si*, a maioria das mulheres apresentou pontuações baixíssimas, dentre as categorias com pontuações menores estão: puérperas de 20 a 29 anos (2,00), baixa escolaridade (1,65) e renda (1,35); e raça branca (1,30). Quanto ao estado civil, mulheres com companheiro (1,76) e sem companheiro (1,78) mostraram pontuações semelhantes.

A área *relacionamento com parceiro* foi considerada positiva para a qualidade de vida das mulheres, apresentando assim pontuações elevadas.

Evidenciaram melhores pontuações para área *mais responsabilidade*: puérperas entre 20 e 29 anos (9,05), sem parceiro (9,18) e mais de nove anos de estudo (9,0). Esta também foi uma área positiva para a qualidade de vida das puérperas, pois muitas consideraram que a responsabilidade aumentou após o nascimento do bebê, influenciando positivamente em outros setores da vida. Entre as mulheres sem parceiro, a pontuação atribuída foi ainda maior, pois as mulheres tomam para si a responsabilidade do pai da criança.

A análise das áreas lazer e trabalho foi exposta na tabela 06.

Tabela 6- Distribuição das áreas lazer e trabalho, segundo variáveis sociodemográficas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

	Lazer		Trabalho	
	N	Média(DP)	N	Média(DP)
Idade				
15-19	9	5,56 (2,12)	7	3,00 (1,15)
20-29	27	4,52 (2,13)	23	4,48 (2,90)
30-42	15	3,93 (2,84)	18	3,39 (2,831)
Estado Civil				
Com companheiro	40	4,34 (2,37)	35	3,97 (2,73)
Sem companheiro	11	5,18 (2,40)	13	3,54 (2,75)
Escolaridade				
≤ 9	40	4,33 (2,08)	35	3,77 (2,39)

> 9	11	5,27 (3,25)	13	4,08 (3,57)
Renda Per Capita*				
≤R\$ 207,00	26	4,54 (2,28)	27	3,48 (2,63)
>R\$ 207,00	24	4,58 (2,55)	18	4,67 (2,91)
Raça				
Branca	11	4,82 (0,98)	13	3,38 (2,25)
Não-branca	40	4,45 (2,64)	35	4,03 (2,88)
Religião				
Com religião	50	4,56 (2,39)	45	3,96 (2,73)
Sem religião	1	3,00 (-)	3	2,33 (2,51)

* Valor de 1/3 do salário mínimo vigente (R\$ 622,00).

No concernente ao *lazer*, verificou-se que as mulheres com companheiro (4,34), na faixa etária de 30 a 42 anos (3,93), com baixa escolaridade (4,33), raça não branca (4,45) e sem religião (3,0), mostraram menores pontuações que as demais.

Acerca da área *trabalho* foram demonstradas baixas pontuações entre: puérperas de 15 a 19 anos (3,00), sem companheiro (3,54), com menos de nove anos de estudo (3,77), baixa renda (3,48), raça branca (3,38) e sem religião (2,33).

Diante da análise das áreas afetadas observa-se que a mulheres de 15 a 19 anos, com baixa escolaridade, baixa renda, raça não-branca e sem religião apresentaram menores pontuações frente às áreas afetadas. Deste modo, fica evidente necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados voltados às puérperas com essas características.

Com o intuito de melhor caracterizar as mulheres que realizaram partos vaginais e cesáreas foram analisadas as características sociodemográficas, conforme mostra a tabela 7. Para melhor análise estatística foram desconsiderados os dois partos fórceps.

Tabela 7 - Distribuição de variáveis sociodemográficas segundo tipo de parto. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

VARIÁVEIS	TOTAL	TIPO DE PARTO		
		VAGINAL	CESÁREA	<i>p</i>
Idade (ano)				
15-19	15	10	5	0,04
20-29	45	17	28	
30-42	29	08	21	
Estado Civil				
Com companheiro	72	29	43	0,7
Sem companheiro	17	06	11	

Ocupação				
Com remuneração	38	14	24	0,67
Sem remuneração	51	21	30	
Escolaridade				
≤ 9	69	24	45	0,1
> 9	20	11	09	
Raça				
Branca	20	08	12	0,9
Não-branca	69	27	42	
Religião				
Com religião	84	35	49	0,06
Sem religião	05	0	05	
Renda Per Capita*				
≤R\$ 207,00	48	15	33	0,19
>R\$ 207,00	38	17	21	

* Valor de 1/3 do salário mínimo vigente (R\$ 622,00).

O parto vaginal foi superior ao cesárea apenas na faixa etária de 15 a 19 anos, apresentando significância estatística ($p=0,04$). Quanto ao estado civil, independente de ter companheiro ou não as taxas de partos cesarianos foram superiores as de parto vaginais. Acerca da ocupação, as taxas de partos abdominais (58,82%) apresentaram-se maiores que os vaginais (41,2%), mesmo entre as mulheres sem remuneração.

Ao analisar a escolaridade foi verificado que 11 (55%) mulheres que realizaram partos vaginais tinham mais de nove anos de estudo. No concernente a raça, 12 (60%) mulheres brancas e 42 (60%) não brancas realizaram partos cesáreas, o que evidencia a equivalência percentual.

No tocante as mulheres que tinham religião 49 (58%) mulheres optaram pelo parto cesárea.

Diante da análise das características sociodemográficas fica claro que a maioria das mulheres realizou parto cesariano, independente de escolaridade, renda, religião ou raça, deste modo questiona-se se essa alternativa foi por opção ou imposição do profissional de saúde que realizou o parto.

Na Tabela 8, observam-se as médias de pontuações atribuídas às áreas, pelas mulheres no passo 02 do índice, de acordo com os tipos de parto.

Tabela 8- Distribuição dos tipos de parto de acordo com a pontuação da qualidade de vida entre puérperas. Fortaleza, Maio/Ago, 2012.

ÁREAS	TIPO DE PARTO			
	VAGINAL		CESÁREA	
	N	Média (DP)	N	Média (DP)
Alteração do peso	26	4,85 (3,02)	22	5,18(2,57)
Menos tempo para si	15	2,27(1,68)	25	1,48(1,88)
Relação com parceiro	20	7,9(3,16)	42	8,33(2,59)
Sono	8	2,38(2,50)	36	3,34(2,10)
Lazer	25	4,48(2,53)	26	4,58(2,26)
Cansaço	21	3,43(1,32)	33	3,79(1,51)
Mais responsabilidade	26	8,50(1,55)	41	9,05(1,25)
Trabalho	17	3,24(2,41)	31	4,24(2,92)

Ao analisar a área *alteração do peso* observou-se que 26 mulheres de parto vaginal atribuíram uma pontuação baixa (4,85), inferior a das puérperas de parto cesariano (5,18).

Acerca da área *menos tempo para si* percebeu-se que 25 mulheres de parto cesárea deram em média 1,48 pontos. Já a pontuação das mulheres que tiveram último parto via vaginal foi um pouco superior (2,27).

Observou-se que a área *relação com o parceiro* mostrou-se mais positiva entre as mulheres de parto cesáreas com um escore de 8,33. Entretanto, 81,3% das mulheres que citaram alteração no sono tinham realizado parto abdominal. A análise da área *lazer* mostrou resultados semelhantes quanto ao parto cesárea e vaginal. As áreas *cansaço*, *mais responsabilidade* e *trabalho* mostraram-se maiores pontuações entre as mulheres que tiveram último parto cesárea.

6 DISCUSSÃO

6.1 Adaptação transcultural e validação do MGI

O processo de tradução e adaptação transcultural do MGI mostrou-se rigoroso, dada a necessidade de se criar um instrumento confiável para ser inserido no contexto brasileiro, visto que não existe nenhum que avalie de forma subjetiva a qualidade de vida de mulheres no puerpério.

Durante as fases iniciais do processo de tradução, observou-se a importância da seleção dos profissionais envolvidos no desenvolvimento do estudo, pois os mesmos tem a corresponsabilidade de formar um instrumento útil para realidade brasileira.

Na fase da tradução inicial foi certificada a importância de ter um profissional da área da saúde e um de outra área, trazendo uma visão diferenciada e enriquecedora para o processo de tradução. O perfil diferente dos dois tradutores garante a melhor tradução possível (BEATON *et al.*, 2007)

Apesar de não possuir diferenças significativas na tradução do índice, algumas palavras foram melhor selecionadas pelo profissional especialista em linguística, cuja tradução refletiu uma linguagem mais usada pela população comum. O uso de duas traduções geralmente enfatiza significados mais ambíguos do questionário original, favorecendo a compreensão por parte do público alvo (BEATON *et al.*, 2007).

Na fase da síntese das traduções, os textos produzidos foram bem analisados, buscando principalmente manter a imparcialidade para formação do documento T12.

Já na fase de back-translation, a diferença mais marcante foi relacionada a etapa 1, onde tem escrito as palavras *both/none/ neither* e, na etapa dois, onde contem *best/better*. A análise do significado do uso dessas palavras na língua inglesa permitiu perceber que no contexto brasileiro elas apresentam praticamente o mesmo significado, e não se configuram uma inconsistência grave que atrapalhe o andamento do percurso metodológico.

Posteriormente, na etapa do comitê de especialistas aconteceu um dos momentos mais cruciais do processo de adaptação transcultural, no qual foram verificadas as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o documento original e o criado para o idioma português no contexto brasileiro.

Nesta etapa, a partir da leitura e discussão em grupo do índice, os juízes construíram a versão pré-final. Caso algum dos juízes não concordasse ou concordasse parcialmente com a etapa lida, o tema era posto em discussão no grupo, favorecendo uma melhor construção do texto final. Nesse momento, a presença de um linguístico foi essencial para definir melhor qual aspecto estava sendo discutido.

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

Destaca-se que por alguns momentos, várias dúvidas surgiram quanto à definição de qual equivalência estava em discussão, principalmente entre as equivalências experiencial e conceitual que são, muitas vezes, de difícil diferenciação. A vantagem de ter todos os tradutores presentes na comissão é que as discrepâncias ou alterações no texto foram feitas imediatamente.

O trabalho rigoroso do comitê de especialistas pôde ser comprovado a partir da aplicação do pré-teste, na qual foi observado que nenhuma mulher apresentava dificuldade para compreender o índice traduzido.

Todavia acrescenta-se que a maioria das puérperas preferiu ser entrevistada à responder o índice sozinha, pois nesse período o recém nascido mama com maior frequência requerendo maior atenção, portanto o pesquisador optou por aplicar o índice entre as demais entrevistadas do estudo.

Acerca da análise de conteúdo, também chamada de análise teórica dos itens, Pasquali (2010) traz que consiste em dois tipos de métodos: a análise semântica e análise teórica dos itens.

A análise semântica tem como objetivo principal averiguar se todos os itens do índice são claros e compreensíveis para a população a qual o instrumento será aplicado. Essa análise também pode ser conhecida como validação de face ou aparência. Já a análise teórica, tem como uma de suas prerrogativas a composição de um grupo de juízes “*experts*”, que possuem a função de verificar se o instrumento mede de fato o que se propõe (PASQUALI, 2010).

Por ser um processo muito subjetivo, a validação de conteúdo tem sido alvo de diversas críticas no meio científico e algumas estratégias foram desenvolvidas para torná-la mais objetiva. Uma delas é a construção do índice de Validação de Conteúdo (IVC) preconizado por Waltz e Bausell (1991) e utilizado por outros pesquisadores para quantificar a extensão da concordância entre os especialistas (GUSMÃO; PIERIN, 2009; LYNN, 1986; NOVATO; GROSSI; KIMURA, 2008; VITURI; MATSUDA, 2009).

A divisão do MGI em assertivas enumeradas possibilitou a avaliação do IVC pelos *experts*, pois cada assertiva foi equivalente a um item. Frente o cálculo citado anteriormente, chegou-se a um $IVC = 0,90$, indicando que o MGI é válido e representativo para avaliar a qualidade de vida das puérperas no Brasil.

6.2 Caracterização sociodemográfica e obstétrica das puérperas

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

Observou-se além da mediana, que a média de idade da população foi de 26,8 anos. Conforme a escala de classificação da OMS, a idade adulta jovem vai dos 15 aos 30 anos, assim 61(66,5%) mulheres do estudo encontram-se nessa categoria (WHO, 2012).

Estudo realizado com 101 mulheres, em São Paulo, com objetivo de avaliar a qualidade de vida no puerpério, encontrou uma média de idade de 25,6 anos ($DP = 7,04$), com idades variando de 14 a 42 anos, portanto semelhante a do presente estudo (ZUBARAN *et al.*, 2009).

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

Entretanto, quando avaliada em associação com a escolaridade, o presente estudo mostra um achado alarmante, visto que a maioria das mulheres apresentou um baixo nível de escolaridade, na qual 70 (76,9%) não concluíram sequer o ensino fundamental.

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

Os dados relacionados à procedência das entrevistadas evidenciaram que a maioria, 67(73,6%) mulheres são naturais de Fortaleza. Este achado evidencia uma realidade cada vez mais frequente, na qual tem-se observado o deslocamento de pessoas para as grandes metrópoles, em busca de melhores condições de vida. Entretanto, esse aumento exacerbado e não planejado de pessoas nas capitais, originam graves problemas, gerando uma série de iniquidades sociais, que, por conseguinte, interferem diretamente na qualidade de vida da população.

Ademais, estudo realizado com objetivo de comparar qualidade de vida entre pessoas da zona urbana e da zona rural constatou que, as áreas urbanas registram uma qualidade de vida significativamente menor do que nas rurais (CAMPANERA; HIGGINS, 2011).

A análise do estado civil revelou que 72 (79,1%) mulheres possuíam um relacionamento estável. Pesquisa realizada por Zuraban *et al.* (2009), citada anteriormente, encontrou um percentual de 76% de mulheres com relacionamento estável, evidenciando semelhanças com o presente estudo (ZUBARAN *et al.*, 2009).

Pesquisa longitudinal, realizada entre os anos de 1991 e 2008, com 30.000 pessoas, retratou que a união marital proporciona melhor qualidade de vida, logo pessoas casadas são mais felizes do que as solteiras (YAP; ANUSIC; LUCAS, 2009).

Referente à ocupação, verificou-se que 44 (48,41%) participantes exerciam função de donas de casa e que 51(56%) não possuíam remuneração própria. Além disso, a renda familiar de 44 (48,41%) mulheres foi inferior a um salário mínimo e a renda *per capita* de 48(52,7%) delas não alcançou um terço do salário mínimo vigente na época, tendo, portanto, que viver com menos de R\$ 207 reais.

Vários estudos comprovaram que o desemprego está associado a uma série condições negativas para saúde dos sujeitos (LOHR, 2002; WONG *et al.*, 2005). Segundo estudo realizado em 11 estados da União Europeia (UE) ficou evidenciado que a falta de

emprego levou a níveis mais baixos de satisfação com a vida em todos os países estudados (SCHYTT; LINDMARK; WALDENSTROM, 2005).

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

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

No concernente à religião, 84 (92,3%) possuem alguma crença, seja católica, evangélica ou espírita. Possuir uma religião é fundamental, pois favorece o entrosamento social, melhora a auto-avaliação da saúde e ainda reduz os sentimentos depressivos (ELLEN; JULIE; STANISLAV, 2009).

Indagadas acerca da raça, houve predomínio das raças parda e negra em 71(78%) da amostra. Em um estudo de revisão, foi encontrado nas publicações que negros têm pior qualidade de vida do que brancos (PEREIRA; PALTA; MULLAHY, 2010). Logo, este também pode ser um fator associado a baixa qualidade de vida da população estudada.

Com relação à história obstétrica foi verificado que 56 (61,6%) mulheres possuem entre 2 e 10 filhos. Corroborando com os achados, estudo que objetivou descrever o perfil epidemiológico e o comportamento dos níveis tensionais no puerpério de mulheres admitidas durante a gravidez com pré-eclâmpsia grave, verificou que 61 mulheres tiveram duas ou mais gestações (MELO *et al.*, 2009).

Fica evidenciado, portanto a premente necessidade de melhores ações envolvendo o planejamento familiar, pois apesar de existirem políticas com esse enfoque, a prática assistencial é falha e, na maioria das vezes, se restringe meramente a entrega de contraceptivos, sem quaisquer atividades de educação em saúde que deem oportunidade para a mulher escolher o método que mais se adequa com seu organismo.

Adverte-se que o planejamento familiar é um direito legal do cidadão brasileiro, embasado pela Lei n.º9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o parágrafo 7º do Art. 226 da Constituição Federal (1988) (BRASIL, 2005).

Ademais, o planejamento familiar é uma estratégia eficaz para evitar as gravidezes indesejadas e conseqüentemente o aborto. Alerta-se que na população do estudo, 23 (25,3%) mulheres apresentaram história de aborto.

O aborto tornou-se uma prática social visível, com conseqüências desastrosas para a saúde da mulher, colaborando para os elevados índices de mortalidade materna. As complicações decorrentes do abortamento inseguro levam à necessidade de atendimento emergencial em saúde, sendo que o abortamento é a terceira causa de morte materna no Brasil (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2012).

A discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão do aborto, tem contribuído para a precariedade da assistência e aumento da mortalidade e morbidade por esta causa (BRASIL, 2001).

Os resultados do estudo também evidenciaram outro achado preocupante, acerca do tipo de parto, no qual foi exposto que 54 (59,3%) mulheres realizaram cesarianas. Realidade presente a nível nacional, pois o Brasil é considerado um dos países que mais pratica este tipo de parto. Entretanto, esse dado é considerado preocupante, visto que um dos indicadores que avaliam a qualidade do cuidado obstétrico é a taxa de cesarianas realizadas no país, logo quando a taxa apresenta-se elevada, o país passa a ser alvo de debates e críticas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

As causas principais para realização de cesáreas são: a laqueadura, o pouco conhecimento das mulheres e o despreparo dessas em relação ao parto normal. Ademais, muitos médicos acreditam que as mulheres preferem cesarianas, porém a maioria prefere o parto vaginal, entretanto a cesárea tornou-se tão comum que o parto normal deixou de ser uma opção (CAMPANHA; PELLOSO, 2007; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010)

Pesquisa que compara a expectativa de puérperas adolescentes e adultas quanto ao tipo de parto e o seu conhecimento do motivo da cesárea, concluiu que o parto normal era o tipo de parto esperado pela maioria das mulheres (74,7%), sendo que essa expectativa diminuiu dentre aquelas com cesárea prévia. A principal justificativa para a preferência da via vaginal é a recuperação mais rápida, enquanto que as razões para a escolha da cesárea são o receio de sofrer dores e complicações consigo ou com o recém-nascido (BRUZADELI; TAVARES, 2010).

6.3 Aplicação da MGI: áreas afetadas na qualidade de vida de puérperas

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

Dada à inópia premente de um instrumento que avaliasse de maneira subjetiva as interfaces envolvidas no período puerperal, o presente estudo traduziu, validou e aplicou o MGI entre puérperas brasileiras.

A aplicação do MGI mostrou que este é um instrumento útil para avaliar a qualidade de vida no puerpério, favorecendo o reconhecimento das diversas áreas que podem influenciar na qualidade de vida das puérperas.

O escore médio MGI primário em nossa amostra foi 5,24 de 10. Resultado similar aos obtidos no estudo com o MGI original na Escócia e também realizado no Iran (SYMÓN; MACDONALD; RUTA, 2002; KHABIRI *et al.*, 2012). Em outro estudo realizado por Nagpal *et al.* (2008) na Índia, a pontuação do índice geral primário foi de 3,6, inferior ao do Brasil. A pontuação geral maior em nossa pesquisa, em comparação com outros estudos, como o indiano, pode indicar uma melhor qualidade de vida em nossa amostra. Obviamente, a generalização dos resultados para a população brasileira requer estudos com amostras mais representativas.

Estudo realizado no Iran, com 96 puérperas evidenciou que, 42% (152/364) dos comentários foram positivos, 49% (182/364) foram negativos, e 9% (30/364) foram ambos / nenhum (KHABIRI *et al.*, 2012). No Brasil, o percentual de comentários negativos foi de 60%, ou seja, superior ao da pesquisa realizada com puérperas iranianas.

Alguns dados do estudo de Khabiri *et al.* (2012) mostraram semelhanças aos da presente pesquisa. A média das pontuações primárias dos comentários positivos foi 8,37 (IC 95%: 8,22-8,52); dos comentários negativos foi de 2,37 (IC 95%: 2,20-2,54), e dos "ambos / nenhum" foi 5,85 (IC 95%: 5,62-6,08), similar aos achados no Brasil (KHABIRI *et al.*, 2012).

As áreas mais citadas entre as puérperas do estudo foram: alteração do peso; menos tempo para si; trabalho; lazer; sono; cansaço; mais responsabilidade e relação com parceiro. Destaca-se que apenas as duas últimas foram consideradas positivas pelas mulheres. A análise das áreas mencionadas permitiu reconhecer alguns dos aspectos que muitas vezes podem interferir na qualidade de vida das mulheres.

A partir da Tabela 3, observou-se que a alteração do peso foi umas das áreas que interferiu negativamente na qualidade de vida das puérperas. Contudo, essa é uma realidade que se estende à população em geral.

O Ministério da Saúde considera acima do peso as pessoas com um IMC (Índice de Massa Corporal) mais alto que 25. Acima de 30 no IMC faz a pessoa ser considerada obesa (BRASIL, 2012).

Inquérito realizado com 54.144 pessoas, em diferentes capitais brasileiras, mostrou que quase metade da população encontra-se acima do peso. Evidenciou ainda que 25,4% das mulheres jovens, entre 18 e 24 anos, apresentam sobrepeso. Dentre as capitais, Fortaleza, apresentou a segunda maior frequência de excesso de peso (BRASIL, 2012).

Face ao exposto, observa-se que a população do estudo encontra-se sujeita a alteração de peso, pois os hábitos alimentares da região Nordeste expõe as pessoas a alimentos extremamente calóricos, o que promove um excesso de peso, que além de prejudicar a aparência física, acarreta uma série de co-morbidades.

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

Segundo Pereira *et al.* (2006), existem domínios que explicam a qualidade de vida global de um indivíduo: o físico, o psicológico, o ambiental e o social. Dentre os quatro, o domínio que mais contribui na qualidade de vida global é o físico (28,2%).

Ao avaliar as oito áreas que mais influenciaram na qualidade de vida das mulheres do estudo observou-se que 37,5% pertencem ao domínio físico (trabalho, sono e cansaço), conforme o previsto por Pereira *et al.* (2006).

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

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

Ressalta-se que depressão, problemas de sono anteriores, primiparidade e o aleitamento materno não exclusivo foram associados à má qualidade de sono pós-parto. Ademais, os distúrbios do sono associados a relacionamentos conjugais conflituosos, antecedentes de depressão e eventos estressantes foram os aspectos mais fortemente associados com a depressão pós-parto (DORHEIM *et al.*, 2009).

Na amostra estudada o sono apresentou piores pontuações entre mulheres com renda mais baixa e menor escolaridade. Corroborando com tal achado, pesquisadores em um estudo realizado no estado de Minas Gerais observaram que baixo nível de escolaridade esteve associado à má qualidade do sono (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A má qualidade do sono correlaciona-se com o cansaço que as puérperas frequentemente apresentam assim os níveis mais altos de fadiga são associados com o sono mais perturbado.

Cansaço no período pós-natal é uma experiência muito comum para a maioria das mães, porém quando se torna extremo, afeta negativamente a saúde física, a saúde mental e o bem-estar social (LIVINGSTONE *et al.*, 2010). Além de afetar o relacionamento com o marido, membros da família e as responsabilidades domésticas (ZAGONELI *et al.*, 2003).

Em uma análise acerca dos padrões de fadiga e das características do sono durante as primeiras seis semanas após o parto, foi observada uma correlação negativa com a eficácia

do sono, o que indica que as mulheres ficavam mais cansadas se a qualidade do sono fosse ruim ou se as horas de sono fossem mais curtas (RYCHNOVSKY; HUNTER, 2008).

Ademais, em pesquisa realizada com 130 mulheres foi comprovado que o cansaço também apresentou correlação negativa com a qualidade de vida das puérperas, portanto quanto maior a fadiga, menor será a qualidade de vida das puérperas (CHOI; GU; RYU, 2011).

Na pesquisa corrente, o cansaço foi pior avaliado entre mulheres com baixa escolaridade, baixa renda e sem companheiro. Tal fato explica-se, pois a mulher deve assumir deveres de mãe, dona de casa e responsável financeira pela criança. Essa associação de papéis, reduz o tempo da mulher dedicado a si mesma (outra área afetada no estudo), interfere no autocuidado das puérperas e forma um ciclo constituído por áreas negativas para a qualidade de vida das puérperas.

Diante desses achados, fica evidente que o enfermeiro deve buscar, juntamente com a mãe, e se possível com o companheiro, diferentes formas de melhorar o sono e reduzir a fadiga das puérperas, incentivando o apoio do companheiro nos cuidados com a criança.

No concernente a área relacionamento com o companheiro, observou-se que esse foi um aspecto positivo entre as puérperas. Achado congruente com pesquisa cujo objetivo foi avaliar os mitos conjugais e qualidade de vida dos casais, na qual 67% das mulheres manifestaram sinais de um bom relacionamento afetivo.

Afirma-se que existe associação entre a qualidade de vida e o relacionamento conjugal, pois quanto maior o bem-estar entre o casal, melhor é a qualidade de vida dos mesmos com relação à saúde (BRAZ, 2010).

Entretanto, verificou-se que mulheres sem parceiro (6,33) deram uma nota inferior a das mulheres com parceiro (8,42) para área *relacionamento com o companheiro*. Diante disso, pode-se inferir que a área é considerada positiva, na maioria das vezes, por mulheres que convivem maritalmente com os parceiros.

A proporção de famílias uniparentais, em especial àquelas envolvendo mães solteiras, tem aumentado nas sociedades ocidentais, o que constitui um significativo reordenamento do sistema familiar (MARIN; PICCININI, 2009).

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

Acerca da avaliação da atividade laboral, as mulheres consideraram o trabalho uma área negativa para qualidade de vida delas, conforme a análise dos dados sociodemográficos, a maioria 44 (48,4%) exerce afazeres domésticos e se autointitulam “do lar”.

Dentre as que apresentaram pontuações mais baixas, encontram-se as adolescentes, as negras e as puérperas com baixa escolaridade e renda. Tais achados estão em conformidade com os achados originais da aplicação do MGI, na Escócia, na qual foi comprovado que mulheres desempregadas apresentaram pontuações mais baixas do que as que tinham emprego (SYMON; MCGREAVEY; PICKEN, 2003).

Alguns fatores foram associados negativamente à área *trabalho* como: desemprego; medo de demissão após licença maternidade; excesso de trabalho; e salários desiguais entre homens e mulheres.

Pesquisa citada anteriormente evidenciou que 60% das mulheres mostraram insatisfação profissional (BRAZ, 2010). Tal situação pode justificar-se porque algumas características marcam o trabalho feminino como salários inferiores aos masculinos.

Além disso, ressalta-se que dentre os fatores contribuintes para um nível de estresse patológico está a “jornada dupla de trabalho”, que ocasiona uma redução no número de horas do sono e, conseqüentemente, pode acarretar uma série de problemas de saúde. Assim, enquanto a família descansa, as puérperas iniciam uma segunda jornada, que se constitui em uma sessão de trabalho a mais, adentrando nas horas de sono necessários para seu condicionamento físico; conseqüentemente envolvem-se num processo de agravamento do estresse já existente e prejudicando a qualidade de vida das mesmas (LIPP, 2001b).

Areias e Guimarães (2004) demonstraram que pelo fato de as mulheres ficarem sujeitas a uma dupla sobrecarga de trabalho ocorre um dilema comum entre casamento, filhos e demandas ocupacionais, o que poderia contribuir para um nível elevado de estresse. Outros fatores citados pelos estudos como fonte de estresse ocupacional em mulheres remete à

questão da discriminação e à multiplicidade de papéis desempenhados por elas (JONATHAN, 2005).

A opção pelo estilo de vida de duplo trabalho pode ser muito estressante devido à grande necessidade de mudanças e/ou adaptações em papéis que antes eram bem definidos (PERLIN; DINIZ, 2005).

Em estudo cujo objetivo foi verificar as variáveis pessoais que interferem nos níveis de estresse e qualidade de vida de uma amostra de 106 adultos (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010), foi demonstrado que 83% das mulheres que compuseram o grupo “do lar” consideraram a vida profissional um fracasso.

Portanto, faz-se necessário um investimento na capacitação das jovens mulheres com intuito de melhorar a qualificação profissional para que possam aprimorar suas habilidades e exercer funções de acordo com as exigências do mercado de trabalho.

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

Outra área afetada entre as puérperas foi o lazer, corroborando com pesquisa realizada por Casatti (2011) na qual também mostrou-se afetado e insuficiente entre as puérperas estudadas.

Na vida das mulheres após o parto, frequente não existem atividades de lazer, sendo praticamente todas as atividades voltadas para o cuidado do bebê. As atividades de lazer se restringem ao cuidado do recém-nascido. Cramp e Bray (2011) mostraram que o lazer é um desafio para a mulher após o nascimento do recém-nascido, pois há uma forte tendência à inatividade no pós-parto, principalmente devido à fadiga e ao humor perturbado no período. Os autores ressaltam ainda a necessidade de intervenções no período pós-parto para promover a saúde e o desenvolvimento da confiança na vida da mulher com intuito de aumentar as atividades de lazer e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das puérperas (AVER, 2011).

Referente ao tipo de parto na população do estudo, observou-se que 54 (59,3%) mulheres realizaram parto cesárea. A análise dos nascimentos por tipo de parto permite avaliar, em parte, as práticas obstétricas no Brasil, especificamente no que concerne à evolução dos partos cesáreos. Recentemente, o Ministério da Saúde, alertou ao crescimento de cesarianas no país, lançou a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

Segundo dados do Ministério da Saúde, a cesariana já representa 43% dos partos realizados no Brasil nos setores público e privado. Quando se leva em conta os planos de saúde privados, constata-se que esse contingente é ainda maior, chegando a 80% do total de partos, enquanto no Sistema Único de Saúde as cesáreas somam 26%. Os especialistas ponderam para a segurança do parto normal tanto para a mãe quanto para o bebê (BRASIL, 2009).

Conforme a publicação Indicadores e Dados Básicos para a Saúde - IDB 2007, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), os partos cesáreos, no Brasil, são mais comuns entre as mulheres com maior nível de instrução, chegando a quase 70% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade e sendo bastante inferior entre as mulheres com menor grau de instrução, abaixo de 20% (BRASIL, 2007). Em contrapartida, as características que prevaleceram entre as mulheres do estudo foram divergentes, pois o parto cesárea foi mais praticado entre mulheres com baixa escolaridade e renda, conforme o exposto na tabela 7.

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

No que se refere à idade mais prevalente entre os partos vaginais, foi observada associação estatística entre o parto normal e a idade de 15 a 19 anos ($p=0,04$), corroborando com os indicadores sociodemográficos de saúde, no qual expôs que Nas mulheres adolescentes e jovens foi mais comum o parto vaginal (BRASIL, 2009).

Conforme observado na tabela 8, as mulheres de partos cesáreas apresentaram melhores médias de pontuações alteração do peso; sono; lazer; cansaço e trabalho, comparadas às de partos vaginais. A partir dessa análise, pode-se alertar uma situação preocupante, na qual a população brasileira encontra-se tão habituada a partos cesarianos que

passa a desconhecer as vantagens do parto vaginal. Além disso, isto pode justificar-se, principalmente, pela forte medicalização que existe quanto à escolha do tipo de parto, pois na maioria das vezes as mulheres são estimuladas a escolher esta via de parto, mesmo sem possuírem intercorrências gestacionais que justifiquem tal escolha. Assim, percebe-se que muitas vezes a idealização do parto cesáreo ainda na gravidez pode contribuir para maior satisfação e qualidade de vida no puerpério.

Os dados da presente pesquisa não estão de acordo com a literatura nacional, pois estudos evidenciam maior qualidade de vida no puerpério de mulheres submetidas ao parto normal.

Destaca-se que, Thompson et al. (2003) encontraram associação negativa entre o parto cesáreo e sintomas de fadiga, falta de sono, problemas intestinais e reinternação, em comparação com o parto vaginal espontâneo.

Outra pesquisa realizada entre 21 puérperas monitorou as horas de sono no domicílio pós-alta hospitalar e constatou que mulheres pós-parto cesáreo, dormiram em média cerca de 4 horas, em comparação com 6,5 horas para as mães de parto vaginal (LEE; LEE, 2007).

Ademais, entre as mulheres que tiveram um parto vaginal espontâneo e as mulheres que realizaram cesariana foi comprovado que estas eram mais propensas a relatar cansaço extremo até 06 meses de pós-parto, além de estarem mais sujeitas a relatar dor no período (WOOLHOUSE et al., 2012).

Um estudo realizado com 100 mulheres (50 pós-parto normal e 50 pós-parto cesáreo), no Iran, afirmou que, comparando os valores médios entre os grupos parto normal e cesariana, os resultados mostraram, em geral, o grupo de parto normal com uma melhor qualidade de vida. No entanto, comparando os resultados dentro de cada grupo a análise mostrou que o grupo de parto normal apresentou melhor qualidade de vida relacionada à saúde física enquanto o grupo cesariana mostrou-se melhor na qualidade de vida relacionada a saúde mental (TORKAN et al., 2009).

Dessa forma, percebe-se que os dados evidenciados no estudo necessitam investigações futuras que justifiquem tal achado. Entretanto, pode-se inferir que os fatores socioculturais e o desconhecimento acerca das vantagens e desvantagens dos diferentes tipos

de parto fazem parte de uma rede de fatores relevantes que podem influenciar na qualidade de vida das puérperas.

Frente ao exposto, verifica-se a necessidade premente de intervenções em saúde eficazes junto às mulheres no puerpério, com intuito de favorecer a qualidade de vida dessas mulheres e tentar minimizar os fatores que influenciam negativamente na vida das mesmas.

7 CONCLUSÃO

Acerca do processo de tradução e adaptação transcultural, observa-se a necessidade de seguir uma metodologia bem formulada para que o instrumento adaptado possa ser adequadamente aplicado à realidade brasileira. Apesar do MGI ser um instrumento pequeno, composto de poucas frases, optou-se por seguir rigorosamente a metodologia adotada, buscando assegurar ao máximo a sua fidedignidade ao conteúdo do instrumento original.

Na etapa de validação de face, chegou-se a uma conclusão importante: no contexto brasileiro, com mulheres de baixa escolaridade, torna-se inviável a auto-aplicação do MGI. Nessa conjuntura, verificou-se que o MGI deve ser aplicado pelo pesquisador. Acerca da validação de conteúdo, o MGI obteve um IVC= 0,90, indicando que é um instrumento válido para avaliação subjetiva da qualidade de vida no puerpério.

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

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

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

A história obstétrica das investigadas evidenciou um número elevado de gestações e abortos anteriores. Percebe-se, assim, a necessidade de investimento em estratégias mais eficazes de planejamento familiar, as quais busquem orientar as mulheres de maneira horizontal, visando o empoderamento e favorecendo escolhas mais condizentes com o contexto de vida em que a mulher está inserida.

Concernente à aplicação da MGI, verificou-se que muitas áreas da vida das puérperas mostraram-se alteradas e a maioria foi considerada negativa para qualidade de vida das mesmas. As consideradas mais afetadas e negativamente foram: alteração do peso; menos tempo para si; sono; lazer; cansaço e trabalho.

Apesar da média do escore primário da MGI para todas as áreas ter sido a igual 5,0, superior ao valor que determina qualidade de vida afetada, não podemos afirmar que as mulheres do estudo apresentam uma boa qualidade de vida, visto que as pontuações das áreas em isolado foram baixas.

Ademais, observa-se a forte influência das características sociodemográficas sobre a qualidade de vida das puérperas, que se mostrou mais prejudicada entre mulheres de baixa renda, pouca escolaridade, sem companheiro e de raça não branca.

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

Ressalta-se que as puérperas devem ser figuras centrais neste processo e que o enfermeiro exercerá um papel imprescindível na promoção da saúde do grupo, individualizando cada contexto de vida e proporcionando um cuidar holístico, no qual o intuito maior será melhorar a qualidade de vida dessas mulheres.

Outro achado importante do estudo foram as altas taxas de partos cesáreas, sendo mais praticado entre mulheres com baixa escolaridade e renda. Observou-se, ainda que, a qualidade de vida das mulheres que optaram por esse tipo de parto mostrou-se superior a dos partos vaginais.

Uma das limitações do estudo foi a ausência de itens no índice, o que dificultou o desenvolvimento do processo de validação e também impossibilitou a verificação das propriedades psicométricas.

Diante disso, faz-se necessário que se criem estratégias em estudos posteriores para avaliar a qualidade de vida de puérperas. Sugere-se que sejam realizadas outras análises testando o desempenho do MGI em estudos longitudinais e nas diferentes fases do puerpério.

Ademais, os resultados da pesquisa permitem recomendar o MGI como um instrumento válido e confiável para a mensuração do conceito de qualidade de vida entre as puérperas brasileiras

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

REFERÊNCIAS

- AARONSON, N. K. Methodological issue in assessing the quality of life in cancer patients. **Cancer**, v. 67, n.3, Suppl., p.844-850, 1991.
- ABREU, I. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes em hemodiálise no município de Guarapuava-PR**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro, 2008.
- AKINCIGIL, A.; MUNCH, S.; NIEMCZYK, K. C. Predictors of maternal depression in the first year postpartum: marital status and mediating role of relationship quality. **Soc. Work Health Care**, v.49, n.3, p.227-244, 2010.
- 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.
- ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.2, p.347-354, 2008.
- ANNELLS, M.; KOCH, T.; BROWN, M. Client relevant care and quality of life: The trial of a Client Generated Index (CGI) tool for community nursing. **Int. J. Nurs. Studies**, v.38, 2001.
- AREIAS, M. E. Q.; GUIMARAES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 9, n. 2, ago. 2004.
- AUGUSTO, V. G.; AQUINO, C. F.; MACHADO, N. C. ; CARDOSO, V. A.; RIBEIRO, S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, supl.1, p. 957-963, 2011.
- AVER, L. A. **Mulher-mãe: sentimentos vivenciados na relação com o filho recém-nascido**. 2011. 61 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011.
- AXELSSON, L.; ANDERSSON, I. H.; EDÉN, L.; EJLERTSSON, G. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population-based questionnaire study. **Int. J. Equity Health**, v. 6, n. 1, 2007.
- AZEVEDO, K. R.; ARRAIS, A. R. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. **Psicol. Reflex. Crít.**, v.19, n.2, p.269-276, 2006.
- BEATON, E. D.; BOMBARDIER, C; GUILLEMIN, F; FERRAZ, M. B. Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n.24, p. 3186-3191, 2000.

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

BELL, M. J.; BOMBARDIER, C.; TUGWELL, P. Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. **Arthritis Rheum.**, v. 33, n.4, p.591-601, 1990.

BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J.**, v. 67, n.4, p.877-880, 1998.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey of the public's judgement to inform scales of health related quality of life. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n. 10, p.1447-162, 1995.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine Introduction. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, p.1337-1338, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília, DF, 2005.

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

_____. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha, conforme consta no § 2º do Art. 8º da Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 out. 2011. Disponível em:<
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 2 jan. 2013.

_____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2001.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília, 2010.

_____. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília, 2012. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. **Rede Interagencial de Informações para a Saúde: RIPSAs.** 2007.

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

- BRUZADELI, D. S.; TAVARES, B. B. Expectation about childbirth type and the knowledge of the caesarean reason: comparison between puérpera adolescent and adult. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p.150-157, 2010.
- BULLINGER, M.; ALONSO, J.; APOLONE, G.; LEPLÈGE, A.; SULLIVAN, M.; WOOD-DAUPHINEE S.; GANDEK, B.; WAGNER, A.; AARONSON, N.; BECH, P.; FUKUHARA, S.; KAASA, S.; WARE, J. E. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. *Internacional quality of life assessment*. **J. Clin. Epidemiol.**, v.51, n.11, p.913-923,1998.
- CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v.9, n.1, p.51-63, 2007.
- CAMPANERA, J. M.; HIGGINS, P. Quality of life in urban-classified and rural-classified English local authority areas. **Environ. Plann.**, v. 43, n.3.,p. 683 – 702, 2011.
- CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n.2, p. 232-240, 2008.
- CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n. 2, p. 427-435, 2010.
- CARVALHO, G. M. C.; LIMA, F. E. T.; BARBOSA, I. V.; MELO, E. M. Estudos brasileiros sobre nefrologia nas teses e dissertações de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n.6, p. 1052-1055, 2010.
- CASATTI, S.; GILZANEIDE, F. Projeto de intervenção social com gestante e/ou puérperas, usuárias de drogas lícitas e/ou ilícitas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 97-120, 2011.
- CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de Índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2275-2284, 2007.
- CHALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Education and Counseling**, v.26, p.313-318, 1995.
- CHOI, S. Y.; GU, H. J.; RYU, E. J. Effects of Fatigue and Postpartum Depression on Maternal Perceived Quality of Life (MAPP-QOL) in Early Postpartum Mothers. **Korean J. Women Health Nurs.**, v. 17, n.2, p.118-125, 2011.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, 2003.
- CRAMP, A. G.; BRAY, S. R. Understanding exercise self-efficacy and barriers to leisure-time physical activity among postnatal women. **Matern. Child Health J.**, v. 15, n. 5, p. 642-651, 2011.

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

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

FAYER, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. London: Wiley, 2000.

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

FLECK, M. P. A; LEAL O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, n.1, p.19-28, 1999.

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

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

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

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Ann. Intern. Med.**, v. 118, n. 8, p. 622-629, 1993.

HERD, R. M.; TIDMAN, M. J.; RUTA, D. A.; HUNTER, J. A. A. Measurement of quality of life in atopic dermatitis: Correlation and validation of two different methods. **Br. J. Dermatol.**, v.136, p.502-507, 1997.

HUNT, S. M.; MCKENNA, S. P. Validating the SF-36. **BMJ**, v. 305, n.6854, p.645–646, 1992.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

IBM . **SPSS Statistics**. Disponível em:< <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/products/statistics/>>. Acesso em: 15 July 2012.

IDLER, E. L.; MCLAUGHLIN, J.; KASL, S. Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v. 64B, n.4, p.528–537, 2009.

IMADA, T. C. M. L. **Adaptação transcultural e validação da Family Dynamics Measure II (FDM II) para familiares de mulheres portadoras de câncer de mama no Brasil**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

- JENKINSON, C.; STRADLING, J.; PETERSON, S. How should we evaluate health status? A comparison of three methods in patients presenting with obstructive sleep apnoea. **Qual. Life Res.**, v. 7, n. 2, p. 95-100, 1998.
- JONATHAN, E. G. Mulheres empreendedoras: Medos, preocupações e qualidade de vida. **Psicol. Est.**, v.10,p. 373-382, 2005.
- KASS, R. A.; TINLEY, H. E. A. Factor analysis. **J. Leisure Res.**, v. 11, p. 120-138, 1979.
- KHABIRI, R.; RASHIDIAN, A.; MONTAZERI, A.; SYMON, A.; RAHIMI FOROUSHANI, A.; ARAB, M.; HOSEIN RASHIDI, B. Validation of the Mother-Generated Index in Iran: A Specific Postnatal Quality of Life Instrument. **Int. J. Prev. Med.**, v.0, 2012.
- KLEINPELL, R. Whose outcomes: Patients, providers, or payers? **Nurs. Clin. North Am.**, v.32, n. 3, p. 513-520, 1997.
- LEE, S. Y.; LEE, K. A. Early postpartum sleep and fatigue for mothers after cesarean delivery compared with vaginal delivery: an exploratory study. **J. Perinat. Neonatal Nurs.**, v.21, n.2, p.109-113, 2007.
- LIMA-LARA, A.; FERNANDES, R. Quality of life in the mediate puerperium: a quantitative study. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 9, n. 1, 2010.
- LINNÉ, Y.; DYE, L.; BARKELING, B.; RÖSSNER, S. Long-term weight development in women: a 15-year follow-up of the effects of pregnancy. **Obes. Res.**, v. 12, n. 7, p.1166-1178, 2004.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LOHR, K. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual. Life Res.**, v. 1, p.193–205, 2002.
- LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v. 35, n. 6, p.382-385, 1986.
- MAMUN, A. A.; CLAVARINO, A. M.; NAJMAN, J. M.; WILLIAMS, G. M.; O'CALLAGHAN, M. J.; BOR, W. Maternal depression and the quality of marital relationship: a 14-year prospective study. **J. Womens Health (Larchmt)**, v. 18, n.12, p.2023-2023, 2009.
- MANEESRIWONGUL, W.; DIXON, J.K. Instrument Translation Process: a methods review. **J. Adv. Nurs.**, v. 48, n. 2, p. 175-186, 2004.
- MARIN, A.; PICCININI, C. A. Famílias uniparentais: a mãe solteira na literatura. **Psico (Porto Alegre)**, v. 40, n. 4, p. 422-429, 2009.
- MELO, B. C. P.; AMORIM, M. M. R.; KATZ, L.; COUTINHO, I.; VERÍSSIMO G. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2009.

- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MILLER, M. D.; SOLAI, L. K. **Geriatric Psychiatry**. Oxford, 368 p, 2013.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.7-18, 2000.
- MONTGOMERY-DOWNS, H. E.; INSANA, S. P.; CLEGG-KRAYNOK, M. M.; MANCINI, L. M. Normative longitudinal maternal sleep: the first 4 postpartum months. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 203, n.5, p.465, 2010.
- MULUBRHAN, F. M.; EUNA, M. A.; ABRAHAM, A. S. M.; DAWOOD, H. S.; HAMISU, M. S. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. **Appl. Res. Qual. Life.**, Sept. 2012.
- NAGPAL, J.; DHAR, R. S.; SINHA, S.; BHARGAVA, V.; SACHDEVA, A.; BHARTIA, A. An exploratory study to evaluate the utility of an adapted Mother Generated Index (MGI) in assessment of postpartum quality of life in India. **Health Qual. Life Outcomes**, v.2,n. 6, p.107, 2008.
- NAGY, E.; MOLNAR, P.; PAL, A.; ORVOS, H. Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary. **Psychiatry Res.**, v.185, n.1/2, p.113-120, 2011.
- NOVATO, T.S.; GROSSI, S.A.A.; KIMURA, M. Adaptação cultural e validação da medida "Diabetes Quality of Life for Youths" de Ingersoll e Marrero para a cultura brasileira. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 224-230, 2008.
- OLIVEIRA, B. H. D.; YASSUDA, M. S.; CUPERTINO, A. P. F. B.; NERI, A. L. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010 .
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.
- PASQUALI, L.; CAPOVILLA, A. G. S.; ALONSO, A. O. L.; ALVES, A. R.; BORBA, A. C. P.; BATISTA, C. G. *et al.* **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- PEREIRA, C. C.A.; PALTA, M.; MULLAHY, J. Health domains and race in generic preference-based health-related quality of life instruments in the United States literature. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 27, n. 2, 2010 .
- PEREIRA, R. J.; COTTA, R, M. M. ;FRANCESCHINI, S. C. C. ; RIBEIRO, R. C. L.;SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. Psiquiatr.**, v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PERLIN, G.; DINIZ, G. Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade?. **Psicol. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2005 .

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

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res. Nurs. Health**, v. 29, n.5, p. 489-497, 2006.

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 2008.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROGERSON, R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. **Soc. Sci. Med.**,v. 41, p.1373-1382, 1995.

RUTA, D. A.; GARRATT, A. M .; LENG, M. A new approach to the measurement of quality of life: The patient generated index (PGI). **Med Care**, v. 32, p.1109-1126, 1994.

RYCHNOVSKY, J.; HUNTER, L. P. The relationship between sleep characteristics and fatigue in healthy postpartum women. **Womens Health Issues**, v.19, n.1, p.38-44, 2009.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, v. 20, n. 45, p.73-81, 2010.

SALGADO, P. C. B.; SOUZA, E. A. P. Qualidade de vida em epilepsia e percepção de controle de crises. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 59, n.3A, p. 537-540, 2001.

SANTOS JUNIOR, H. P. O; SILVEIRA, M. F. A.; GUALDA, D. M. R. Depressão pós-parto: um problema latente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p.516-524, 2009.

SANTOS, F. A. P. S. **Vivência de mulheres no puerpério**: significado atribuído à revisão pós-parto. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SCHYTT, E.; LINDMARK, G.; WALDENSTROM, U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. **BJOG**, v. 112, p.210–217, 2005.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SHREWSBURY, V. A.; ROBB, K. A.; POWER, C.; WARDLE, J. Socioeconomic differences in weight retention, weight-related attitudes and practices in postpartum women. **Matern. Child Health J.**, v.13, n. 2, p. 231-240, 2009.

SOH, S. E.; MCGINLEY, J. L.; MORRIS, M. E. Measuring quality of life in Parkinson's disease: selection of an appropriate health-related quality of life instrument. **Physiotherapy**, v.97, n.1, p. 83-89, 2011.

SOUZA, L. B.; FIGUEIREDO, M. A. C. Qualificação profissional e representações sobre trabalho e qualidade de vida. **Paidéia**, v.14, p. 221-232, 2004.

SPERBER, A. Translation and validation of studys instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v.126, p.124-128, 2004.

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

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

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

TEIXEIRA, L. B.; GUIMARÃES, J. P. Abortamento inseguro no Brasil: magnitude do problema, atendimento emergencial e uso de contracepção de emergência. **Rev. Saúde Desenvol.**, v. 1, n. 2, 2012.

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

THE WHOQOL GROUP. **What Quality of Life?** World Health Forum. Geneva, 1996.

THOMPSON, J. F.; ROBERTS, C. L.; CURRIE, M.; ELLWOOD, D. A. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: association with parity and method of birth. **Birth**, v. 29, p. 83-94, 2002.

TORKAN, B.; PARSAY, S.; LAMYIAN, M.; KAZEMNEJAD, A.; MONTAZERI, A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 30, n. 9, p. 4, 2009.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 2005.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf>. Acesso em: 30 set. 2010.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L.M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

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

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

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

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

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York: John Wiley, 1981.

WONG, J. G.; CHEUNG, E. P.; CHEN, E. Y.; CHAN, R. C.; LAW, C. W.; LO, M. S, *et al.* An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. **Qual. Life Res.**, v. 14, p. 687–694, 2005.

WONG, J. G.; CHEUNG, E. P.; CHEN, E. Y.; CHAN, R. C.; LAW, C. W.; LO, M. S, *et al.* An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. **Qual. Life Res.**, v. 14, p.687–694, 2005.

WOOLHOUSE, H.; PERLEN, S.; GARTLAND, D.; BROWN, S. J. Physical Health and Recovery in the First 18 Months Postpartum: Does Cesarean Section Reduce Long-Term Morbidity? **Birth**, v.39, n.3, p. 221–229, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v. 2, p.436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministerio da Saúde/FIOCRUZ, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Falls**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/index.html>>. Acesso em: 12 Sept. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, v. 41, n.10, p.1403-1495, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

YAP, S. C.; ANUSIC, I.; LUCAS, R. E. Does Personality Moderate Reaction and Adaptation to Major Life Events? Evidence from the British Household Panel Survey. **J. Res. Pers.**, v. 46, n. 5, p.477-488, 2012.

ZAGONELI, I.P.S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K.F.; ATHAYDE, J. - O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 – 32, 2003.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K.; SCHUMACHER, M. V.; MULLER, L. C.; AMORETTI, A. L. An Assessment of Maternal Quality of Life in the Postpartum Period in Southern Brazil: A Comparison of Two Questionnaires. **Clinics (Sao Paulo)**, v. 64, n.8, p. 751–756, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Iniciais da Paciente:	
NOME:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	
Idade:	
Procedência: 1() Fortaleza 2() Interior, 3 () Outro: especifique: _____	
Estado Civil: 1.Casada/união consensual 2. Solteira 3. Divorciada 4. Viúva 5. Outro: _____	
Ocupação: _____	
Escolaridade em anos de estudo (Estudou até que série): _____	
Renda familiar mensal:	
Numero de pessoas na família:	
Raça: 1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Indígena 5. Asiática	
Religião: 1.Católica 2.Evangélica 3.Espírita 4.Umbanda 5.Ausente 6.outra _____	

G: ____ P: ____ A: ____	
Nº filhos vivos:	
Número de consultas de pré-natal _____ Profissional com quem realizou o pré-natal: _____	
Tipo de parto: 1.() Normal 2.() Cesáreo 3.() Fórceps Se cesáreo, motivo: _____	
Data do Parto: _____ Data da Coleta: _____	
Idade gestacional no momento do parto (semanas):	
Recebeu orientações sobre: Qualidade de vida no puerpério? 1.() Sim. 2.() Não. Se sim, por qual profissional? _____ Aleitamento materno?	

1.()Sim. 2.()Não. Se sim, por qual profissional ? _____ Hábitos alimentares saudáveis? 1.()Sim. 2.()Não. Se sim, por qual profissional ? _____	
--	--

Teve problemas durante a gravidez (diabetes, hipertensão, sangramento, infecção urinária): 1.()Sim 2.()Não. Se sim, especifique: _____	
Teve dificuldade para cuidar do seu bebê(banho, trocar a fralda, higiene do coto umbilical) 1.()Sim 2.()Não. Se sim, especifique: _____	
Intercorrências no pós-parto(inflamação em sítio cirúrgico ou outro): 1.()Sim 2.()Não. Se sim, especifique: _____	
Alteração no padrão de sono 1.() Sim 2() Não	
Filho foi planejado 1.() Sim 2() Não . Se não, tentou interromper a gestação? 1.()Sim por que? _____ 2. ()Não.	
Esta triste após o nascimento do bebê: 1.()Sim 2. ()Não. Se sim, especifique: _____	
Sofreu violência física? 1. ()Sim 2. ()Não Agressor: _____	
Sofreu violência psicológica ou emocional? 1. ()Sim 2. ()Não Agressor: _____	
Usa(Usou) drogas 1. ()Sim 2. ()Não Se sim, qual? _____ Com que frequência _____ Quantidade _____	
Fuma 1. ()Sim 2. ()Não Se sim, com que frequência _____ Quantidade: _____	
Bebe 1. ()Sim 2. ()Não. Se sim, com que frequência _____ Quantidade: _____	

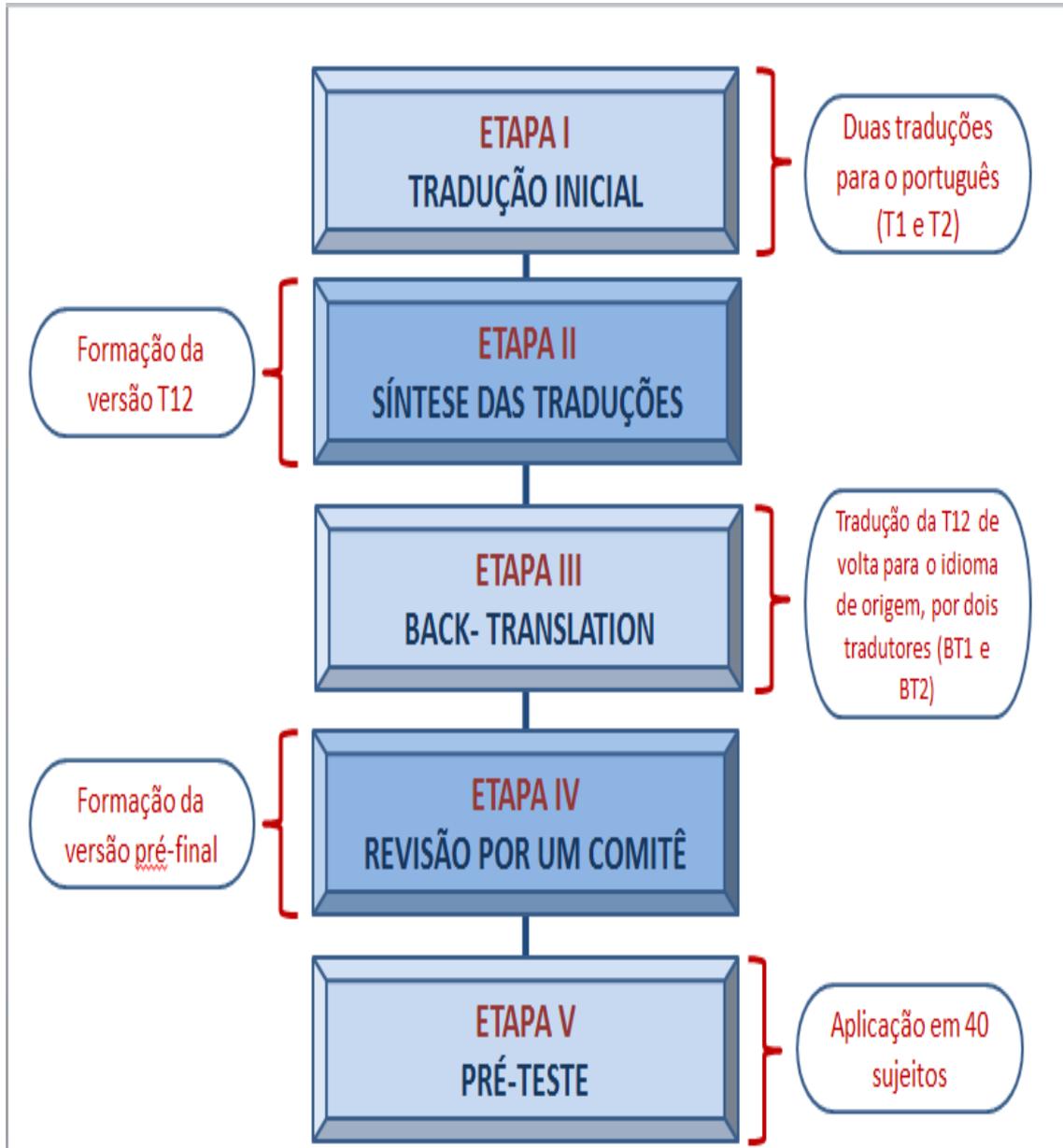
APÊNDICE B – MGI –VERSÃO EM PORTUGUÊS

ÍNDICE GERADO PELA MÃE- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA		
PASSO 1- Identificar áreas	Passo 2- Pontuar cada área	Passo 3- Distribuir os pontos
<p>Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.</p> <p>Exemplos dados por outras mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a si mesma. • Como elas se sentem em relação aos seus bebês. • Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins). • Como elas se sentem em relação em relação à volta ao trabalho. • Como elas se sentem em relação a sua vida social. <p><i>Esses são apenas exemplos. Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>Por favor, indique se você acha que esse ponto é positivo, negativo ou nenhum.</p>	<p>Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você indicou no Passo 01.</p> <p>Essa nota deve refletir como você tem se sentido nessa área no mês passado.</p> <p>Por favor, indique uma nota de 0 a 10 para cada área</p> <p>0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso</p> <p>10 é a melhor - você não poderia se sentir melhor em relação a isso</p> <p style="text-align: center;">Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

APÊNDICE C – KIT PARA OS JUÍZES

Kit para os juízes:

1. Fluxograma de Tradução e Adaptação Transcultural
2. Carta Convite
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
4. Instrumento de avaliação das equivalências
5. Instrumento do Perfil dos Juízes
6. ÍNDICE (T1, T2, T12, BT1 e BT2)

FLUXOGRAMA DE TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

CARTA CONVITE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: SAMILA GOMES RIBEIRO
ORIENTADORA: ANA KARINA BEZERRA PINHEIRO**

Prezado (a) Senhor (a)

Sou Samila Gomes Ribeiro, enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado *Tradução e adaptação transcultural do índice The Mother Generated Index para uso no Brasil* e, venho por meio desta, convidar vossa senhoria a participar da minha pesquisa como juiz especialista.

Caso aceite contribuir com o estudo, entregarei um kit composto por: um instrumento que contém o índice original e a versão do índice traduzida para ser avaliada pelo (a) senhor (a), em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que estão conceituados no instrumento; o termo de consentimento livre e esclarecido; um protocolo que define o processo de tradução e adaptação utilizado na presente pesquisa e um questionário de caracterização do perfil dos juízes. Além disso, serão disponibilizadas as outras versões do índice, provenientes das etapas iniciais do processo de tradução e adaptação transcultural, para que se possa avaliar alguma inconsistência.

O comitê de juízes a qual lhe convido a participar será formado por cinco profissionais da área da saúde. Ressalta-se que a formação do comitê é de suma importância, visto que, com a contribuição de todos, formaremos a versão pré-final do índice em um único encontro. A reunião realizar-se-á no dia 23 de maio de 2012 às 13 horas e 30 minutos, na sala 01 da Pós-Graduação, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Agradeço antecipadamente sua colaboração para o desenvolvimento dessa pesquisa e caso tenha alguma dúvida, estou no disponível no telefone: (85) 8830-4727 e e-mail: samilaribeiro@yahoo.com.br

Sua presença é fundamental para a riqueza das discussões e contribuição no processo de tradução, adaptação cultural e validação do índice *MGI*.

Samila Gomes Ribeiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Sou Samila Gomes Ribeiro enfermeira e discente do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Estou realizando um estudo intitulado *Tradução e adaptação transcultural do índice The Mother Generated Index para uso no Brasil* e venho por meio deste lhe convidar a participar da pesquisa como juiz especialista.

A pesquisa tem como objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar o índice *The Mother Generated Index* para a língua portuguesa e uso no contexto brasileiro. O índice MGI tem como objetivo avaliar a qualidade de vida da mãe no período pós-parto.

A realização da tradução e adaptação transcultural de um instrumento é um processo que exige um grande rigor metodológico, uma vez que se trata de realidades e idiomas diferentes. Muitas vezes, faz-se necessário transformar completamente alguns itens para capturar os mesmos conceitos propostos na versão original.

Portanto, caso aceite participar da pesquisa, irei entregar o índice na versão original e o índice traduzido para ser avaliado pelo (a) senhor (a) em relação às equivalências semântica, idiomática, conceitual e experiencial que está definido no instrumento. Será entregue um instrumento de avaliação, no qual você irá analisar cada equivalência e justificar sua opinião. As outras versões do índice que são necessárias para o processo de tradução e adaptação também estarão disponíveis, caso queira avaliar alguma inconsistência.

Informo ao (à) senhor(a) que sua participação neste estudo é voluntária e necessitará de um encontro com o comitê de juízes para que possamos juntos discutir e formar a versão pré-final do índice MGI. Para sua maior segurança, será mantido sigilo em relação ao seu nome e/ou quaisquer outros aspectos que possam vir a identificá-lo(a). As informações utilizadas neste estudo possuirão a única finalidade de colaborar com a presente dissertação de mestrado bem como a divulgação em relatórios e revistas científicas.

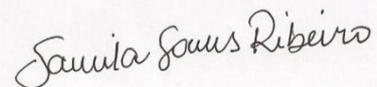
Asseguro que a qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) poderá recusar a continuar participando e, também poderá retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Caso tenha alguma dúvida, procure-me no meu endereço: Rua Coronel Tarcísio Vieira, 22 CEP: 60441-670. Tels.: (85)3482-4466 e (85) 8804-6757/ 9966-3860; e-mail: samilaribeiro@yahoo.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo; Tel.: (85) 3366-8344.

Espero contar com sua cooperação e desde já agradeço pela atenção.

Atenciosamente,



Pesquisadora
Samila Gomes Ribeiro

INSTRUMENTO DO PERFIL DOS JUÍZES

1- IDENTIFICAÇÃO

Especialista no. _____

Nome: _____ Idade: _____

Local de Trabalho: _____

Área de atuação: _____

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

Tempo da ocupação atual em anos: _____

Proficiência na língua inglesa: 1() Sim 2() Não

QUALIFICAÇÃO

Formação/ Graduação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em : _____ Ano: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Outros: _____

2- EXPERIÊNCIA COM O CONTEÚDO EM QUESTÃO:

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

THE MOTHER GENERATED INDEX - VERSÃO ORIGINAL

THE MOTHER-GENERATED INDEX ©

A QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

Step 1: Identifying areas

Step 2: Scoring each area

Step 3: Allocating points

<p>We would like you to think of the most important areas of your life that have been affected by having a baby. These can be POSITIVE or NEGATIVE. Please write <u>up to eight</u> areas in the boxes below, and indicate if you think the area is positive, negative, or neither of these.</p>	<p>Now please score the areas you mentioned in Step 1. This score should reflect how you have been affected by this area over the past MONTH.</p> <p>Please place a cross along the line in each case: 0 is the worst - you couldn't feel any worse than this 10 is the best - you couldn't feel any better than this</p> <p style="text-align: center;">Worst Best</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to the areas you think are most important. Write the points in the boxes below.</p>
<p>Examples other mothers have given are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How they feel about themselves • How they feel about their baby • How they feel about their relationship with their partner or other family members • Physical or emotional issues (good or bad) • How they feel about going back to work • How they feel about their social life <p style="text-align: center;">These are only examples. We want you to say what you feel.</p>	<p>Please circle whether you think this point is Positive, Negative, or Neither</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

Remember: points in Step 3 must add up to 20

ÍNDICE- VERSÃO T1

O índice gerado pela mãe

PASSO 1- Identificar áreas	Passo 2- Pontuar cada área	Passo 3- Distribuir os pontos
<p>Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes de sua vida que foram afetadas ao ter um bebê. Podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.</p>	<p>Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você mencionou no Passo 01. Essa nota deve refletir como você foi afetada por essa área no MÊS passado.</p> <p>Por favor, coloque um “X” na linha em cada caso: 0 é o pior – você não poderia se sentir pior que isso. 10 é o melhor – você não poderia se sentir melhor que isso.</p> <p style="text-align: center;">Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Distribuir os pontos Por favor, pense em quão importante são essas áreas para sua Qualidade de Vida.</p> <p>Você tem 20 pontos para distribuir.</p> <p>Você não tem que distribuir pontos para um item se você não quiser.</p> <p>Dê mais pontos para áreas que você achar mais importantes.</p> <p>Escreva os pontos nos quadros abaixo.</p>
<p>Exemplos dados por outras mães:</p> <p>Como elas se sentem em relação a elas mesmas.</p> <p>Como elas se sentem em relação a seus bebês.</p> <p>Como elas se sentem sobre seus relacionamentos com seus parceiros ou com outros membros da família.</p> <p>Problemas físicos ou emocionais (bons ou maus).</p> <p>Como elas se sentem em relação ao voltar ao trabalho.</p> <p>Como elas se sentem em relação à sua vida social</p> <p><i>Esses são apenas exemplos. Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>Por favor, circule se você acha que esse ponto é positivo, negativo, ou nenhum.</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	
	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo</p>	
	<p>Pior Melhor</p>	

	Negativo Ambos/Nenhum	<hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior Melhor <hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior Melhor <hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior Melhor <hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior Melhor <hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior Melhor <hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior Melhor <hr/> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Lembre-se: Os pontos no Passo 03 devem somar no máximo 20.

ÍNDICE- VERSÃO T2

ÍNDICE GERADOR DE MÃE - AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

PASSO 1- Identificação de áreas	Passo 2- Pontuação de cada área	PASSO 1- Passo 3- Atribuindo pontos
<p>Gostaríamos que você pensasse em áreas de extrema importância da sua vida que foram afetados com o nascimento do bebê. Estes podem ser POSITIVOS ou NEGATIVOS. Escreva até oito áreas nos quadros abaixo e indique se esta é positiva, negativa ou nenhuma.</p>	<p>Por favor, agora pontue as áreas que você mencionou no passo 1. A pontuação deve indicar como você tem se sentido no último mês sobre a área citada.</p> <p>Por favor, marcar com X a sua pontuação: 0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso 10 é a melhor – você não poderia estar se sentindo melhor</p> <p style="text-align: center;">Melhor Pior</p> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida.</p> <p>Você tem 20 pontos para atribuir A atribuição de pontos não é obrigatória.</p> <p>Atribua mais pontos a áreas que você considera mais importantes.</p> <p>Escreva os pontos nos quadros abaixo.</p>
<p>Exemplos que outras mães deram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como sentem sobre si • Como sentem sobre o bebê • Como se sentem com seu relacionamento conjugal ou familiar • Questões emocionais e físicas (bom ou ruim) • Como se sentem ao voltar ao trabalho • Como se sentem sobre sua vida social <p><i>Estes são somente exemplos.</i></p>	<p>Por favor, circule se você considera este ponto positivo, negativo ou nenhum.</p> <p style="text-align: center;">Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

ÍNDICE- VERSÃO BT1

Index generated by the mother. An evaluation of quality of life		
Step 1- Identify areas	Step 2 – Score each area	Step 3- Distribute the points
<p>We would like you to think on the most important areas of your life that were affected by the birth of the baby. These can be POSITIVE or NEGATIVE. Please, write up to a maximum of EIGHT areas in the tables below, and indicate whether you think the area is positive, negative, or neither.</p>		
<p>Examples given by other mothers:</p> <ul style="list-style-type: none"> * How do they feel about themselves. * How do they feel about their babies * How do they feel about their relationships with their partners or other family members. * Physical or emotional problems (good or bad). * How do they feel about going back to work. * How do they feel about their social life <p>These are just examples.</p> <p>We want you to tell what you feel</p>	<p>Please, inform if you think the area was affected positively, negatively or none.</p>	<p>Now please evaluate the áreas you mentioned on the first step giving a score to them.</p> <p>This evaluation must reflect how you were affected by these area on the LAST month.</p> <p>Please mark with an X to evaluate the corresponding area:</p> <p>0 is the worst - you could not feel worst about the evaluated area.</p> <p>10 is the best - you could not be feeling better about the evaluated area</p> <p style="text-align: center;">worst better</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>positive, negative</p> <p>both / none</p>	<p>worst better</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
		<p>Please think how much these areas are important to your life quality</p> <p>You have 20 points to distribute.</p> <p>You can leave an item without points if you want.</p> <p>Give more points to the areas you consider most important.</p> <p>Write the points on the boxes below</p>

	positive, negative	worst	better	
	both / none	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	positive, negative	worst	better	
	both / none	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	positive, negative	worst	better	
	both / none	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	positive, negative both / none	worst	better	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	positive, negative both / none	worst	better	
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	positive, negative	worst	better	
	both / none	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	positive, negative	worst	better	
	both / none	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		

Remember: The points of step 3 must sum at maximum 20.

ÍNDICE- VERSÃO BT2

<p>We would like you to think about the most important areas of your life that were most affected with the birth of the baby. These can be POSITIVE or NEGATIVE. Please write to a maximum of EIGHT areas in the tables below and indicate whether you think the area is positive, negative, or neither.</p>		<p>Now, please mark the areas that you mentioned in Step 01.</p> <p>This statement should reflect how you were affected by those areas in the past MONTH.</p> <p>Please indicate with X your score:</p> <p>-0 is the worst - you could not feel worse about it</p> <p>-10 is the best - you could not be feeling better about it</p> <p>worst better</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Please think about how those areas are important to their quality of your life.</p> <p>You have 20 points to distribute.</p> <p>You do not have to distribute points for an item if you do not want.</p> <p>Give more points to areas you find most important.</p> <p>Write the points in the tables below.</p>
<p>Examples given by other mothers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How do they feel about themselves. • How do they feel about their babies. • How they feel about their relationships with their partners or other family members. • Physical or emotional problems (good or bad). • How do they feel about the return to work. • How they feel about their social life <p>These are just examples.</p> <p>We want you to tell what you feel</p>	<p>Please, inform if you think the area was affected positively, negatively or none.</p>		
	<p>positive, negative both / none</p>	<p>worst better</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>positive, negative both / none</p>	<p>worst better</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>positive, negative</p>	<p>worst better</p>	

	both / none	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	positive, negative	worst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 better	
	both / none		
	positive, negative both / none	worst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 better	
	positive, negative both / none	worst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 better	
	positive, negative	worst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 better	
	both / none		
	positive, negative	worst 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 better	
	both / none		

Remember: The point in Step 03 must add up to a maximum of 20.

ÍNDICE- VERSÃO T12

<p>Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.</p>	<p>Passo 2- Pontuar cada área</p> <p>Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você mencionou no Passo 01. Essa nota deve refletir como você foi afetada por essa área no MÊS passado.</p> <p>Por favor, marcar com X a sua pontuação: 0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso 10 é a melhor – você não poderia estar se sentindo melhor em relação a isso</p> <p style="text-align: center;">Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida. Você tem 20 pontos para distribuir. Você não tem que distribuir pontos para um item se você não quiser. Dê mais pontos para áreas que você achar mais importantes.</p> <p>Escreva os pontos nos quadros abaixo.</p>	
<p>Exemplos dados por outras mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a elas mesmas. • Como elas se sentem em relação a seus bebês. • Como elas se sentem sobre seus relacionamentos com seus parceiros ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou maus). • Como elas se sentem em relação ao voltar ao trabalho. • Como elas se sentem em relação à sua vida social <p><i>Esses são apenas exemplos.</i></p> <p><i>Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>Por favor, circule se você acha que esse ponto é positivo, negativo, ou nenhum.</p>		
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positivo Negativo Ambos/Nenhum</p>	<p>Pior Melhor</p> <hr style="width: 100%;"/> <p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhor	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhor	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhor	
	Positivo Negativo Ambos/Nenhum	Pior 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Melhor	

Lembre-se: Os pontos no Passo 03 devem somar no máximo 20.

APÊNDICE D- VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Titulação:

Experiência com saúde sexual e reprodutiva (em anos): _____

Experiência com validação: 1.Sim 2. Não

Instruções:

- Analise o Índice MGI antes de avaliar cada etapa para validação do conteúdo.

ANALISE A INFORMAÇÃO SEGUINTE:	A etapa a seguir parece clara e compreensiva?	Sua presença é relevante?	Esta etapa possibilita a avaliação da qualidade de vida no puerpério?	Qual o grau de relevância?
Passo 1-Gostaríamos que você pensasse nas áreas mais importantes da sua vida que foram afetadas com o nascimento do bebê. Estas podem ser POSITIVAS ou NEGATIVAS. Por favor, escreva até no máximo OITO áreas nos quadros abaixo, e indique se você acha que a área é positiva, negativa, ou nenhuma das duas.	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Sim 2. Não	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Relevante 4. Muito relevante
ANALISE A INFORMAÇÃO SEGUINTE:	A etapa a seguir parece clara e compreensiva?	Sua presença é relevante?	Esta etapa favorece a compreensão do índice?	Qual o grau de relevância?

<p>Exemplos dados por outras mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como elas se sentem em relação a si mesma. • Como elas se sentem em relação aos seus bebês. • Como elas se sentem a respeito do seu relacionamento com seu parceiro ou com outros membros da família. • Problemas físicos ou emocionais (bons ou ruins). • Como elas se sentem em relação em relação à volta ao trabalho. • Como elas se sentem em relação a sua vida social. <p><i>Esses são apenas exemplos. Queremos que você diga o que você sente</i></p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Relevante 4. Muito relevante</p>
<p>ANALISE A INFORMAÇÃO SEGUINTE:</p>	<p>A etapa a seguir parece clara e compreensiva?</p>	<p>Sua presença é relevante?</p>	<p>Esta etapa possibilita uma melhor avaliação da área citada no passo 1?</p>	<p>Qual o grau de relevância?</p>
<p>Por favor, indique se você acha que esse ponto é positivo, negativo ou nenhum.</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Relevante 4. Muito relevante</p>
<p>ANALISE A INFORMAÇÃO SEGUINTE:</p>	<p>A etapa a seguir parece clara e compreensiva?</p>	<p>Sua presença é relevante?</p>	<p>Esta etapa possibilita um melhor quantificação da área citada no passo 1?</p>	<p>Qual o grau de relevância?</p>

<p>Passo 2-Agora, por favor, dê uma nota para as áreas que você indicou no Passo 01.</p> <p>Essa nota deve refletir como você tem se sentido nessa área no mês passado.</p> <p>Por favor, indique uma nota de 0 a 10 para cada área</p> <p>0 é a pior – você não poderia se sentir pior em relação a isso</p> <p>10 é a melhor - você não poderia se sentir melhor em relação a isso</p> <p>Pior Melhor</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Irrelevante</p> <p>2. Pouco Relevante</p> <p>3. Relevante</p> <p>4. Muito relevante</p>
<p>ANALISE A INFORMAÇÃO SEGUINTE:</p>	<p>A etapa a seguir parece clara e compreensiva?</p>	<p>Sua presença é relevante?</p>	<p>Esta etapa possibilita avaliação do grau de importância da área citada no passo 1?</p>	<p>Qual o grau de relevância?</p>
<p>Passo 3- Por favor, pense o quanto estas áreas são importantes para sua qualidade de vida.</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Sim 2. Não</p>	<p>1. Irrelevante</p>

<p>Você tem 20 pontos para distribuir.</p> <p>Você não precisa distribuir pontos para a área que não quiser.</p> <p>Dê mais pontos para as áreas que você achar mais importante.</p> <p>Indique os pontos nos quadros.</p>				<p>2. Pouco Relevante</p> <p>3. Relevante</p> <p>4. Muito relevante</p>
--	--	--	--	---

APÊNDICE E-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TÍTULO DO ESTUDO: **TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE**

THE MOTHER GENERATED INDEX PARA USO NO BRASIL

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Samila Gomes Ribeiro

REGISTRO NO COMEPPE: 086/2011

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

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

Caso você concorde em participar do estudo, eu realizarei uma entrevista durante sua consulta de retorno após o parto para a aplicação de dois questionários (o índice e questões sociodemográficas-obstétrica).

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

Sinta-se livre para fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo, contatando a pesquisadora por meio do telefone (85) 33668526.

Eu _____ RG _____

Após ter sido devidamente esclarecida pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em participar da presente pesquisa.

Data e Local: _____

Assinatura da mulher

Assinatura da Pesquisadora



Digital

ANEXO A -THE MOTHER GENERATED INDEX

THE MOTHER-GENERATED INDEX ©

A QUALITY OF LIFE ASSESSMENT

**Step 1:
Identifying areas**

**Step 2:
Scoring each area**

**Step 3:
Allocating points**

<p>We would like you to think of the most important areas of your life that have been affected by having a baby. These can be POSITIVE or NEGATIVE. Please write <u>up to eight</u> areas in the boxes below, and indicate if you think the area is positive, negative, or neither of these.</p>		<p>Now please score the areas you mentioned in Step 1. This score should reflect how you have been affected by this area over the past MONTH.</p> <p>Please place a cross along the line in each case: 0 is the worst - you couldn't feel any worse than this 10 is the best - you couldn't feel any better than this</p> <p>Worst Best</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Please think how important these areas are to your quality of life. You have 20 points to allocate. You don't have to allocate points to an item if you don't want to. Give more points to the areas you think are most important. Write the points in the boxes below.</p>
<p>Examples other mothers have given are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • How they feel about themselves • How they feel about their baby • How they feel about their relationship with their partner or other family members • Physical or emotional issues (good or bad) • How they feel about going back to work • How they feel about their social life <p>These are only examples. We want you to say what you feel.</p>	<p>Please circle whether you think this point is Positive, Negative, or Neither</p>		
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	
	<p>Positive Negative Both / Neither</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	

Remember: points in Step 3 must add up to 20

ANEXO B – Autorização do Autor da The Mother Generated Index (Andrew Symon)

Promoção Acelerador: 50% de desconto por 2 meses. [Aproveite!](#)

Sou computador sem vírus?
 Faça uma 'solta geral' no seu computador e volte a ter a velocidade de um computador novo.
 Adquira seu computador sem 5 minutos. [Clique aqui](#)

antfontecetog@ig.com.br

Mail

Programa-mail: [Ver configurações](#) | [Ajuda](#)

THE MOTHER GENERATED INDEX mensagem

antfontecetog da Oliveira para Andrew Symon 17/08/2009 20:56

Dear Dr. Andrew Symon,

I read some articles about The Mother Generated Index, among them some of his own. Before which, I have some questions:
 The Mother Generated Index is the same Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire?

I am interested in the subject.
 This nurse is a nursing researcher and partake in research activities in women's health. I wonder if THE MOTHER GENERATED INDEX has already translated and validated for the Portuguese version of Brazil? You authorize me to translate and validate this scale for the Portuguese version or Brazil?

How do I receive the material?

Thanks,

Maria Fontecete
 (062) 91 451807
 (062) 6031211
mariafontecete@ig.com.br
 Fortaleza-Ceará-Brazil



—
 Maria Fontecete
 (020) 8165-557
 (018) 8802711
mariafontecete@ig.com.br

Resposta: [Abrir mensagem](#)

antfontecetog da Oliveira 17/08/2009 20:56 | [Ver mensagem](#) | [Ver mensagens de Dr. Andrew Symon](#) | [Excluir](#)

Andrew Symon para mim 18/08/2009 08:00

Dear Maria,

Thank you for your message.

To my knowledge, the MGI has not been translated into Portuguese. I have had enquiries from Portugal and Brazil, but to date I don't think anyone has used it.

The Mother Generated Index is not the same as the Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. That was developed by Pamela Hill:

Hill PD, Aldag JC, Heikel D *et al* (2006) Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *Journal of Nursing Management*, 14 (2): 205-220

If you do wish to use the MGI, I am quite happy for you to do this. However, it does require some explanation, particularly since you will have to translate it.

Do you have the facilities to 'back-translate' it? This is a check to ensure that the original translation was accurate.

I have attached a Powerpoint file which has the MGI form, and two examples of completed forms. The mother can write anything she likes in Step 1.

Please let me know what you plan to do with this, as I am very interested to see how the MGI is used in other countries.

Kind regards,
 Andrew Symon

Dr. Andrew Symon
 Senior Lecturer
 School of Nursing & Midwifery
 University of Dundee
 DD 4 1382 38553

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 168/11

Fortaleza, 20 de Agosto de 2011

Protocolo COMEPE nº 086/11

Pesquisador responsável: Mirna Fontenele de Oliveira.

Título do Projeto: “Aplicação da Escala para Mensuração de qualidade de vida em Puérperas.”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 18 de Agosto de 2011.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta azul, sobreposta a uma rubrica impressa que indica o nome do responsável pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Dr. Fernando A. Costa Pereira
Presidente