



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE - MESTRADO

ALANA SANTOS MONTE

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO “QUESTIONÁRIO PARA AS
MULHERES” PARA A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ, TRANS E
PÓS-PARTO EM FORTALEZA

FORTALEZA

2013

ALANA SANTOS MONTE

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO “QUESTIONÁRIO PARA AS
MULHERES” PARA A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ, TRANS E PÓS-
PARTO EM FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Dafne Paiva Rodrigues.

Área de concentração: Cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios– CRB-3 / 919

M772a Monte, Alana Santos.

Adaptação e validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência à mulher no pré, trans e pós-parto em Fortaleza./ Alana Santos Monte. – 2013.

118 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2013.

Área de Concentração: Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal.

Orientação: Prof. Dra. Dafne Paiva Rodrigues.

1.Parto Humanizado. 2. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. 3.Estudos de Validação. I. Título.

CDD: 610.73

ALANA SANTOS MONTE

ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO “QUESTIONÁRIO PARA AS MULHERES” PARA A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ, TRANS E PÓS-PARTO EM FORTALEZA

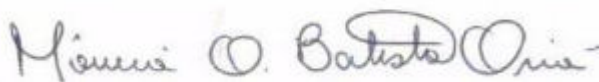
Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidado clínico de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Aprovada em: 13/12/2013

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Dafne Paiva Rodrigues (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dra. Mônica Oliveira Batista Oriá
Universidade Federal do Ceará – UFC



Prof. Dra. Daphne Rattner
Universidade de Brasília - UNB



Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

A Deus e aos meus Pais,

razões do meu viver

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, Dió. 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!

Ao meu pai, Monte, 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. Saiba que tudo o que faço é por você e para você.

À minha irmã Aline, 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.

Ao meu irmão, André, pelos saudosos momentos vividos e por sentir orgulho de mim.

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

À professora, Dafne Paiva Rodrigues, pela grande contribuição para minha formação profissional e para o meu crescimento pessoal.

À professora Mônica Oliveira Batista Oriá, pela contribuição direta na construção desse trabalho, pelo incentivo e pela disponibilidade em colaborar com a minha formação sempre que solicitei, sendo para mim um exemplo de pessoa.

Ao professor Paulo César, que se mostrou sempre uma pessoa muito solícita, colaborando com seus conhecimentos estatísticos.

À Dra. Daphne Rattner e à pesquisadora canadense Hélène Vadeboncoeur que concederam a autorização para o uso do “Questionário para as mulheres” e incentivaram o desenvolvimento desse estudo.

À professora Ana Kelve de Castro Damasceno, minha eterna tutora no PET-Enfermagem - UFC, por ter me guiado durante toda a graduação e despertado em mim o desejo de seguir a docência.

À Patrícia Aragão e Nayara Sousa, pelo apoio e disponibilidade na coleta de dados.

À FUNCAP pelo apoio financeiro.

Às puérperas, figuras centrais para o desenvolvimento deste trabalho e aos juízes participantes pelas contribuições fundamentais para a conclusão deste estudo e para o crescimento da enfermagem.

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

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

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

"Bom mesmo é ir à luta com determinação,
abraçar a vida com paixão, perder com classe e
vencer com ousadia, porque o mundo pertence
a quem se atreve e a vida é muito para ser
insignificante" (Charles Chaplin).

RESUMO

O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal por meio de tecnologias, muitas vezes desnecessárias, torna a mulher coadjuvante, destacando os profissionais de saúde como protagonistas no cenário de parturição. Os objetivos do estudo são: Adaptar o “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência em Fortaleza, adotando criteriosamente os mesmos passos metodológicos de um processo de validação; Realizar a validação aparente e a validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres”; Proceder a análise semântica do “Questionário para as mulheres” com o estrato da população-alvo. Trata-se de um estudo metodológico, que adotou os procedimentos psicométricos recomendados como a realização da análise teórica dos itens, composta por: Primeira análise dos juízes (validação aparente e de conteúdo); Análise semântica, por 30 puérperas; Segunda análise dos juízes (validação de conteúdo) e Pré-teste realizado com uma amostra também de 30 puérperas, todas selecionadas por conveniência e internadas no Alojamento Conjunto de uma maternidade de nível secundário em Fortaleza- CE. Considerou-se necessária uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes para a validação aparente e para o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Além do “Questionário para as mulheres” utilizou-se um formulário que abordava dados sociodemográficos, obstétricos como instrumento de coleta de dados. Verificou-se que a maioria dos itens foi considerada pelos juízes como questões claras, compreensíveis e relacionadas à percepção das puérperas. Na primeira análise dos juízes o IVC do questionário foi de 0,82, passando para 0,88 na segunda análise. As sugestões das puérperas foram acatadas nas etapas de análise semântica e pré-teste. Quanto ao perfil sociodemográfico das puérperas estudadas apontou para uma maioria de jovens, em união estável e de baixa renda familiar. Conclui-se que o questionário mostrou-se um instrumento válido do ponto de vista de aparência e conteúdo finalizando com 21 itens. Logo, o “Questionário para as mulheres” deve ser considerado no contexto da assistência de Fortaleza como um instrumento capaz de avaliar o cuidado realizado à gestante e puérpera durante o pré, trans e pós-parto.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Pesquisa Metodológica em Enfermagem. Estudos de Validação.

ABSTRACT

The increase in interventions in the gravid-puerperal by means of technologies, often unnecessary, makes the woman in a supporting role, highlighting health professionals as protagonists in the scenario of parturition. The objectives of the study are: to adapt the "Women's Questionnaire" to the reality of assistance in Fortaleza, adopting the same judiciously methodological steps of a validation process; Perform validation and validation of contents of the "Women's Questionnaire"; Carry out the analysis semantics of the "Women's Questionnaire" with the stratum of the target population. This is a methodological study, which adopted the psychometric procedures recommended with realization of theoretical analysis of items, comprising: First analysis of judges (apparent validation and content); Semantic analysis for 30 recent mothers; Second analysis of the judges (content validation); Pre-test conducted with a sample of 30 recent mothers, all selected by convenience and admitted in the Accommodation Set in a secondary-level maternity in Fortaleza-CE. It was considered necessary a concordance of at least 80% among the judges for apparent validation and Content Validation Index (CVI). In addition to the "Women's Questionnaire" used a form which addressed socio-demographic data, obstetric as data collection instrument. It was found that most of the items was deemed by the judges as clear, comprehensible and issues related to perception of recent mothers. In the first analysis of the judges the CVI of the questionnaire was 0.82 to 0.88 in the second analysis. The suggestions of the recent mothers were observed in steps of semantic analysis and pre-test. As for the demographic profile of recent mothers studied pointed to a majority of youth in stable and low family income. It is concluded that the questionnaire was shown to be a valid instrument from the point of view of content and face finishing with 21 items. Soon, the "Women's Questionnaire" must be considered in the context of assistance of Fortaleza as an instrument capable of assessing the care carried out to pregnant women and who has recently given birth during the pre, trans and postpartum.

Keywords: Humanizing Delivery; Nursing Methodology Research; Validation Studies

RESUMEN

El aumento de las intervenciones en el ciclo grávido puerperal mediante las tecnologías, a menudo innecesarios, hace que la mujer en un papel secundario, destacando a profesionales de la salud como protagonistas en el escenario del parto. Los objetivos del estudio son: al "Cuestionario para las mujeres" se adaptan a la realidad de la asistencia en Fortaleza, adoptando los mismos pasos con criterio metodológicos de un proceso de validación; Realizar la validación y validación del contenido del "Cuestionario para las mujeres"; Realizar la semántica de análisis del "Cuestionario para las mujeres" con el estrato de la población objetivo. Este es un estudio metodológico, que aprobó los procedimientos psicométricos recomendados como la realización de análisis teórico de artículos, que comprende: primer análisis de los jueces (validación aparente y contenido); Análisis semántico por 30 madres recientes; Segundo análisis de los jueces (validación de contenido) y pre-test realizado con una muestra de 30 madres recientes, todas seleccionadas por conveniencia y admitió en los alojamiento situado en una maternidad de nivel secundario en Fortaleza-CE. Se consideró necesario una concordancia de al menos el 80% entre los jueces para validación de aparente y Índice de Validez de Contenido (IVC). Además del "cuestionario para las mujeres" utiliza un formulario que dirigió datos socio-demográficos, obstétricos como instrumento de recogida de datos. Se encontró que la mayoría de los artículos era juzgada por los jueces como clara, comprensible y cuestiones relacionadas con la percepción de las madres recientes. En el primer análisis de los jueces el IVC del cuestionario fue 0.82 a 0,88 en el segundo análisis. Las sugerencias de las madres recientes fueron observadas en los pasos de análisis semántico y pre-test. En cuanto al perfil demográfico de madres recientes estudiada apuntado a una mayoría de jóvenes estable y bajo ingreso de la familia. Se concluye que el cuestionario fue demostrado para ser un instrumento válido desde el punto de vista de la validación aparente y el contenido terminando con 21 artículos. Pronto, el "cuestionario para las mujeres" debe considerarse en el contexto de la asistencia de Fortaleza como un instrumento capaz de evaluar el cuidado realizado a las mujeres embarazadas y que recientemente ha dado nacimiento durante el pre, trans y postparto.

Palabras-clave: Parto Humanizado; Investigación Metodológica en Enfermería; Estudios de Validación;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Representação gráfica do número de itens, conforme cada versão do instrumento e cada etapa de validação do “Questionário para as mulheres”. Fortaleza, 2013._____	43
QUADRO 1	Dados de identificação das dissertações e teses presentes no banco de dados_____	24
QUADRO 2	Dados do percurso metodológico das teses presentes no banco de dados_____	26
QUADRO 3	Sistema de Classificação de Juízes, segundo critérios próprios. Fortaleza, 2013._____	45
QUADRO 4	Relação dos itens julgados inadequados em algum quesito conforme a análise dos juízes. Fortaleza-CE, 2013._____	59
QUADRO 5	Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e a segunda versões do questionário. Fortaleza- CE, 2013._____	61
QUADRO 6	Distribuição das sugestões e dúvidas das puérperas decorrentes da análise semântica dos itens da segunda versão do questionário. Fortaleza, 2013_____	68
QUADRO 7	Distribuição dos itens da segunda e terceira versões decorrentes da análise semântica. Fortaleza, 2013._____	71
QUADRO 8	Pontuação padronizada das opções de resposta do “Questionário para as mulheres”. Fortaleza, CE, 2013._____	75
GRÁFICO 1	Distribuição dos juízes segundo a clareza e compreensão de cada item do questionário. Fortaleza-CE, 2013._____	54
GRÁFICO 2	Distribuição dos juízes quanto à concordância com a associação dos itens do questionário à percepção da puérpera. Fortaleza-CE, 2013._____	57
GRÁFICO 3	Distribuição dos juízes quanto à concordância da relevância dos itens para permanência no questionário. Fortaleza-CE, 2013._____	58

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo o Sistema de Classificação de <i>Experts</i> adotado. Fortaleza, 2013. _____	52
TABELA 2	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (ICVI) obtidos na primeira análise dos juízes. Fortaleza, 2013 _____	58
TABELA 3	Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (ICVI) obtidos na segunda análise dos juízes. Fortaleza, 2013 _____	74

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVO GERAL	21
3. REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 Validação de conteúdo de instrumentos na área da saúde materna	22
3.2 O processo de humanização do parto	28
3.3 Políticas de atenção voltadas ao ciclo gravídico-puerperal	30
3.4 O cuidado clínico como prática de humanização na assistência a parturiente	32
3.5 Histórico da criação do Questionário para as Mulheres criado pela Iniciativa Internacional para o Nascimento Mãe/bebê (IMBCI)	34
4. REFERENCIAL METODOLÓGICO: PSICOMETRIA	39
4.1 Análise teórica dos itens	40
5. METODOLOGIA	42
5.1 Tipo de estudo	42
5.2 Propriedades psicométricas	42
5.3 Local da Pesquisa	49
5.4 População e Amostra	49
5.5 Coleta de Dados	49
5.6 Análise a apresentação dos dados	51
5.7 Aspectos Éticos	51
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
6.1 Primeira Análise dos juízes (Validação de conteúdo e Aparência	52
6.2 Análise Semântica	67
6.3 Segunda Análise dos juízes (Validação de conteúdo)	73
6.4 Pré-teste	76
7. CONCLUSÕES	78
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A	87
APÊNDICE B	88
APÊNDICE D	94
APÊNDICE E	95

APÊNDICE F	96
APÊNDICE G	98
APÊNDICE H	100
APÊNDICE I	106
APÊNDICE J	109
ANEXO A	112
ANEXO B	117
ANEXO C	118

1 INTRODUÇÃO

A maternidade se constitui em uma das mais importantes experiências físicas e psicológicas na vida das mulheres. Com a evolução das ciências médicas e o desenvolvimento técnico-científico, a assistência ao parto e ao nascimento tornou-se objeto de pesquisa, tendo como princípio norteador a melhoria da qualidade do atendimento ao binômio mãe-filho (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

No entanto, no cotidiano de serviços de saúde, as práticas, rotinas e condutas que atendem a esses princípios não têm sido satisfatoriamente utilizadas nas unidades de assistência, uma vez que o processo psicossocial do parto e puerpério fica relegado a segundo plano. Em contrapartida, os procedimentos tecnológicos usados nesses momentos são tomados como centro do cuidado (CECCATO; VAN DER SAND, 2001; DINIZ; CHACHAM, 2006; PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2006).

O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal por meio de tecnologias, muitas vezes desnecessárias, torna a mulher coadjuvante, destacando os profissionais de saúde como protagonistas no cenário de parturição. Tal situação tem contribuído para a elevação dos índices de morbimortalidade materna e evidencia o desrespeito aos direitos reprodutivos (CORREA *et al.*, 2010).

Neste cenário, a saúde materna e infantil torna-se foco de discussão mundial no que diz respeito à melhoria da qualidade da atenção ao binômio mãe-filho. As afecções perinatais se constituem na primeira causa de mortalidade neonatal no país, além de interferirem nas mortes ao longo do primeiro ano de vida.

Já a ocorrência da mortalidade materna está relacionada à assistência inadequada durante o ciclo gravídico-puerperal, podendo ser significativamente reduzida se os serviços dos profissionais e a estrutura institucional forem adequados (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

As taxas de cesarianas no Brasil passaram de 32%, em 1994, para 55,6%, em 2012. No Ceará, a proporção de partos cesáreos, no período de 2005 a 2012, mais do que dobrou, passando de 23,4% em 2005 para 49,1% em 2012 (CEARÁ, 2013).

Mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer (entre 1992–2010) e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal. No período, a proporção de prematuros se elevou mais nas cesáreas (7,8%, sendo 6,4% nos partos normais em 2010). Em 2010, hospitais privados apresentaram taxas maiores (63,6%) e maior

aumento no período de 2006 a 2010 (14,0%); para os públicos, as taxas foram de 47,8% (federais), de 39,6% (estaduais) e de 34,0% (municipais) (BRASIL, 2010).

A análise da tendência da mortalidade materna divulgada pela OMS em 2012 revela que o número de mulheres que morreram em consequência de complicações na gravidez, parto e puerpério diminuiu no período de 1990 a 2008 em 34%, passando de uma razão de 546 para 358 mortes por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2013). Contudo, as taxas de mortalidade materna ainda são desproporcionalmente elevadas, considerando-se que nas últimas décadas houve melhoria de inúmeros outros indicadores de saúde das mulheres.

No Ceará, no período de 1998 a 2012, foram confirmados 1.754 óbitos maternos com média anual de 117 óbitos maternos e mensal de dez óbitos maternos. No período de 1988 a 2004 a razão da mortalidade materna (RMM) no Ceará apresentou uma tendência de estabilização, com média para o período de 85.7 por 100.000 nascidos vivos, sendo quatro vezes maior do que o aceitável pela OMS que é de até 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2013).

No entanto entre 2005 a 2011, verifica-se um decréscimo na RMM de 23,3% passando de 88.5 para 67.8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, resultado atribuído ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, Infantil e Neonatal (CEARÁ, 2013).

Da mesma forma a mortalidade neonatal precoce, que reflete em grande parte a qualidade de assistência obstétrica é o componente da mortalidade infantil que vem apresentando a menor queda nos últimos anos. Globalmente, esta diminuiu 28% das 32 mortes por mil nascidos vivos em 1990, para 23% em 2010, uma média de 1,7% ao ano. No Brasil, em 2010 ocorreram 36 mil mortes neonatais (WHO, 2011).

Porém, a maioria das mortes materno-infantis é evitável através da combinação de estratégias que incluem cuidado durante o pré, o trans e o pós-parto por parte de profissionais experientes em facilitar a normal fisiologia do nascimento e da amamentação e o acesso a cuidados obstétricos de emergência, se necessário. O recurso à intervenção médica na gravidez, trabalho de parto e parto pode salvar vidas. No entanto, quando utilizada de forma inadequada, a intervenção médica pode levar a complicações evitáveis causando danos e até a morte. O uso excessivo tem resultado num enorme aumento nos custos dos cuidados de saúde, limitando os recursos sem melhorar os resultados (WHO, 2013).

Deste modo, a partir de 1980, iniciou-se um movimento organizado para priorizar as tecnologias apropriadas ao parto, a qualidade da assistência à parturiente e a inutilização das

tecnologias danosas. No Brasil, esse movimento recebeu a denominação de humanização do parto. Há também uma legitimidade política, entre outras que reivindica humanização como defesa dos direitos humanos, almejando combinar direitos sociais, direitos reprodutivos e sexuais (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

O conceito de atenção humanizada ao parto envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes adequadas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Nos últimos 30 anos alguns trabalhos têm mostrado a importância na melhoria dos resultados da assistência materna e perinatal com a utilização de tecnologias apropriadas ao nascimento. A liberdade de movimentação, a presença do acompanhante e a possibilidade de ingerir alimentos são exemplos destas práticas ditas humanizadoras (DIAS, 2006).

Com o intuito de aplicar essas ações, o Ministério da Saúde instituiu no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002). Esse Programa foi criado para aprimorar o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984 e direcionado para a integralidade das ações na área da saúde da mulher, que ganhou mais força e ampliação em 2004, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com maior abrangência na atenção à saúde da mulher como um todo (ALMEIDA; TANAKA, 2009).

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

Existem poucos trabalhos científicos que avaliam a implantação dessas práticas e a percepção dos usuários em relação a elas. A produção científica nacional necessita ser ampliada, contribuindo para a implantação de serviços de atenção ao parto que privilegiem condutas menos intervencionistas, que atuem na perspectiva de propiciar a vivência do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras para a mulher (TARNOWSKI, 2005).

Nesse cenário, a *International Motherbaby Childbirth Organization* (IMBCO) em 2010 criou e desenvolveu a Iniciativa Internacional para o Nascimento Mãe/Bebê, conhecida globalmente como IMBCI pela sua designação em inglês - *International MotherBaby Childbirth Initiative* - abordando “10 Passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe/Bebê”.

A IMBCI tem como propósito tornar-se conhecida mundialmente e estimular a prática do modelo de cuidado Mãe/Bebê, uma abordagem não-intervencionista, que promove a saúde e o bem-estar de todas as mulheres e bebês durante a gravidez, o parto, o nascimento e o aleitamento, determinando um padrão mais elevado de excelência e resultados superiores do atendimento. A IMBCI lançou um projeto de demonstração deste modelo na prática que está sendo usado em três instituições – o Hospital Brome-Missisquoi-Perkins em Cowasville, no Canadá, um Centro de Parto Normal da Áustria e o Hospital Sofia Feldman, no Brasil (DAVIS-FLOYD *et al.*, 2010).

O Hospital Sofia Feldman foi um dos escolhidos por ser um hospital público com grande número de partos por ano e por ter um amplo trabalho na área da assistência ao parto humanizado.

O projeto visa a auto avaliação do hospital a fim de aplicar os “10 passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe/Bebê”. Essa auto avaliação está sendo realizada no referido hospital inicialmente através da aplicação de instrumentos da IMBCI que possuem diversas abordagens. No entanto, há um instrumento que não foi validado até o presente momento e que foi elaborado com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério, sob o ponto de vista da mesma, denominado “Questionário para as mulheres” (ANEXO A).

Nessa perspectiva, a utilização de tecnologias de enfermagem para promoção da saúde de gestantes e puérperas, em especial no que diz respeito ao parto humanizado, é importante, pois permeia e influencia as bases teóricas e práticas da enfermagem, bem como a interação, a comunicação humana e a observação. Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) enfatizam que é pouco divulgado o uso de tecnologias criadas pelos enfermeiros como instrumento de auxílio ao seu trabalho, sendo insignificantes as publicações em periódicos.

Diante disso, para incorporar a tecnologia na prática do enfermeiro, faz-se necessária a relação da tecnologia com o cuidado clínico. De acordo com Vieira, Silveira e Franco (2011) pouco se discute na literatura brasileira acerca do conceito da prática do cuidado clínico de enfermagem. Quando se aborda este fenômeno, geralmente se faz de forma naturalizada como se clínica e abordagem da doença fossem sinônimos.

A clínica ampliada apresenta-se como ferramenta para que a prática assistencial da enfermagem se volte para a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo. Nesse contexto, é necessário que a enfermagem desenvolva uma relação interdependente e recíproca com a parturiente a ser cuidada, propiciando as melhores condições de assistência para seu restabelecimento.

Percebe-se, então, a extrema importância de pesquisas que definam o perfil dos hospitais de referência do Estado acerca do cuidado ao binômio mãe-filho durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Uma vez elaborados esses dados, eles serão muito úteis para reorientar o modelo da assistência obstétrica, visto que serão apontadas as condutas condizentes e não condizentes com práticas humanizadas em cada instituição. Além disso, o conhecimento do perfil da assistência promovida à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério é essencial para o planejamento e direcionamento de políticas públicas que visem a promoção da saúde dos mesmos.

A partir dessas pesquisas, acredita-se que seja possível a identificação de quais passos dentre os “10 Passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe/Bebê” são mais fortes em cada instituição, para assim determinarem as medidas que garantam o sucesso de cada passo. Identificando as razões do sucesso, pode-se divulgar para a comunidade de saúde as práticas e medidas adotadas pela instituição modelo, possibilitando que sejam aplicadas em outros locais.

O uso do “Questionário para as mulheres” permitirá ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher recebe a melhor assistência durante o trabalho de parto e parto (ao verificar a pontuação de cada assertiva), possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do parto humanizado.

O interesse pelo presente estudo surgiu a partir da trajetória acadêmica da pesquisadora quanto bolsista do Programa de Educação Tutorial- PET desenvolvendo atividades de pesquisa, ensino e extensão no âmbito da saúde das gestantes e puérperas e à visita técnica da tutora do PET ao Hospital Sofia Feldman na qual a partir do conhecimento do “Questionário para as mulheres” suscitou o interesse em adaptá-lo e validá-lo.

Diante do exposto, essa pesquisa visa adaptar o “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência em Fortaleza, adotando criteriosamente os mesmos passos metodológicos de um processo de validação de conteúdo. Acredita-se que a validação de um instrumento dessa natureza, considerando de forma particular a realidade de Fortaleza, será de grande relevância para a promoção da saúde materno-infantil com projeção para o Ceará. O intuito da validação desse

instrumento adaptado à realidade de Fortaleza deu-se por não existir nos hospitais de referência que atendem demandas de mulheres advindas de todo o Ceará um questionário que fosse capaz de avaliar o trabalho de parto, parto e puerpério sob a ótica das puérperas. Destarte, a validação do “Questionário para as mulheres” poderá fornecer subsídios para a construção de intervenções personalizadas de acordo com a realidade de cada gestante/puérpera.

Logo, com a realização desta investigação, busca-se colaborar com a publicação de um instrumento que possa ser utilizado por enfermeiros, gestores de saúde e outros profissionais de todo o Ceará para que se possibilite construir novas evidências em relação às atitudes das mulheres frente ao processo de parturição, abrindo assim um painel de discussão na comunidade científica e clínica que culmine com o desenvolvimento de novas estratégias para a promoção do parto humanizado.

2 OBJETIVOS

- ✓ Adaptar o “Questionário para as mulheres” para a realidade da assistência em Fortaleza, adotando criteriosamente os mesmos passos metodológicos de um processo de validação.
- ✓ Realizar a validação aparente e a validação de conteúdo do “Questionário para as mulheres”;
- ✓ Proceder a análise semântica do “Questionário para as mulheres” com o estrato da população-alvo;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Validação de conteúdo de instrumentos na área da saúde materna

O processo de validação de conteúdo de instrumentos para aplicação em outro contexto cultural deve seguir algumas etapas. No entanto, de acordo com Whittemore; Knafl (2005) a combinação de diversas metodologias em determinados tipos de estudos contribui para a falta de rigor, a inacurácia e o viés, sendo recomendado o seguimento de padrões de rigor metodológico com eficácia comprovada.

Logo, reconhecendo que seguir um rigor metodológico é fundamental para um processo exitoso na validação de instrumentos, surgiu o questionamento sobre a existência de uma uniformidade nos passos metodológicos utilizados pelos pesquisadores para a etapa de validação de conteúdo de instrumentos na área da saúde materna.

Diante disso, analisou-se o percurso metodológico para a validação de conteúdo de instrumentos em dissertações e teses da enfermagem brasileira na área da saúde materna. Nesse sentido, com o propósito de se aprofundar em tal temática e conhecer instrumentos que avaliam a assistência promovida à mulher no ciclo gravídico-puerperal, foi realizada uma busca 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 (CEPEN), 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. Além disso, a busca também ocorreu no Repositório Institucional pertencente à Universidade Federal do Ceará (<http://www.repositorio.ufc.br/>), que tem como propósito reunir, armazenar, organizar, recuperar, preservar e disseminar a produção científica e intelectual da comunidade universitária (docentes, pesquisadores, técnicos e alunos de pós-graduação *stricto sensu*). A busca foi realizada referente às produções de 2000 a 2013.

Para que a revisão fosse bem estruturada foram desenvolvidos os seguintes passos: identificação do tema; formulação de uma questão norteadora; busca e seleção da literatura; categorização e avaliação dos estudos e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foi elaborada então a seguinte questão norteadora: *Qual o percurso metodológico utilizado para validação de conteúdo de instrumentos descritos em dissertações e teses da enfermagem brasileira, na área de saúde materna, nos últimos treze anos?*

Inicialmente houve o levantamento dos trabalhos na base de dados selecionada, 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 validação de conteúdo de instrumentos na área da saúde materna. Foram encontrados 46 trabalhos que abordavam a validação de instrumentos em áreas temáticas diversas, desses, apenas seis o fizeram na área saúde materna. Ressalta-se que dos seis estudos selecionados, cinco tratavam do processo de tradução, adaptação e validação de instrumentos, o que não invalidou a seleção dos mesmos, pois a proposta foi avaliar o percurso metodológico usado somente na etapa de validação de conteúdo.

Na busca pelos estudos desenvolvidos nos cursos de mestrado e doutorado brasileiros em Enfermagem que abordassem a validação de instrumentos, foram selecionados seis trabalhos que o fizeram na área de saúde materna, durante o período de 2000 a 2013. Destes, 4 (66,6%) corresponderam a teses de doutorado e 2 (33,3%) a dissertações de mestrado.

O referencial metodológico para a apresentação e análise dos dados referentes ao percurso da validação de instrumentos foi pautado na psicometria, segundo os princípios de Pasquali (1997, 1998, 1999, 2003). Segundo o mesmo, para que um instrumento de medida psicológica tenha sua face e conteúdo validado faz-se premente a avaliação teórica por parte de juízes: compreensão dos itens e análise dos juízes, pertinência dos itens do construto que representam e análise semântica/pré-teste (PASQUALI, 1998).

Os quadros 1 e 2 mostram os dados extraídos dos seis estudos analisados.

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

	<i>AUTOR</i>	<i>TÍTULO</i>	<i>ANO</i>	<i>ORIGEM</i>	<i>DIRECIONALIDADE TEMÁTICA</i>
Tese 1	Anne Marie Weissheimer	Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento <i>Prenatal Psychosocial Profile</i> (PPP)	2007	Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Assistência pré-natal
Tese 2	Mônica Oliveira Batista Oriá	Tradução, adaptação e validação da <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</i> (BSES): Aplicação em gestantes	2008	Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem	Aleitamento materno
Tese 3	Regina Claudia Melo Dodt	Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação	2011	Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem	Aleitamento materno
Tese 4	Milena Temer Jamas	Adaptação cultural e validação da escala para língua portuguesa da “ <i>Escala de Bienestar Materno em Situación de parto</i> (BMSP 2)”	2013	Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto	Bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto.
Dissertação 1	Samila Gomes Ribeiro	Tradução, Adaptação e Validação do <i>The Mother Generated Index</i> para Uso no Brasil	2013	Universidade Federal do Ceará/Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem	Qualidade de vida de puérperas

Dissertação 2	Fernanda Bigio Cavallieri	Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa de um instrumento para mensuração de gravidez não planejada (<i>London Measure of Unplanned Pregnancy</i>)	2011	Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem	Gravidez não planejada
---------------	---------------------------	--	------	---	------------------------

Fonte: CEPEN, 2013; Repositório Institucional, 2013.

Em relação aos dados de identificação dos estudos, elencados no Quadro 01, todos os autores especificaram no título tratar-se de um estudo de adaptação e validação de instrumento.

Constatou-se que, em 2007 e 2008, uma tese (16,6%) foi publicada com a temática em cada ano. Em seguida aparece o ano de 2011, com dois (33,3%) estudos e 2013 também com duas (33,3%) pesquisas publicadas.

Ao analisar a origem das produções em estudo, verificou-se homogeneidade nas regiões de elaboração dos estudos, visto que três (50%) foram desenvolvidas na Região Sudeste, mais precisamente na Universidade de São Paulo (USP) e três (50%) na Região Nordeste, na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Em relação à direcionalidade temática, uma tese (16,6%) enfocou a assistência pré-natal, duas (33,3%) o aleitamento materno, e a outra (16,6%) abordou o bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto e parto, uma dissertação (16,6%) explanou sobre a qualidade de vida das puérperas e a última (16,6%) sobre a questão da gravidez não planejada. Evidencia-se que não existem pesquisas na enfermagem relacionadas à assistência promovida à mulher no pré, trans e pós-parto envolvendo a metodologia citada.

No quadro 2, estão presentes os dados referentes ao percurso metodológico adotado pelos pesquisadores em estudo.

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

Teses e Dissertações	Comitê de Juízes	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO (ANÁLISE DE JUÍZES)	IVC	PRÉ-TESTE/ ANÁLISE SEMÂNTICA
Tese 1	Formado por três enfermeiras obstétricas e a pesquisadora.	Etapa realizada, mas não há clareza de como foi feita a Validação de conteúdo.	Não realizou o IVC	Aplicado a 39 gestantes um instrumento de avaliação qualitativa questionando-as sobre a compreensão do conteúdo dos itens, quais itens eram de difícil compreensão e qual a dificuldade em responder ao PPP-VP. Este instrumento contém apenas orientações para os coletadores sobre o quê deveria ser perguntado, sem haver padronização de perguntas.
Tese 2	Formado por três especialistas em mensurações e quatro especialistas em conteúdo	Avaliaram a clareza e a compreensão; associação com a confiança materna no ato de amamentar; classificação dos itens em domínios; relevância e o grau de relevância dos itens da escala.	IVC = 0,84	Aplicado a uma amostra de 30 mulheres (15 gestantes e 15 puérperas).
Tese 3	Formado por 11 juízes com experiência em aleitamento materno.	Avaliaram a clareza e compreensão dos itens; associação ao tema proposto e viabilidade da aplicação no exercício profissional; relevância e grau de relevância.	IVC= 0,92	Aplicado a uma amostra de dez mulheres que tiveram filhos.
Tese 4	Formado por 9 juízes	Etapa realizada, mas não há clareza de como foi feita a Validação de conteúdo.	Não realizou IVC	Aplicado a uma amostra de dez puérperas com características semelhantes às da população deste estudo.
Dissertação 1	Formado por 7 enfermeiros	Avaliaram 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	IVC= 0,90	Aplicado a uma amostra de 30 mulheres.

		relevante)		
Dissertação 2	4 juízes	Etapa realizada, mas não há clareza de como foi feita a Validação de conteúdo.	Não realizou IVC	Aplicado a uma amostra de oito mulheres. Ao término da aplicação, as mulheres responderam a pergunta: "Você entendeu o que foi perguntado neste questionário?". As respostas foram do tipo escala Likert: 0 –não entendi nada; 1 - entendi um pouco; 2 - entendi mais ou menos; 3 - entendi quase tudo, mas tive algumas dúvidas; 4 - entendi perfeitamente e não tenho dúvidas

Fonte: CEPEN, 2013; Repositório UFC, 2013.

Quanto às etapas do percurso metodológico, os dados coletados foram divididos em categorias, segundo as etapas descritas pelo autor adotado: validação de conteúdo e pré-teste/análise semântica. Ressalta-se que foi possível avaliar a composição do comitê de juízes e se houve a elaboração do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) nos estudos supracitados.

Na validação de conteúdo, constatou-se que três estudos afirmaram que a etapa foi realizada, porém não explicaram como ocorreu a validação. As outras três pesquisas descreveram que a validação de conteúdo foi realizada pela avaliação dos juízes dos aspectos relacionados à clareza e a compreensão, relação ao tema proposto, classificação dos itens em domínios, relevância e o grau de relevância dos itens do instrumento.

Ainda nesta etapa, duas teses e uma dissertação descreveram realizar o IVC no qual os valores obtidos foram 0,84, 0,92 e 0,90, respectivamente. Destaca-se que a validação de conteúdo, por ser um processo muito subjetivo, tem sido alvo de diversas críticas no meio científico e algumas estratégias têm sido desenvolvidas para torná-la mais objetiva. Uma delas é a construção do IVC preconizado por Waltz & Bausell (1981).

Percebe-se que todos os estudos formaram o comitê de juízes, porém com algumas variações na formação deste: na tese 1 o comitê contou com a participação de três enfermeiras obstétricas e a autora da tese; na tese 2 o comitê foi formado por três especialistas em mensurações e quatro especialistas em conteúdo; na tese 3 o comitê foi composto por 11 juízes com experiência em aleitamento materno. A tese 4 e dissertação 2 não especificaram as categorias dos juízes, apenas afirmando a quantidade dos mesmos. A dissertação 1 especificou que o comitê foi formado por sete enfermeiros selecionados por critérios adaptados de Fehring (RIBEIRO, 2013).

Diante da análise dos critérios estabelecidos pelos estudos analisados quanto à formação do comitê de juízes, percebeu-se que os referenciais metodológicos disponíveis são breves em sua descrição, não tecendo comentários aprofundados sobre sua composição. Ademais, não houve consenso no perfil desse grupo de *experts*.

Na etapa de pré-teste ou análise semântica, percebe-se que todos os estudos realizaram pré-teste com amostra variando de 8 a 39 mulheres. Dois estudos aplicaram questionários de avaliação às mulheres, nos quais elas deveriam avaliar a compreensão do conteúdo dos itens.

O pré-teste torna-se muito relevante ao 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.

Diante dos achados, considera-se ainda incipiente a produção científica brasileira de estudos metodológicos, que objetivem a validação de conteúdo de instrumentos, na área da saúde materna. Revela-se então a importância da ampliação da divulgação desse tipo de estudo, facilitando o acesso às respectivas produções. Para o alcance dessa meta faz-se necessário citar o tipo de estudo ou seu propósito em locais comuns de busca, como no título do trabalho, a exemplo do que observamos nas pesquisas analisadas.

Após análise dos estudos identificou-se a prevalência da não padronização do processo de validação de conteúdo. 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 O processo de humanização do parto

No início da década de 1990, era notório que o modelo de atenção ao parto e nascimento era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeitando os direitos da mulher. Em 1994 a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro foi pioneira com sua política prómulheres, ao publicar resolução determinando a obrigatoriedade de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e no parto nos hospitais municipais (RATTNER, 2009).

Em 1996 várias críticas já haviam sido explanadas acerca do excesso de intervenções, com isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou recomendações sobre tecnologias para atenção ao parto e nascimento, classificando as práticas com base em evidências científicas em:

Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou ineficientes a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada (RATTNER, 2009).

Ao final de 1997 foi elaborado um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas sobre o conceito “Natural é parto normal”. Em maio de 1998, o Ministério da Saúde adotou medidas objetivando mudanças: aumentando em 160% o valor da remuneração do parto vaginal; instituindo pagamento de analgesia de parto; para coibir o abuso das cesarianas no SUS, a portaria Nº 2816/1998 estipulou crítica para pagamento de cesarianas aos hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998, prevendo redução semestral gradativa, para alcançar 30% em 2000 (BRASIL, 1998a).

Essa portaria foi modificada pela Portaria Nº 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as gestões estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais (BRASIL, 2000a). No entanto, a denominação Humanização somente foi adotada oficialmente a partir de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria Nº 569/2000 e outras) (BRASIL, 2000b).

O termo humanização foi adotado com o sentido de equidade e cidadania, no qual garantia que toda gestante tinha direito ao atendimento pré-natal integral e completo - mínimo de seis consultas e a de puerpério, todos os exames preconizados, vacina antitetânica e garantia de vaga para o parto. Paralelamente, foram criados os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS, possibilitando a remuneração de enfermeira no atendimento ao parto eutócico (Portaria Nº 2815/1998) (BRASIL, 1998b).

À época, também foram publicadas normas técnicas sobre: pré-natal normal, de alto risco, parto normal, urgências e emergências, tradução das recomendações da Organização Mundial de Saúde, a Cartilha dos Direitos da Gestante e o Livro da Parteira, além da Agenda da Gestante, com orientações sobre gestação e atendimento. Em 2004 foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, uma parceria entre os diferentes níveis de governo – federal, estaduais e municipais. Outras iniciativas do Ministério da Saúde incluíram: campanhas pelo Parto Normal, humanizado, com presença de acompanhante, e pela redução das cesáreas desnecessárias, em 2006 e 2008. As iniciativas relatadas integram duas linhas de atuação estratégica: estímulo ao parto normal e humanizado e desincentivo à realização de cesáreas desnecessárias (RATTNER, 2009).

Percebe-se então que, no Brasil, ao longo das últimas décadas, está havendo uma articulação do movimento que objetiva devolver às mulheres o protagonismo no momento do parto e nascimento. Mulheres, organizações não governamentais, profissionais de diferentes áreas e também formuladores de políticas públicas de saúde têm se articulado em prol deste fato. A *Lei Federal nº. 11.108*, promulgada em 2005 é o exemplo de resultado positivo da ação desse movimento, que permite à mulher ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério (DIAS, 2011).

Em 2011, Dilma Rousseff lançou em Belo Horizonte a "Rede Cegonha", um programa para garantir o acolhimento das gestantes desde o diagnóstico de gravidez até depois do momento do parto dentro de uma perspectiva de humanização da assistência. Portanto, o tema é atual e da maior importância num país em que as desigualdades na assistência à saúde são tão marcantes.

3.3 Políticas de atenção voltadas ao ciclo gravídico-puerperal

No Brasil, as políticas públicas voltadas para atenção à saúde da mulher surgiram no início do Século XX. Nas décadas de 30, 40 e 50, a mulher era vista apenas como reprodutora. A partir da década de 60 diversos países se voltaram para o controle da natalidade que, no final da década de 70, ganharam destaque com os programas de “controle da natalidade” que negavam atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres (FREITAS *et al.*, 2009).

Todavia, foi ainda na década de 60 que o movimento feminista brasileiro criou forças e reivindicou a não-hierarquização das especificidades de homens e mulheres, contribuindo para trazer ao espaço público questões até então tratadas como de âmbito privado. O slogan *Nosso Corpo Nos Pertence*, traduzia a luta das mulheres contra a subordinação feminina, já que o caráter de objeto do corpo feminino é a face visível da subjugação das mulheres (FREITAS *et al.*, 2009).

Eram grandes as diferenças de gênero e isso promoveu um descontentamento crescente deste grupo. A partir de então, emergiu um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado apenas na função de reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito inerente a toda mulher (GIFFIN, 2002).

Apesar das limitações impostas pelo governo militar da época, o movimento feminista se reorganizou incitando debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira. Frente ao engajamento das mulheres na luta pelos seus direitos e por melhores condições de vida, o

Ministério da Saúde adotou as primeiras medidas oficiais voltadas para a assistência integral à saúde da mulher (FORMIGA FILHO, 1999).

A partir do processo de redemocratização da sociedade brasileira, após a queda dos regimes militares, os movimentos sociais passaram a reivindicar a reformulação do modelo de assistência à saúde no país. Debates acirrados ocorreram entre sanitaristas, profissionais de saúde, pesquisadores, sindicalistas, feministas, os quais lutavam pela reforma da saúde brasileira, baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (COSTA; AQUINO, 2000).

Ademais, o movimento feminista teve importante contribuição para a formulação do PAISM, lançado em 1983, pelo Ministério da Saúde. O PAISM representou um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil, modificando a história das políticas públicas voltadas às mulheres brasileiras (HEILBORN *et al*, 2009).

As diretrizes gerais do PAISM enfatizavam medidas direcionadas ao controle das patologias mais prevalentes na população feminina; previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina; instituíam, perante a ideia de integralidade do atendimento, a necessidade de uma nova postura laboral da equipe de saúde; pressupunham uma prática educativa abrangendo todas as ações a serem desenvolvidas, de modo que os participantes pudessem apropriar-se das ações. No que diz respeito à utilização de métodos contraceptivos, o PAISM aceitava a distinção entre sexualidade e procriação, respeitava a liberdade dos indivíduos envolvidos no processo reprodutivo e ofertava métodos de acordo com a intenção da mulher ou do casal em limitar a prole (BRASIL, 1984).

Entretanto, ao analisar criteriosamente os objetivos programáticos do PAISM notou-se algumas omissões, por exemplo, a saúde da mulher no climatério, tema que continuou não sendo abordado suficientemente, excluindo-se apenas as atividades de prevenção e controle do câncer do colo do útero e da mama e a identificação e controle de outras patologias de maior importância nesta população (SOUZA; SILVER, 2008).

Dentro do contexto da saúde materna e neonatal, um dos programas que veio marcar, a partir de 2000, a melhoria da assistência à saúde do binômio foi o PHPN, definido por priorizar o oferecimento de uma assistência pré-natal humanizada, assegurando a melhoria do acesso e qualidade às consultas pré-natal pelas gestantes, estendendo-se ao parto e puerpério, bem como à saúde do recém-nascido com vistas à garantia de sua cidadania (BRASIL, 2002).

O PHPN enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção. Suas principais ações para a redução da mortalidade materna, conforme definida no Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), visam garantir o direito da gestante ao acesso ao atendimento digno e de qualidade na gestação/parto e puerpério.

Além disso, o PHPN tem como uma de suas principais metas a redução da taxa de morbimortalidade materna e neonatal, através do custeio de ações que devem obedecer aos seguintes critérios mínimos: início da realização de consultas pré-natal até o quarto mês de gestação, sendo necessário realizar seis consultas de pré-natal durante a gravidez; realização de exames laboratoriais como: VDRL, testagem anti-HIV, ABO- Rh, urina de rotina, glicemia em jejum e aplicação de vacina anti-tetânica quando for preciso, reduzindo com isso a incidência de diversos agravos à saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido, dentre elas a transmissão vertical do HIV (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Em maio de 2004, após 20 anos de PAISM, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - Princípios e Diretrizes – elaborada com base na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) com a colaboração de vários setores da sociedade. A PNAISM está comprometida com a execução de medidas de saúde que cooperem para assegurar os direitos humanos das mulheres e que reduzam a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

Sob o enfoque de gênero, essa política agrega a totalidade e o fomento da saúde como fundamentos que o norteiam e tenta fortalecer os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando o progresso da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Acrescenta, além disso, as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer, bem como a prevenção e o tratamento de mulheres portadoras de HIV/Aids (BRAGA, 2009).

3.4 O cuidado clínico como prática de humanização na assistência à parturiente

O cuidado é a essência da prática clínica da enfermagem, que expressa a apreensão dos fenômenos da saúde e da doença tanto ao nível do sujeito como singularidade quanto como coletividade. No entanto, com o advento do modelo biomédico o cuidar, arraigado no propósito de

curar, constitui-se como o cumprimento da prescrição médica, caracterizando-se como um processo rotineiro e burocrático (SOUSA *et al.*, 2011).

O cuidado clínico aborda desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença situada no corpo até um plano relacional que tem nos sujeitos e nas suas existências, visando a cura e o alívio do sofrimento, bem como o desenvolvimento de autonomia das pessoas para lidarem com suas condições de vida, através do uso predominante de tecnologias leves e da construção dialogada entre trabalhador, usuário e sua família e equipe de saúde (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011; MATUMOTO *et al.*, 2011).

Acredita-se que o cuidado clínico, como foco central da enfermagem, deverá constituir-se no resgate do cuidado humano e na interação com o paciente.

Porém, o processo de cuidar não deve se basear somente na identificação dos sinais e sintomas clínicos da doença, mas nas modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos, as quais abalam a sua totalidade. Especificamente, no tocante à assistência humanizada durante o ciclo gravídico puerperal é importante que o cuidado clínico de enfermagem se direcione para as perspectivas individuais e coletivas das usuárias, considerando todo o seu ciclo vital, pois a enfermagem é uma profissão de prática social, científica, que produz tecnologia e inovação.

Ademais o cuidar não comporta somente a excelência na execução das intervenções de enfermagem durante o parto e o puerpério, mas, também a condição de que o acompanhante deverá em suas ações expressar a sua sensibilidade, fazendo com que a mulher perceba seu interesse e respeito, transmitindo-lhe segurança.

Relacionando o cuidado clínico como cuidado humano e entendendo que o parto desperta as mais variadas reações de ansiedade na parturiente, observa-se que a equipe de enfermagem deve estar preparada e ciente das complicações que sucedem cada reação.

De acordo com Silveira, Camargo & Crepaldi (2010), durante o período do parto há fatores como dor, sofrimento, solidão, hospitalização, estado do bebê, que causam medo na parturiente, resultando muitas vezes no descontrole das situações vivenciadas. Porém, as orientações contínuas, por parte dos profissionais da enfermagem, fornecendo explicações sobre as condições de evolução do parto, são estratégias apontadas para a superação destas dificuldades. Se a equipe de enfermagem não desenvolver um manejo correto, a experiência do parto poderá ser traumatizante, havendo maior probabilidade de complicações obstétricas.

Muitas maternidades não dispõem de meios adequados para a assistência humanizada que priorize a individualidade e a cultura de cada mulher. Neste cenário, ao necessitar da internação hospitalar a gestante é submetida às rotinas padronizadas da instituição, e muitas vezes, em virtude da sua situação socioeconômica dentre outros fatores, lhe é impossibilitado o direito à privacidade (CECCATO; VAN DER SAND, 2001).

Por isso, o cuidado baseado na prática clínica da assistência de enfermagem deve ser a filosofia da instituição, permitindo as condições indispensáveis para desenvolvê-lo, considerando, assim, que o significado do parto está intimamente relacionado com a subjetividade e a cultura de cada mulher, sendo vivido diferentemente entre as mesmas.

3.5 Histórico da criação do “Questionário para as mulheres” elaborado pela IMBCI

O serviço de uma maternidade deve estabelecer políticas escritas e que sejam aplicadas em nível de formação e de práticas, exigindo que os prestadores de cuidados implementem os “10 Passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe/Bebê”. Os 10 Passos da IMBCI baseiam-se nos resultados da melhor evidência que existe acerca da segurança e eficácia de testes específicos, tratamentos e outras medidas de intervenção para as mães e os bebês. “*Segurança*” significa que os cuidados prestados se baseiam nas evidências científicas que minimizam o risco de erro ou dano e defendem a fisiologia normal do parto e do nascimento. “*Eficácia*” significa que os cuidados prestados resultam nos benefícios esperados e são adequados às necessidades da grávida e do seu bebê, baseados em evidências claras. Cuidados seguros e eficazes da Mãe-Bebê dão os melhores resultados em termos de saúde e de benefícios, com uma utilização a mais adequada e conservadora possível de recursos e de tecnologia.

Os “10 passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe/Bebê” são os seguintes:

PASSO 1 - Tratar cada mulher com respeito e dignidade, oferecendo-lhe informação completa e envolvendo-a na tomada de decisões sobre o tipo de cuidado a ser prestado, a ela e ao seu bebê, numa linguagem que ela possa entender, conferindo-lhe o direito ao consentimento e recusa informados;

PASSO 2 - Possuir e aplicar, como norma, conhecimentos e técnicas de assistência ao parto que enalteçam e otimizem a fisiologia normal da gravidez, do parto, do nascimento, da amamentação e do período pós-parto;

PASSO 3 - Informar a mãe acerca dos benefícios de um apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto, defendendo o seu direito a receber esse apoio por parte dos acompanhantes da sua escolha, como o pai, o companheiro, membros da sua família, doulas ou outros. O apoio contínuo comprovadamente reduz a necessidade de analgesia intraparto, diminui o número de partos cirúrgicos e aumenta a satisfação da mãe na sua experiência de parto e nascimento;

PASSO 4 - Proporcionar métodos não farmacológicos de conforto e alívio da dor, explicando os seus benefícios por facilitarem um parto normal e evitarem danos desnecessários; mostrar às mulheres (e aos seus acompanhantes) como aplicar estes métodos, incluindo toque, abraços, massagem, trabalho de parto dentro de água e técnicas de relaxamento; respeitar as preferências e escolhas da mulher.

PASSO 5 - Estimular práticas baseadas nas evidências científicas comprovadamente benéficas no suporte à fisiologia normal do trabalho de parto, parto, e período pós-parto, incluindo:

- Permitir que o trabalho de parto se desenvolva ao seu ritmo natural, evitando intervenções baseadas em limites pré-estabelecidos de tempo e utilizar o partograma para registrar o progresso do trabalho de parto;
- Oferecer à mãe acesso ilimitado a comidas e bebidas que ela desejar durante o trabalho de parto;
- Apoiá-la para que caminhe e se mova livremente e ajudá-la a assumir as posições que escolher, incluindo pôr-se de cócoras, sentar-se ou ficar de quatro, e providenciar os meios para facilitar as posições verticalizadas;
- Utilizar técnicas para assistir à rotação do bebê in útero e para o nascimento por via vaginal de bebês em apresentação pélvica;
- Facilitar imediatamente, e de uma forma continuada, um contato pele-a-pele com a Mãe-Bebê que proporcione o calor, a ligação afetiva e o início da amamentação, para estimular o desenvolvimento e garantir que a Mãe-Bebê se mantenha inseparável;
- Permitir um tempo adequado para que o sangue do cordão umbilical se transfira para o bebê, pelo volume de sangue, oxigênio e nutrientes que fornece;
- Garantir que a mãe tenha acesso sem quaisquer restrições ao seu bebê enfermo ou prematuro, incluindo a utilização do “método canguru” e apoiar a mãe para que dê o seu próprio leite (ou outro leite humano) ao seu bebê quando a amamentação não é possível.

PASSO 6 - Evitar a utilização rotineira, num trabalho de parto e parto normais, de procedimentos e práticas que não tenham suporte científico. Quando consideradas para uma situação específica, o seu uso deve apoiar-se na melhor evidência, procurando que os benefícios sejam superiores aos potenciais danos e certificando-se que a questão foi amplamente discutida com a mãe para garantir o seu consentimento informado. Estas práticas incluem: Tricotomia, Enema, Descolamento das membranas, Ruptura artificial da bolsa, Indução médica e/ou aceleração do trabalho de parto, Exames vaginais repetidos, Recusa de alimento e água, Confinamento da gestante no leito, Administração de líquidos por via endovenosa de rotina, Monitorização fetal contínua (cardiotocografia), Alívio farmacológico da dor, Cateterização vesical de rotina, Colocação da mãe na posição de litotomia, Esforços expulsivos dirigidos, Manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero no período expulsivo), Episiotomia, Extração do bebê com uso de fórceps ou ventosa, Exploração manual do útero, Primeira ou subsequentes cesarianas, Aspiração do recém-nascido, Corte imediato do cordão, Separação da mãe e do bebê.

PASSO 7 - Implementar medidas que visem proporcionar bem-estar e evitar emergências, doenças e a morte da Mãe-Bebê:

- Providenciar a formação e promover o acesso a uma boa nutrição, água potável e um ambiente limpo e seguro.
- Providenciar a formação e o acesso a métodos que previnam a doença, incluindo a prevenção e o tratamento da malária e HIV/AIDS, assim como promover a vacinação contra o tétano.
- Providenciar a formação em sexualidade responsável, planejamento familiar e direitos reprodutivos da mulher, assim como providenciar o acesso a opções de planejamento familiar.
- Providenciar cuidados de suporte pré-natal, intraparto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido que contemplem a saúde física e emocional da Mãe-Bebê, dentro do contexto das relações familiares e do ambiente da comunidade.

PASSO 8 - Providenciar o acesso a tratamentos urgentes, eficazes e baseados na evidência científica no caso de surgirem complicações que envolvam risco de vida. Garantir que todos os prestadores de cuidados maternos e neonatais recebem uma formação adequada e contínua em técnicas de emergência, para um tratamento adequado e em tempo útil das mães e dos seus bebês recém-nascidos.

PASSO 9 - Providenciar um cuidado materno e neonatal continuado, em colaboração com todos os profissionais, as instituições e as organizações relevantes. Incluir neste cuidado continuado

os que assistem a nascimentos fora do hospital. Ou seja, os indivíduos dentro das instituições e organizações que oferecem serviços ligados à maternidade devem:

- Trabalhar em colaboração, ultrapassando barreiras culturais e institucionais, no sentido de providenciar a Mãe-Bebê os melhores cuidados possíveis, reconhecendo as competências específicas de cada um e respeitando os pontos de vista uns dos outros.
- Promover a continuidade dos cuidados prestados a Mãe-Bebê durante o trabalho de parto e parto, de entre um número reduzido de prestadores de cuidados.
- Promover a consulta e a transferência de cuidados, de uma forma adequada, para as instituições apropriadas e para especialistas relevantes.
- Assegurar que a mãe tem conhecimento dos serviços comunitários disponíveis, adequados às suas necessidades e às do seu bebê recém-nascido, e que possa aceder aos mesmos.

PASSO 10 - Aplicar as 10 medidas para se tornar um Hospital Amigo da Criança, da OMS/UNICEF:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno, afixada, que deve ser transmitida regularmente a toda a equipe de cuidados de saúde.
2. Dar formação à equipe de cuidados de saúde para que implemente esta política.
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.
7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Dar de mamar sempre que o bebê assim o desejar.
9. Não dar mamadeiras ou chupetas às crianças amamentadas ao peito.
10. Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes após a alta do hospital ou da maternidade.

A IMBCI teve sua origem no trabalho da “Comissão Internacional da Coalizão para a Melhoria dos Serviços de Maternidade” (*International Committee of the Coalition for Improving Maternity Services* (CIMS) e dá continuidade, em um nível global, ao trabalho iniciado em 1996

pela CIMS com a “Iniciativa do Parto Amigo das Mães” (*Mother-Friendly Childbirth Initiative*) nos Estados Unidos, que se focaliza na promoção do parto normal, evitando intervenções médicas desnecessárias e apoiando a amamentação.

O “Questionário para as mulheres” da IMBCI foi criado em 2010 a partir de uma lista preliminar de 28 variáveis desenvolvidas para que a IMBCO pudesse medir a conformidade em cada um dos 10 passos da IMBCI. Vários instrumentos de avaliação do cuidado com a puérpera foram usados no processo, juntamente com a literatura. Inicialmente, os passos da IMBCI foram mensurados através das opiniões sobre o atendimento recebido pelas mulheres identificando quais os passos estavam sendo utilizados. Porém, nem todos os passos puderam ser medidos dessa forma, sendo alguns avaliados pelos próprios cuidadores, pela administração ou através de dados estatísticos (como taxas de intervenção, por exemplo).

Em seguida, um primeiro conjunto de perguntas foi criado, contendo um esboço inicial com todas as questões possíveis e adequadas que poderiam ser feitas. Após este momento, o segundo projeto foi elaborado incluindo as questões mais adequadas, através de um questionário dirigido ao atendimento a mulheres que deram à luz por via vaginal e outro para as mulheres que tinham uma cesariana. Grande parte das perguntas são semelhantes para ambos os questionários, mas não todas, já que as experiências são diferentes. O segundo projeto do “Questionário para as mulheres” foi então enviado aos membros da IMBCO (Conselho de Administração, funcionários e alguns membros do Conselho Consultivo) para que os mesmos aprovassem.

O “Questionário para as mulheres” foi então traduzido para o francês, espanhol, português e alemão. Em seguida, um pré-teste foi realizado no local de demonstração no Brasil, o Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, no qual trinta mulheres foram convidadas a preencher o questionário e após isto, algumas questões foram modificadas de acordo com os resultados.

O “Questionário para as mulheres” tem sua versão para parto normal com 27 itens e sua versão para cesariana também com 27 itens. No entanto 20 itens são comuns aos dois questionários e os 14 restantes são diferentes, sendo 7 exclusivos para parto normal e 7 voltados para cesariana.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO: PSICOMETRIA

A validação de instrumentos pode ser realizada por meio de vários modelos metodológicos descritos na literatura, como: Modelo de Walker e Avant para análise de conceitos; o Modelo de Hoskins composto por análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica; o Modelo de Fehring que possui a validação de conceito e a validação clínica; e o Modelo Psicométrico de Pasquali (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Esses modelos são utilizados de acordo com o objeto estudado de forma isolada ou em conjunto.

A validação é um processo de investigação precisa de uma determinada inferência realizada a partir dos escores de um teste. O mesmo instrumento deve passar pela validação continuamente. Valida-se a interpretação dos dados decorrentes de um procedimento específico e o propósito pelo qual o instrumento está sendo utilizado, não propriamente o teste. Portanto, cada aplicação de um instrumento, pode corresponder uma interpretação dos resultados (RAYMUNDO, 2009).

Existem diversas maneiras de se examinar a validade de um instrumento. Em cada um há predominância de um dos tipos atuais conhecidos de validade, expresso sobre os modelos: validade aparente, de conteúdo, de critério e de construto (PASQUALI, 1999).

A validade aparente está relacionada ao que o instrumento transmite a quem possa estar respondendo, minimizando os prejuízos nas respostas ao item pela impressão que está sendo causada nos respondentes (FAYERS; MACHIN, 2007).

A validade de conteúdo verifica se as questões do teste são representativas do universo de todas as questões que podem ser feitas sobre o assunto, isto é, permite verificar se o instrumento contém todos os componentes e domínios relevantes relacionados ao fenômeno. A validade de critério analisa a relação sistemática entre os valores obtidos pelo construto com outros valores que devem predizer. Geralmente, é utilizado o coeficiente de correlação (GUBERT, 2011).

A validade de construto tem como ponto central a sua preocupação com a teoria. Não se trata, portanto, simplesmente de validar um teste, mas sim, de validar a teoria que dá sustentação ao teste. A validade do constructo refere-se à seguinte questão: qual o construto que o instrumento está realmente medindo? Obtêm-se as evidências necessárias para esse tipo de validação fazendo-se uma série de estudos inter-relacionados, por meio de testes estatísticos e das elaborações teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Assim, para guiar a validação do “Questionário para as mulheres” foi adotado o Modelo Psicométrico descrito por Pasquali (1999), o qual é dividido em três polos: teórico, empírico ou

experimental e analítico ou estatístico. Contudo, neste estudo, somente foi realizada uma etapa do polo teórico, uma vez que o instrumento já havia sido construído. Os demais procedimentos referentes aos outros polos serão planejados e realizados em estudos posteriores.

O polo teórico relaciona-se aos seis primeiros passos para a elaboração de instrumentos de medida: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do construto, operacionalização do construto e análise teórica dos itens. As três primeiras etapas dizem respeito à teoria, a quarta etapa contempla a teoria e a construção do instrumento, e as duas últimas etapas se referem especificamente à sua construção (JOVENTINO, 2010).

O polo empírico ou experimental refere-se às etapas da aplicação do instrumento piloto e da coleta de dados. Esse polo corresponde a duas etapas: planejamento da aplicação, e aplicação e coleta. Acerca do polo analítico ou estatístico, relaciona-se aos procedimentos estatísticos a serem efetuados sobre os dados, a fim de obter um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado. Esse polo é composto por quatro etapas: dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização (JOVENTINO, 2010).

Nesses três polos estão contidas as doze etapas necessárias para a sistematização na elaboração e validação de um instrumento de medida psicológica: sistema psicológico, propriedade do sistema psicológico, dimensionalidade do atributo, definição do construto, operacionalização do construto, análise teórica dos itens, planejamento da aplicação, aplicação e coleta, dimensionalidade do instrumento, análise empírica dos itens, fidedignidade do instrumento e normatização (JOVENTINO, 2010).

4.1 Análise teórica dos itens

Neste estudo, procedeu-se a etapa de Análise teórica dos itens. Com base nos itens, levanta-se a hipótese de que eles representem adequadamente o construto, no entanto, faz-se necessária a avaliação teórica por parte de juízes: análise semântica, compreensão dos itens, e análise dos juízes, pertinência dos itens do construto que representam.

4.1.1 Análise semântica dos itens

O intuito da análise semântica é verificar se todos os itens são entendíveis para a população, à qual o instrumento se destina. Destarte, esses membros irão analisar se o instrumento está ou não

medindo o que se propôs a medir, garantindo a chamada validade aparente do teste (PASQUALI, 1998).

Para a realização da análise semântica, o instrumento deve ser aplicado a uma amostra de aproximadamente 30 pessoas da população alvo e, em seguida, discute-se com eles as dúvidas que os itens suscitaram. Os itens que persistirem com deficiências no entendimento após no máximo cinco sessões devem ser descartados. Em seguida a essas sessões, deve ser realizada pelo menos uma sessão com um grupo de sujeitos do estrato mais sofisticado, para garantir a validade aparente dos itens (PASQUALI, 1998).

4.1.2 Análise dos juízes

É chamada de análise de conteúdo, na qual os juízes devem ser peritos na área do construto, pois estes devem ajuizar se os itens referem-se ou não ao aspecto em questão. Uma concordância de 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item; caso esse valor não seja atingido, preferencialmente este item deve ser descartado.

5 METODOLOGIA

5.1 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.

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a pesquisa metodológica procura elaborar, validar e avaliar instrumentos com vistas a ser utilizados por outros pesquisadores. Portanto a investigação metodológica inclui alguns passos, como: definição do construto, elaboração dos itens do instrumento e avaliação psicométrica (testes de confiabilidade e validade). Esses procedimentos diferem de acordo com o uso, propósito e fase de evolução do instrumento. Todavia, o aspecto mais significativo e criticamente importante na pesquisa metodológica é a avaliação psicométrica.

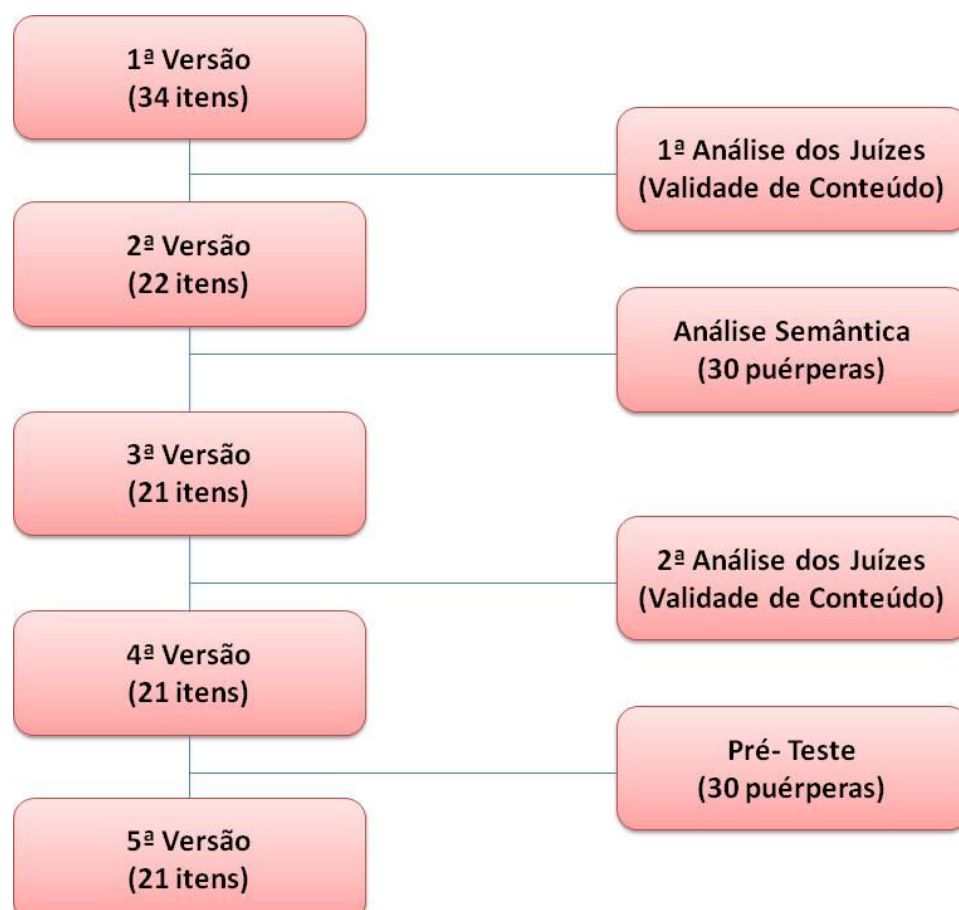
5.2 Propriedades Psicométricas

5.2.1 Validade de um instrumento

Neste estudo, procedeu-se somente as validades aparente e de conteúdo, devido ao fato de que não existe no contexto cultural do Brasil um instrumento que pudesse ser utilizado como padrão ouro para que fosse realizada a validade de critério. A validade de construto será realizada em estudos posteriores.

Tendo em vista que, para se chegar à última versão do “Questionário para as mulheres” adaptado à Fortaleza, percorreram-se inúmeras etapas, as quais originaram cinco versões diferentes do questionário, optou-se por representar este percurso metodológico por meio de um esquema que especifica cada versão do questionário e sua quantidade respectiva de itens, conforme se pode observar na **Figura 1**.

Figura 1. Representação gráfica do número de itens, conforme cada versão do instrumento e cada etapa de validação do “Questionário para as mulheres”. Fortaleza, 2013.



Primeira Análise dos Juízes (Validação de Conteúdo)

Para proceder à primeira análise dos juízes (validação de conteúdo), os mesmos receberam em abril de 2013 uma carta-convite para participarem da pesquisa (APÊNDICE A), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), juntamente com um instrumento de análise da primeira versão contendo os itens do questionário e quatro questões a serem respondidas em relação a cada item (27 itens do “Questionário para as mulheres - parto normal” e os 7 itens que eram diferentes do “Questionário para as mulheres - cesariana”) (APÊNDICE C) e um questionário de caracterização relacionado à sua qualificação e trajetória profissional (APÊNDICE D).

No instrumento de análise da primeira versão do questionário, os itens foram alocados de maneira que os juízes procedessem à avaliação quanto à clareza e a compreensão, associação com a percepção da puérpera, relevância e o grau de relevância dos itens do questionário, além de um espaço destinado para possíveis alterações e sugestões por parte dos juízes.

Foi estabelecido um prazo de quinze dias para os especialistas avaliarem o questionário e devolver o formulário com sugestões e/ou correções. Destaca-se que esse prazo foi estendido diversas vezes. Assim, somente após 50 dias foi possível finalizar a coleta de dados com os especialistas e proceder às fases seguintes.

Para concluir o processo de análise da primeira versão do questionário, houve um encontro entre a pesquisadora e cada juiz, quando foram feitas as sínteses e discussões sobre a apreciação do instrumento. Após o julgamento, foram incorporadas as modificações e se estabeleceu como critério de aceitação a concordância entre os especialistas igual ou superior a 80%, em cada item (PASQUALI, 2003). Aqueles itens que não atingissem a concordância prevista foram descartados do instrumento (NÓBREGA, 2011).

Ressalta-se que o objetivo da etapa de análise dos juízes é verificar a adequação da representação comportamental dos atributos, ou seja, realizar a validação do conteúdo do instrumento pretendido (PASQUALI, 1998).

Para participar desta análise, formou-se um comitê de juízes peritos na temática do questionário, com a tarefa de ajuizar se os itens avaliados estavam se referindo ou não ao propósito do instrumento em discussão. Para evitar questionamentos dúbios e eliminar o risco de empate na avaliação, trabalhou-se com o número ímpar de juízes (AGUIAR, 2010).

Os juízes foram selecionados por meio da amostragem de rede ou *bola de neve*, uma técnica utilizada para encontrar amostras difíceis ou impossíveis de serem localizadas de outras formas (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). Logo, trata-se de uma amostragem por conveniência, pois quando era identificado um sujeito que se enquadrava nos critérios de elegibilidade necessários, era solicitado ao mesmo que sugerisse outros possíveis participantes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

É importante ressaltar que, para a validação de conteúdo é essencial que os juízes sejam realmente *experts* na área de interesse do construto, pois somente assim terão a capacidade de analisar corretamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos.

No entanto, na ótica de Chaves (2008) e Galdeano; Rossi, (2006), a seleção de peritos é uma questão que tem gerado controvérsias na literatura, pois não há consenso sobre os critérios que tornam o enfermeiro “um perito” e muitos estudos de validação de conteúdo têm utilizado uma variedade de critérios para definir a inclusão da amostra ou, simplesmente, não especificam os critérios adotados (OLIVEIRA; CHIANCA; RASSOOL, 2008; SILVA *et al.*, 2006). Nesse cenário, o processo de validação é prejudicado, pois a adoção de critérios inadequados interfere na fidedignidade dos achados (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Diante disso, Carvalho *et al.* (2010), em pesquisa de levantamento bibliográfico sobre os critérios utilizados para classificação de juízes, identificaram que a maioria dos autores tem utilizado os critérios de Fehring (1994) adaptados.

Destarte, por não ter sido identificada nenhuma padronização de seleção dos juízes para validação de conteúdo de instrumentos e levando em consideração a necessidade de estabelecer parâmetros para a seleção dos juízes, construiu-se um sistema próprio de classificação de juízes (**Quadro 3**), à luz dos critérios adotados por Fehring (1994) e dos achados de Carvalho *et al.* (2010).

Neste sentido, os sujeitos encontrados pelo critério *bola de neve*, para participarem do estudo, deveriam obter pontuação mínima de cinco pontos (FEHRING, 1994) no referido sistema de classificação de juízes (**Quadro 3**). Mediante obediência a essas condições, foi possível obter a participação de sete juízes.

Quadro 3 – Sistema de Classificação de Juízes, segundo critérios próprios. Fortaleza, 2013.

Crítérios de classificação dos juízes	Pontuação
Ser doutor	4 pontos
Tese na temática do construto de interesse *	2 pontos
Ser mestre	3 pontos
Dissertação na temática do construto de interesse*	2 pontos
Possuir prática (clínica, ensino ou pesquisa) na área do construto de interesse*	2 pontos
Ser especialista na área relacionada ao construto de interesse*	2 pontos
Autoria de artigos publicados em periódicos que abordem a temática do construto de interesse*	1 ponto

*Área do construto em interesse: Saúde Materna; Humanização do Parto e Nascimento; Enfermagem obstétrica.

Os dados dos juízes foram obtidos por meio de questionários de caracterização relacionado à qualificação e trajetória profissional (APÊNDICE D) entregues aos juízes e preenchidos pelos mesmos, além de consulta aos seus currículos disponibilizados pela Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)¹.

Por ser um processo muito subjetivo, a validade de conteúdo tem sido alvo de diversas críticas no meio científico. Logo, utilizou-se a construção do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que quantifica a concordância entre os *experts*. No entanto, muitas publicações científicas não esclarecem como chegaram ao IVC publicado, sendo proposto 3 equações matemáticas para se calcular o IVC: o SVI-Ave (média dos índices de validação de conteúdo para todos os itens do questionário), SCVI/UA (proporção de itens de um questionário que atinge escores 3 – relevante e 4 – muito relevante, por todos os especialistas) e o I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006).

Apesar do valor do IVC igual a 1 indicar concordância plena, isso não indica que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas sim que há uma harmonia entre os escores de um especialista em relação aos escores dos demais (ORIÁ, 2008).

Ressalta-se que foram consideradas todas as sugestões dos juízes, sendo alguns itens do questionário modificados e outros excluídos. Dessa forma, originou-se a segunda versão do questionário, com 22 itens (**Figura 1**).

Análise Semântica

Após a primeira versão do instrumento ter sido revisada criticamente pelos juízes, originou-se a segunda versão do questionário (22 itens) (**Figura 1**), a qual foi aplicada em julho de 2013, a 30 puérperas.

Tal etapa foi realizada após o consentimento livre e esclarecido das puérperas (APÊNDICE E). Assim, aplicou-se a segunda versão do questionário, composta por 22 itens (APÊNDICE F), além de um formulário que abordava dados socioeconômicos e demográficos, a história ginecológica das participantes (APÊNDICE G). Este formulário foi constituído por três partes distintas descritas a seguir:

1

¹ Plataforma Lattes do CNPq. Disponível em: < <http://lattes.cnpq.br/>>.

Parte I: Tem foco principal os dados de identificação, e informações socioeconômicas para se obter um painel geral das condições em que o binômio mãe-filho vive.

Parte II: Nesta segunda parte foram registrados os antecedentes obstétricos da participante, com especial destaque para sua experiência prévia na gestação anterior.

Parte III: Foram destacadas informações da gravidez atual para que fosse possível interagir com a mulher de forma a conhecer sua realidade nessa nova gestação.

Após esta etapa de análise semântica, foram realizadas algumas alterações nos itens do instrumento, tendo sido agrupados dois itens em um. Assim, a terceira versão do questionário possuiu 21 itens (**Figura 1**). A fim de obter nova adequação dos itens, optou-se por uma segunda fase com os juízes. Tal etapa também se mostrou necessária no estudo de Barroso (2008) e Joventino (2010).

Segunda Análise dos Juízes (validação de conteúdo)

Após as modificações realizadas pelos sujeitos que participaram da análise semântica, a terceira versão do questionário foi entregue aos mesmos juízes da primeira análise. Os juízes escolhidos foram os mesmos devido à comodidade para o pesquisador e por estes terem sido considerados uma amostra extremamente qualificada para realizar as análises, não havendo a necessidade de expandi-la ou substituí-la. Esta etapa do estudo ocorreu em agosto e setembro de 2013. O instrumento, nesta segunda análise dos juízes, possuía 21 itens. Além disso, foi entregue aos juízes um instrumento (APÊNDICE H) com a primeira versão do item, analisada na etapa denominada “Primeira análise dos juízes”, e, ao lado, a versão modificada do item a ser avaliada nesta “Segunda análise dos juízes”. Com isso, os juízes tiveram a oportunidade de verificar os motivos que levaram o questionário passar de 34 itens (primeira versão) para 21 itens (terceira versão) (**Figura 1**). Contudo, os *experts* deveriam analisar apenas a existência de relevância (sim/não) e o grau de relevância dos itens (1 - irrelevante, 2 - pouco relevante, 3 - realmente relevante, e 4 - muito relevante). Continuou-se considerando o critério de pertinência do item de, pelo menos, 80% de concordância entre os juízes, sendo que os itens que não atingiram tal porcentagem foram descartados das versões seguintes do questionário (PASQUALI, 1998). Além disso, realizaram-se os cálculos do SVI-Ave, SCVI/UA e I-CVI, conforme se procedeu na primeira análise dos juízes.

Ressalta-se que os juízes acataram todas as modificações realizadas no questionário até o momento e suas sugestões em relação aos 21 itens submetidos à segunda análise foram respeitadas. Dessa forma, a quarta versão do questionário continuou composta por 21 itens (**Figura 1**).

Pré-teste

Após as modificações sugeridas pelos juízes e considerando os índices de concordância calculados, obteve-se a quarta versão do questionário (21 itens), que foi pré-testada na presente etapa (**Figura 1**).

O pré-teste é um ensaio para determinar se o instrumento foi formulado com clareza, imparcialmente, e se é realmente útil para a geração das informações desejadas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

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

Assim, a quarta versão do questionário (21 itens) (APÊNDICE I) foi aplicada a uma amostra de 30 puérperas. Foi considerado como critério de exclusão ter participado da etapa de análise semântica da referida pesquisa, pois isto poderia influenciar no grau de compreensão das mulheres acerca dos itens do questionário.

O pré-teste foi realizado com o estrato mais baixo da população-alvo (PASQUALI, 1998), por meio de entrevista, tendo ocorrido em outubro de 2013.

Nesta etapa, após o convite verbal para participação no estudo e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), as mulheres foram entrevistadas, respondendo a um formulário que abordava dados sociodemográficos e obstétricos (APÊNDICE G), bem como os itens que compunham a quarta versão do questionário (APÊNDICE I) (**Figura 1**).

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

Dessa forma, realizada a adequação sugerida pelas puérperas, obteve-se a quinta versão, ou seja, o instrumento-piloto, o qual permaneceu com 21 itens (**Figura 1**).

5.3 Local da Pesquisa

As etapas de análise semântica e pré-teste foram realizadas na unidade de alojamento conjunto de uma instituição pública (hospital maternidade), vinculada ao Sistema Único de Saúde, localizado na Secretaria Executiva Regional VI no município de Fortaleza, Ceará, onde são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Trata-se de uma maternidade que oferece serviços de obstetrícia de média e alta complexidade, clínica geral e pediatria no pronto atendimento, realizando em média 400 partos por mês. Destacam-se os Programas “Parto que te quero perto”, experiência piloto, que deverá ser ampliada para as outras maternidades da rede municipal, o qual estimula a participação do homem ao longo de todo o processo gestacional, fortalecendo o vínculo com a mulher, o bebê e o hospital.

Quanto à escolha da instituição, justifica-se por ser um hospital de referência municipal na humanização do parto e nascimento e campo de atuação de docentes e alunos do curso de graduação em Enfermagem da UECE.

5.4 População e Amostra

A população da fase de validação aparente e de conteúdo foi composta por sete enfermeiros cearenses com domínio do conteúdo e conhecimento em pesquisa metodológica. A análise semântica e o pré-teste foram realizados com 30 puérperas em cada etapa. O tamanho da amostra da análise semântica e do pré-teste foi determinado conforme Beaton *et al.*(2007), os quais sugerem uma amostra de 25 a 30 sujeitos.

5.5 Coleta de Dados

A coleta de dados nas fases de análise semântica e pré-teste foi realizada por meio de entrevistas, tendo sido esta opção escolhida para se evitar possíveis constrangimentos para as puérperas, visto que algumas não sabiam ler nem escrever.

A entrevista é um método de coleta de dados no qual um entrevistador faz perguntas dissertativas ou de múltipla escolha por meio de questionamentos verbais ao sujeito da pesquisa, podendo ser face a face ou por telefone (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

Esse método possui várias vantagens, como: torna-se mais difícil de a pessoa se negar a responder às perguntas, pois está diante do entrevistador; favorece também a participação de crianças, pessoas muito idosas, deficientes visuais e analfabetos; permite o esclarecimento de

informações dúbias, a possibilidade de observar o nível de entendimento e o grau de cooperação da pessoa que responde (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Ademais, através da entrevista, tem-se a certeza de quem está respondendo as perguntas, fato que não ocorre quando, por exemplo, questionários são enviados via correio; o pesquisador possui controle acerca da ordem das perguntas, não havendo a possibilidade de o respondente modificá-la; dessa forma, as entrevistas permitem a coleta de dados mais ricos e complexos (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001).

A aplicação de um instrumento está sujeita a alguns riscos, dentre os quais a parcialidade do conjunto de respostas é considerado o mais comum. Podem ser divididos em três tipos: 1. Parcialidade pelo desejo de aceitação social, 2. Parcialidade extrema do conjunto de respostas e 3. Parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Quando o sujeito tende a esconder suas características respondendo os itens que sejam consistentes com a opinião social vigente ocorre a **parcialidade pelo desejo de aceitação social**; a **parcialidade extrema do conjunto de respostas** é a tendência de expressar atitudes ou sentimentos com respostas extremas (ex.: sempre) levando a distorções, por fim a **parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas** é a concordância com os itens do questionário independente de seu conteúdo por pessoas que tendem responder 'sim'. A tendência de não concordar com os itens independente de seus conteúdos é menos comum (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Para minimizar estes erros foi promovida uma atmosfera amigável e descontraída durante a aplicação do questionário, afirmando não haver uma resposta certa ou errada, sendo cada puerpera livre para responder o que mais se aproxima de sua realidade, e ao garantir a confidencialidade das respostas.

Os instrumentos utilizados no momento da coleta de dados foram a segunda e a quarta versão do "Questionário para as mulheres", compostas por 22 e 21 itens, respectivamente (APÊNDICE F e I) e um formulário elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE G).

Anteriormente à elaboração da pesquisa estabeleceu-se contato com os membros canadense e brasileiro da IMBCO por meio de correio eletrônico e lhes foi apresentado às intenções da referente pesquisa. Ambos incentivaram a pesquisa, mostrando interesse nos resultados obtidos e em dar continuidade ao projeto no Ceará, autorizando a validação do instrumento da IMBCI (ANEXO C).

5.6 Análise e apresentação dos dados

Os dados obtidos junto aos juízes foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa *Excel 7.0*. Os dados quantitativos obtidos através dos formulários dos dados socio demográficos e obstétricos aplicados às puérperas foram processados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e analisados por meio de frequência relativa e porcentagem. Os dados foram apresentados por meio de quadros e tabelas e posteriormente analisados à luz da literatura pertinente sobre o assunto.

5.7 Aspectos éticos

Conforme o preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil, em concordância com a Resolução nº 466/2012, que assegura o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e aprovado mediante o parecer nº 314.363 (ANEXO D).

Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e após leitura em conjunto com a pesquisadora, estando as participantes de acordo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE E), que dava-lhes a garantia de sigilo e privacidade, bem como a liberdade de recusar o consentimento sem qualquer tipo de penalização.

Ademais, seguindo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, foram incorporados ao estudo os quatros 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).

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Primeira Análise dos Juízes (Validação de Conteúdo)

Os sete juízes que avaliaram o conteúdo do “Questionário para as mulheres” eram enfermeiras, cearenses, todas do sexo feminino e tinham entre 10 e 23 anos de experiência profissional, apenas uma tinha experiência inferior a 10 anos. Todas atuavam diretamente na assistência à gestante/puérpera em instituições de referência no Estado do Ceará e quatro tinham experiência simultânea nas áreas de assistência, ensino e pesquisa. Três juízas apresentaram experiência anterior com validação de instrumentos.

A área temática das teses que contemplaram o critério “possuir tese na área de interesse do construto” foi saúde materna. Já as dissertações consideradas na área de interesse do construto foram relacionadas à Saúde Materna; Humanização do Parto e Nascimento; Enfermagem obstétrica. A especialização das sete participantes que se relacionava à área de interesse do construto foi Enfermagem Obstétrica (N=7).

Logo, após a análise dos questionários de caracterização das juízas, observou-se que duas obtiveram 11 pontos no Sistema de Classificação de *Experts* adotado, quatro alcançaram 10 pontos e uma conseguiu atingir 7 pontos. Tais achados demonstram o elevado nível de *expertise* das juízas selecionadas, pois todas superaram o valor mínimo necessário de 5 pontos para participação no estudo.

Tabela 1 – Caracterização dos juízes participantes do estudo, segundo o Sistema de Classificação de *Experts* adotado. Fortaleza, 2013.

Crítérios de classificação dos juízes (N=7)	N	%
Ser doutor	2	28,6
Tese na temática do construto de interesse*	2	28,6
Ser mestre	5	71,7
Dissertação na temática do construto de interesse*	2	28,6
Possuir prática (clínica, ensino ou pesquisa) na área do construto de interesse*	7	100
Ser especialista na área relacionada ao construto de interesse*	7	100
Possuir artigos publicados em periódicos que abordem a temática do construto de interesse*	6	85,7

*Área do construto em interesse: Saúde Materna; Humanização do Parto e Nascimento; Enfermagem obstétrica.

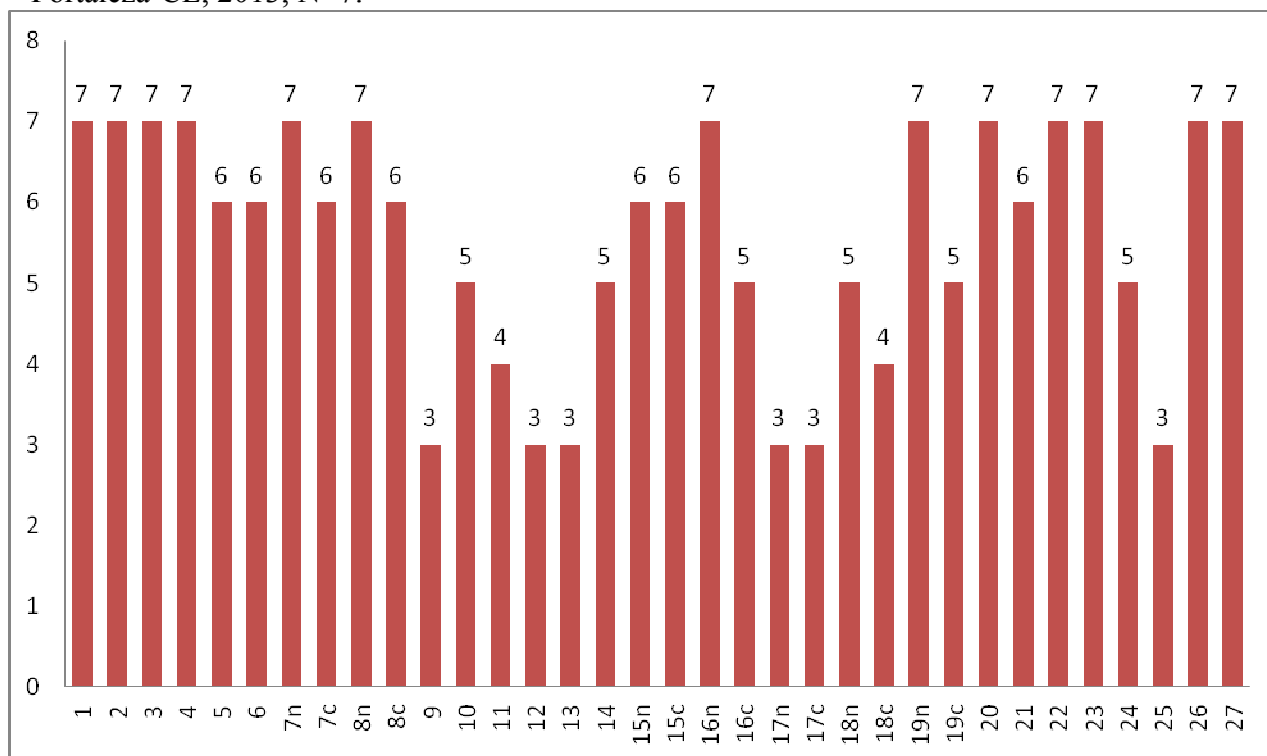
Cada juíza recebeu os dois “Questionários para mulheres”, um instrumento (APÊNDICE C) contendo todos os 27 itens do “Questionário para as mulheres - parto normal” e os 7 itens que eram diferentes do “Questionário para as mulheres - cesariana” e quatro questões a serem respondidas em relação a cada item: 1. avaliar a clareza e compreensão de cada item, 2. associação com percepção da puérpera, 3. avaliar a relevância e 4. avaliar o grau de relevância dos itens do instrumento.

Os 7 itens distintos do “Questionário para as mulheres - cesariana” foram denominados com a letra c (7c, 8c, 15c, 16c, 17c, 18c, 19c) para diferenciar dos 7 itens do “Questionário para as mulheres - parto normal” que foram denominados com a letra n (7n, 8n, 15n, 16n, 17n, 18n, 19n). Os demais itens não receberam modificações por serem idênticos para os dois questionários.

Sendo assim, as sete juízas que atenderam aos critérios de seleção participaram da validade aparente e de conteúdo dos 34 itens do questionário (primeira versão). A respeito da validade aparente do questionário, esta é uma maneira subjetiva de validar um instrumento, consistindo no julgamento quanto à clareza e compreensão, no entanto a mesma não deve ser utilizada isoladamente (WILLIAMSON, 1981).

Em relação a essa validade, foram considerados claros e compreensíveis os itens que obtiveram concordância de, no mínimo, 80% das juízas, segundo recomenda Pasquali (2003). Assim, o item foi considerado claro e compreensivo quando seis ou mais juízas concordaram quanto a esse quesito, conforme se observa no **Gráfico 1**.

Gráfico 1. Distribuição das juízas segundo a clareza e compreensão de cada item do questionário. Fortaleza-CE, 2013, N=7.



Observa-se que 13 itens tiveram 100% de concordância conforme a avaliação das juízas sobre clareza e compreensão. Os itens 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16c, 17n, 17c, 18n, 18c, 19c, 24 e 25 não foram considerados claros e nem compreensíveis pelas juízas já que apresentaram menos de 80% de concordância.

O item 9 (*Se tive trabalho de parto e fui acompanhada por uma doula nesse período, ela foi bem recebida pelos profissionais*), foi considerado inadequado pelas juízas, pois as mesmas afirmaram que a doula já faz parte do serviço e neste caso não precisaria ser aceita pelos profissionais. Além disso, em algumas instituições do Ceará não existem doulas.

No entanto, como se trata de um questionário que deverá ser utilizado em âmbito nacional, foi decidido, em comum acordo entre a pesquisadora e as juízas, que o item deveria permanecer com algumas modificações, pois a presença das doulas certamente faz parte da realidade das instituições de saúde de outros estados.

A Organização Mundial de Saúde, no guia de Assistência ao Parto Normal: um guia prático, se refere à doula como uma prestadora de serviços que recebe um treinamento básico sobre parto e que está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência. Fornece apoio

emocional, medidas para proporcionar o conforto materno, contato físico, esclarecimentos sobre o que está acontecendo durante o processo de parto e nascimento, uma presença amiga, constante (OMS, 1996).

O Ministério da Saúde em sua publicação, Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (Brasil, 2001) define doula como uma acompanhante treinada que, além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o desenrolar do processo de parto e nascimento, esclarecendo-a quanto às intervenções e procedimentos, para que a mesma possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas neste momento.

Durante o parto, a doula funciona como uma ponte entre a equipe de saúde e o casal. Fala em uma linguagem acessível das técnicas e procedimentos a serem realizados, desenvolvendo uma escuta ativa e com isso sendo mais receptiva. Ela auxilia a parturiente a encontrar posições mais confortáveis para o processo de parto e nascimento, mostra formas eficientes de respiração e propõe medidas naturais que possam aliviar as dores, como banhos, massagens nas costas, relaxamento e ao segurar na mão da parturiente, oferece confiança e carinho. Assim sendo, promove autoconfiança, estimula a auto-estima da mulher, fazendo-a acreditar na sua capacidade (SOUZA; DIAS, 2010).

Concordou-se com o exposto pelas juízas 1, 2, 3 e 7 no que concerne ao agrupamento do item 10 (*Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar as técnicas que aumentam meu conforto como:*) com o item 13 (*Me foram oferecidos métodos não medicamentosos para alívio da dor*). As juízas relataram que a frase do item 13 “Métodos não medicamentosos” não seria entendível pelas puérperas, já o termo “Técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor” seria mais acessível às mesmas. Assim, o item 10 associou-se com o 13.

Existem vários métodos não medicamentosos que ajudam a aliviar a dor e promover o conforto. Em pesquisas realizadas por Souza; Gaiva; Modes (2011) e Silveira; Camargo & Crepaldi (2010) a importância do toque foi apontada como técnicas para proporcionar conforto e reduzir as dores, simbolizando a quebra de barreiras entre profissional e usuário, pois estabelece o contato direto e a disponibilidade para compartilhar o que o outro sente. Não é por acaso que o ato de segurar a mão significa oferecer apoio. Por se sentir fragilizada pelas dores, o toque de outra pessoa (enfermeira, doula, familiar) transmite à mulher sensação de carinho e presença, que a alegra e fortalece.

As pesquisas também referem intervenções positivas que geraram boas percepções das mulheres, como: utilizar técnicas de cuidado como deambulação, *cavalinho*, *bola de parto* e banho de aspersão para fortalecer a musculatura pélvica, auxiliar na dilatação do colo do útero e para o alívio das dores e relaxamento (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011; CAUS *et al.*, 2012; TELES *et al.*, 2010).

O item 14 (*Eu pude comer e beber o quanto quis durante meu trabalho de parto*) não atingiu 80% de concordância entre as juízas, pois se questionou o fato de que as gestantes que entrassem em trabalho de parto e fossem submetidas à cesariana teriam que permanecer em jejum.

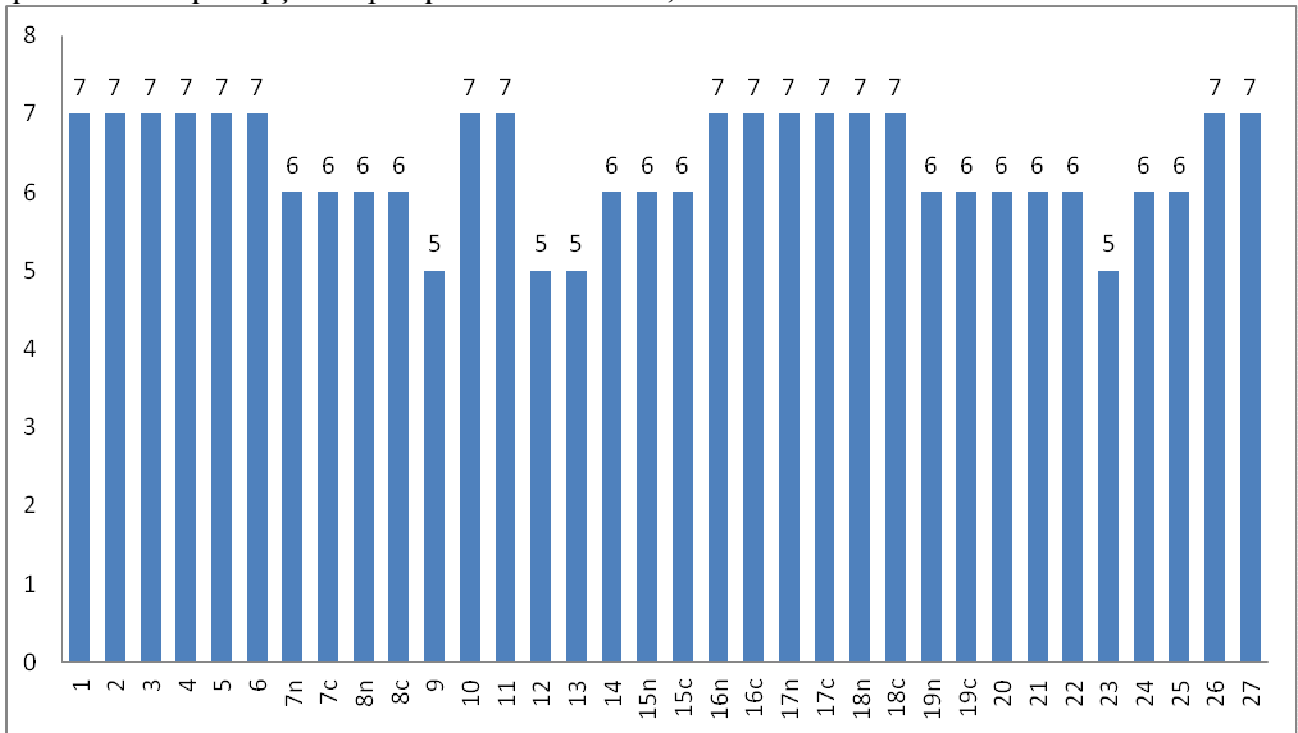
O item 17n (*Durante minha internação, eu recebi informações adequadas sobre tudo o que eu quis acerca do que foi planejado e o que aconteceu: no trabalho de parto, parto, tratamentos e suas alternativas, amamentação, etc.*), foi alterado, pois concordou-se com as juízas 3 e 7 que consideraram semelhante ao item 2 (*Durante minha internação, recebi informações que foram explicadas de forma que eu pudesse facilmente entender*) pois ambos estavam relacionados às informações dadas às puérperas. Assim, o item 2 associou-se ao 17n.

O item 24 (*Eu fui informada sobre métodos efetivos de planejamento familiar durante minha gestação ou antes de deixar o serviço*) teve o termo “métodos efetivos” alterados para “métodos contraceptivos” mediante sugestões das juízas 4 e 6 por considerarem que as puérperas teriam mais familiaridade com o último termo.

O item 25 (*Eu vou ter alta com tudo o que preciso para um efetivo planejamento familiar: explicações, folhetos, prescrições etc.*) teve sua estrutura modificada pelas juízas 4 e 6, pois as mesmas afirmaram que só saber se a mulher terá ou não alta com as informações que precisa para um efetivo planejamento familiar, não quer dizer que saberemos se ela adquiriu ou não o conhecimento necessário. Diante disso, acatou-se a sugestão de alterar a estrutura do item para: “*Seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi*” e modificar as opções de respostas de “Sim” ou “Não” para “Insatisfatório”, “Regular”, “Bom” ou “Excelente” para que a mulher possa afirmar qual o grau de conhecimento que ela considera ter adquirido após a alta.

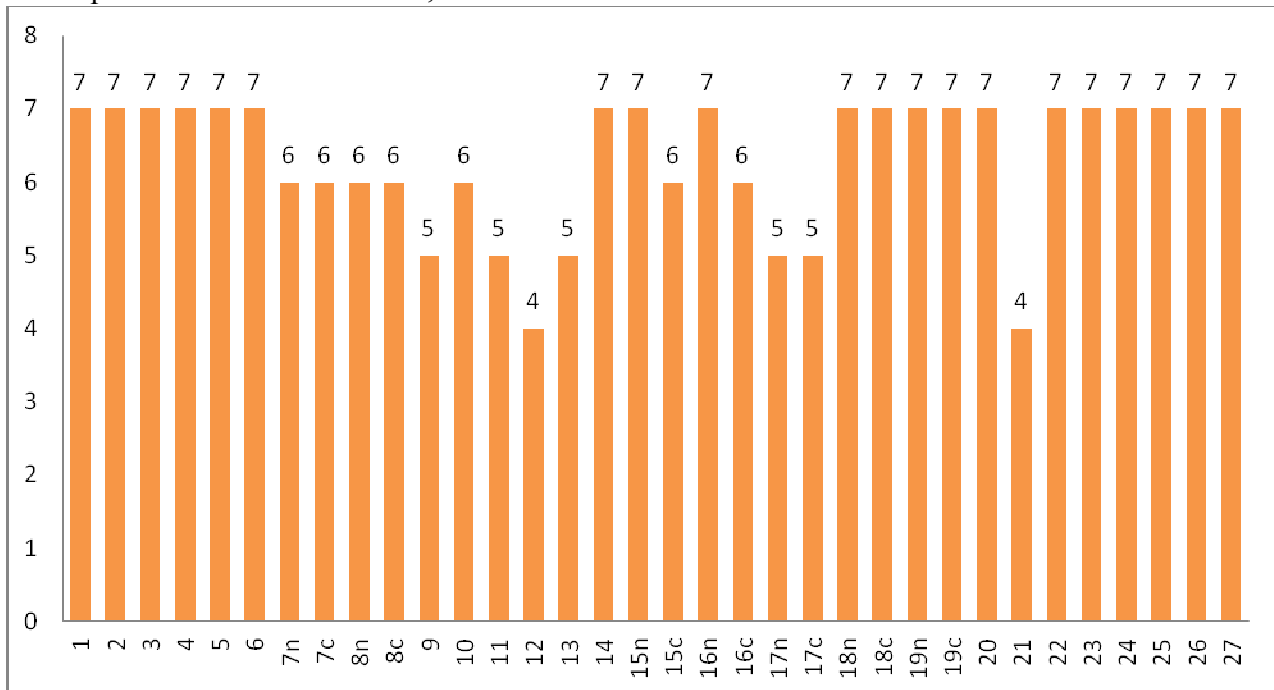
No **Gráfico 2** é possível perceber que quatro itens (9, 12, 13 e 23) não foram relacionados à percepção das puérperas.

Gráfico 2 - Distribuição das juízas quanto à concordância com a associação dos itens do questionário à percepção da puérpera. Fortaleza-CE, 2013.



No que concerne a relevância de cada item no questionário, constatou-se a presença de 27 itens que foram apreciados como relevantes pelas juízas, de acordo com o **Gráfico 3**. Portanto, 7 itens deveriam ser retirados do instrumento.

Gráfico 3 - Distribuição dos juízes quanto à concordância da relevância dos itens para permanência no questionário. Fortaleza-CE, 2013.



A **Tabela 2** demonstra a Validação de Conteúdo de cada item (I-CVI), conforme a primeira análise das juízas.

Tabela 2 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo de cada item (I-CVI) obtidos na primeira análise das juízas. Fortaleza, 2013. N=7.

Item	I-CVI
1	0,90
2	0,95
3	1
4	1
5	0,95
6	0,95
7n	0,80
7c	0,76
8n	0,85
8c	0,66
9	0,80
10	0,85
11	0,85
12	0,45
13	0,80

14	0,85
15n	0,85
15c	0,52
16n	0,85
16c	0,42
17n	0,80
17c	0,57
18n	1
18c	0,52
19n	0,80
19c	0,47
20	1
21	0,95
22	1
23	1
24	0,85
25	0,85
26	0,85
27	0,85

De acordo com a **Tabela 2**, verificou-se que oito itens apresentaram valores de I- CVI inferiores a 0,80 (7c, 8c, 12, 15c, 16c, 17c, 18c, 19c), por esse motivo, os oito foram retirados do questionário. Nas três formas utilizadas foi obtido um IVC = 0,80, indicando bom nível de concordância entre as especialistas, evidenciando que o conteúdo do questionário abrange situações comuns ao cotidiano da nutriz brasileira e, portanto faz sentido de ser avaliado na realidade cultural do Brasil.

Comparando-se os resultados alcançados na análise das juízas, dos 34 itens iniciais da primeira versão do questionário, 18 itens mostraram-se inadequados em relação aos quesitos: clareza e compreensão, associação à percepção da puérpera, relevância e grau de relevância do item no questionário, conforme exposto no **Quadro 4**.

Quadro 4 - Relação dos itens julgados inadequados em algum quesito conforme a análise das juízas. Fortaleza-CE, 2013, N=7.

Item	Clareza e Compreensão	Associação à percepção da puérpera	Relevância do item no questionário (concordância de <80%)	Grau de Relevância (IVC)
7c				Inadequado

8c	Inadequado			Inadequado
9	Inadequado	Inadequado	Inadequado	
10	Inadequado			
11	Inadequado		Inadequado	
12	Inadequado	Inadequado	Inadequado	Inadequado
13	Inadequado	Inadequado	Inadequado	
14	Inadequado			
15c				Inadequado
16c				Inadequado
17n	Inadequado		Inadequado	
17c	Inadequado		Inadequado	Inadequado
18n	Inadequado			
18c	Inadequado			Inadequado
19c	Inadequado			Inadequado
21			Inadequado	
23		Inadequado		
24	Inadequado			

Dos 18 itens representados no **Quadro 4**, somente o item 12 foi julgado inadequado nos quatro quesitos estabelecidos; e os demais apresentaram inadequação em apenas um, dois ou três quesitos coincidentes entre eles.

A partir desses dados, alguns itens sofreram modificações a fim de atender aos pareceres das juízas, bem como torná-los mais inteligíveis e claros. Aceitaram-se, ainda, algumas sugestões para alguns itens, os quais foram fundidos e/ou excluídos, chegando à segunda versão com um total de 22 itens.

Vale ressaltar que cinco especialistas recomendaram que o questionário fosse aplicado em forma de entrevista (e não autoaplicado) em decorrência do nível educacional da população estudada nos hospitais públicos de referência do Estado do Ceará. Embora o “Questionário para as mulheres” tenha sido elaborado para ser autoaplicado, a sugestão das especialistas foi acatada e não houve qualquer resistência por parte das puérperas. Logo, todas as frases que tinham o pronome pessoal na primeira pessoa passaram para a segunda pessoa, como por exemplo o item “*Todas as*

“pessoas que cuidaram de mim se apresentaram, ao entrar no quarto pela primeira vez” que passou a ser *“Todas as pessoas que cuidaram de você se apresentaram ao entrar no quarto pela primeira vez”*

Diante disso, seguem no **Quadro 5** os itens que foram modificados, agrupados e/ou excluídos. Ressalta-se que, com o intuito de manter o sigilo das identidades, cada juíza foi referida por um número, o qual representava a ordem de entrega dos formulários à pesquisadora.

Quadro 5. Distribuição das modificações realizadas nos itens em relação à primeira e a segunda versões do questionário. Fortaleza- CE, 2013.

1ª versão do questionário		Considerações e sugestões para os itens	2ª versão do questionário	
Nº	Item		Nº	Item
1	Todas as pessoas que cuidaram de mim se apresentaram, ao entrar no quarto pela primeira vez;	MANTIDO	1	Todas as pessoas que cuidaram de você se apresentaram ao entrar no quarto pela primeira vez;
2	Durante minha internação, recebi informações que foram explicadas de forma que eu pudesse facilmente entender;	ALTERADO POR: J3 e J7 consideraram semelhante ao item 17. Assim, esse item associou-se com o 17.	2	2 e 17. Durante a sua internação, você recebeu informações sobre o que foi planejado e o que aconteceu no parto de forma que você pudesse facilmente entender;
3.	Senti que podia expressar abertamente minhas preocupações/medos/ opiniões aos meus cuidadores:	MANTIDO	3	Você sentiu que podia expressar abertamente suas preocupações/ medos/ opiniões aos seus cuidadores:
4.	Eu senti que minha privacidade foi respeitada durante o parto ou na minha recuperação no hospital:	MANTIDO	4	Você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o parto ou na sua recuperação no hospital:
5.	Meus cuidadores (enfermeiras/ médicos/ obstetizes) me incluíram em todas as decisões sobre meus cuidados ou nos cuidados de meu bebê:	MANTIDO	5	Seus cuidadores (enfermeiras/ médicos/obstetizes) lhe incluíram em todas as decisões sobre seus cuidados ou nos cuidados de seu bebê:
6.	Eu senti que minhas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de minha gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do meu bebê:	MANTIDO	6	Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de sua gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do seu bebê:
7n	Eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto:	ALTERADO POR: J1,J2,J3,J5, relataram que é semelhante ao item 8n. J8 sugeriu agrupar e modificar.	7	7 e 8 Durante o trabalho de parto ou início da cesárea até o nascimento do seu filho você teve a oportunidade de ficar com um

				acompanhante de sua escolha;
7c	Se tive trabalho de parto, eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante esse período	EXCLUÍDO POR: IVC< 80%		
8n	No momento do nascimento do meu filho, eu estava sendo acompanhada pela(s) pessoa(s) que escolhi (família, amigos)	AGRUPADO POR: J1,J2,J3,J5 relataram que é semelhante ao item 7n. Assim, esse item associou-se com o 7n. Permaneceram as respostas do item 7n : Nunca ; algumas vezes ;a maioria das vezes; sempre.		
8c	Durante a cesárea eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha	EXCLUÍDO POR: IVC< 80%		
9.	Se fui acompanhada por uma doula durante o trabalho de parto, ela foi bem recebida pelos profissionais:	ALTERADO POR: J1,J2,J3,J4, relataram que a doula comunitária já atua junto à equipe de saúde	8	Se você teve trabalho de parto, existiu a presença de doula comunitária lhe acompanhando
10.	Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar as técnicas que aumentam meu conforto como:	ALTERADO POR: J1,J2,J3,J7 relataram que Técnicas que aumentam o conforto incluem os Métodos não medicamentosos. Assim, esse item associou-se com o 13.	9	10 e 13. Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como:
11.	Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar estas posições :	MANTIDO	10	Durante o trabalho de parto, você se sentiu à vontade para usar estas posições:
12.	Eu usei estas posições para o parto – puxo	EXCLUÍDO POR:IVC< 80%		
13.	Me foram oferecidos métodos não medicamentosos para alívio da dor:	AGRUPADO POR: J1,J2,J3,J7 relataram que Métodos não medicamentosos estão incluídos em Técnicas que aumentam o conforto. Assim, esse item associou-se com o 10.		
14.	Eu pude comer e beber o quanto quis durante meu trabalho de parto:	MANTIDO	11	Você pôde comer e beber o quanto quis durante o seu trabalho de parto.
15n	Eu assumi a posição da	ALTERADO POR:	12	Se você teve parto normal você

	minha escolha quando o meu bebê estava nascendo:	J3,J5 e J7 sugeriram acrescentar: “Se você teve parto normal”.		assumi a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo:
15c	Antes da minha cesárea, eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamento	EXCLUÍDO POR: IVC< 80%		
16n	Eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos	MANTIDO	13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos :
16c	Durante minha internação, eu recebi todas as informações adequada sobre como seria a minha cesárea, a anestesia, a recuperação, etc.	EXCLUÍDO POR: IVC< 80%		
17n	Durante minha internação, eu recebi informações adequadas sobre tudo o que eu quis acerca do que foi planejado e o que aconteceu: no trabalho de parto, parto, tratamentos e suas alternativas, amamentação, etc	AGRUPADO POR: J3 e J7 consideraram semelhante ao item 2. Assim, esse item associou-se com o 2.		
17c	Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele ainda no centro-cirúrgico:	EXCLUÍDO POR: IVC< 80%		
18n	Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto:	MANTIDO	14	Você foi encorajada a colocar o seu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto:
18c	Eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele na sala de recuperação após a cesárea:	EXCLUÍDO POR: IVC< 80%		
19n	Na primeira hora após o parto eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele:	MANTIDO	15	Na primeira hora após o parto você ficou com o seu bebê em contato pele-a-pele:

19c	Após a cesárea, eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele:	EXCLUÍDO POR:IVC< 80%		
20.	Eu fui encorajada a amamentar meu bebê na primeira hora após seu nascimento, se essa foi minha escolha	ALTERADO POR: J1,J2,J3 e J5 consideraram semelhante ao item 21. Assim, esse item associou-se com o 21.	16	20 e 21. Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento.
21.	Eu fui ajudada a amamentar meu bebê durante a primeira hora após o nascimento	AGRUPADO POR: J1,J2,J3 e J5 consideraram semelhante ao item 20. Assim, esse item associou-se com o 20.		
22.	Meu bebê saudável ficou comigo todo o tempo desde o nascimento	MANTIDO	17	Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento:
23.	Eu tive livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o seu nascimento	MANTIDO	18	Você teve livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele:
24.	Eu fui informada sobre métodos efetivos de planejamento familiar durante minha gestação ou antes de deixar o serviço: ☐ Sim ☐ Não	ALTERADO POR: J4 e J6 sugeriram substituir Efetivos por Contraceptivos e modificar as opções de resposta de Sim;Não para : Nunca; algumas vezes;a maioria das vezes; sempre.	19	Você foi informada sobre métodos contraceptivos de planejamento familiar durante sua gestação ou antes de deixar o serviço: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
25.	Eu vou ter alta com tudo o que preciso para um efetivo planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.): ☐ Sim ☐ Não ☐ Eu não sei	ALTERADO POR: J4 e J6 sugeriram modificar o item e as opções de resposta de Sim; Não para: Insatisfatório; Regular; Bom; Excelente	20	Seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi: ☐ Insatisfatório ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente
26.	Em geral, eu acho que minha experiência acerca dessa internação para o parto de meu bebê foi : ☐ Excelente ☐ Boa ☐ Média ☐ Insatisfatória	ALTERADO POR: Todas as juízas concordaram em modificar as opções de resposta para: Insatisfatória; Regular; Boa; Excelente.	21	Em geral, você achou que a sua experiência acerca dessa internação para o parto do seu bebê foi : ☐ Insatisfatória ☐ Regular ☐ Boa ☐ Excelente
27.	Você voltaria ao Hospital _____ ou o	MANTIDO, somente com modificações sugeridas pelas juízas J1,J2,J3 e J7 sobre as	22	

	recomendaria para alguém?	opções de resposta de Sim; Não para : Nunca; algumas vezes; a maioria das vezes; sempre.		
--	---------------------------	---	--	--

Conforme exposto no **Quadro 5**, concordou-se com as juízas 1, 2, 3, e 5 que afirmaram que o item 7n (*Eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto*) também foi considerado semelhante ao item 8n (*No momento do nascimento do meu filho, eu estava sendo acompanhada pela(s) pessoa(s) que escolhi: família, amigos*). Foi sugerido que os itens fossem agrupados, pois ambos versam sobre acompanhantes.

Também se acrescentou no início do item reformulado a frase “Durante o trabalho de parto ou início da cesárea” para que o item fosse cabível às puérperas que tiveram partos cesarianos ou parto normal.

Pesquisas demonstram que a presença do acompanhante foi marcadamente positiva na percepção dos profissionais de saúde, pois muitos relatam que com a presença do acompanhante ocorrem mudanças positivas na assistência, inclusive sentimentos positivos e emoção na equipe, pois o acompanhante influencia positivamente na evolução do trabalho de parto e parto, mudando o comportamento da parturiente. O acompanhante faz o profissional assumir uma atitude mais humana e menos rotineira. Apesar de identificarem a importância do acompanhante, os estudos mostram que muitos profissionais de saúde apresentam-se moldados por uma norma institucional pré-estabelecida que determina as situações na qual o acompanhante é permitido, o que parece estar em desacordo com o que determina a legislação (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2007; CASTRO; CLAPIS, 2005).

Não cabe ao profissional decidir quem será o acompanhante ideal bem como as condições que justifiquem sua presença, pois a mulher tem direito, por lei, a ter um acompanhante. Ademais, já existem vários trabalhos mostrando a importância do acompanhante na prevenção da ocorrência de problemas e intervenções, tornando-se fundamental para dar suporte emocional, auxiliando a mulher a encontrar forças para levar o trabalho de parto e parto de forma mais tranquila, reduzindo a ansiedade, proporcionando à mulher maior segurança e conforto durante o trabalho de parto e parto, tornando-o o mais humanizado possível (PERDOMINI, 2010). Estudos sobre o apoio por uma única pessoa durante o parto evidenciaram que o suporte contínuo durante o trabalho de parto resulta em benefícios, como a diminuição de sua duração, no uso de medicações e analgesia, de partos operatórios e depressão neonatal (NASCIMENTO *et al.*, 2010).

Os estudos também revelam que presença do acompanhante é percebida positivamente pelas gestantes/puérperas. Em pesquisa realizada por Nascimento *et al.*, (2010) as depoentes reconheceram a importância do acompanhante no tocante ao estímulo e à participação ativa desta pessoa durante o parto, sendo uma prática que favorece a humanização. Neste sentido, quando o acompanhante integra um membro da família escolhido pela mulher, em especial, sendo este o pai do bebê, durante o trabalho de parto, está contribuindo para a parturiente se sentir mais confiante.

Essa prática reduz a necessidade de analgesia, a incidência de cesáreas e a depressão do recém-nascido no quinto minuto de vida. Além disso, essa experiência de apoio remete à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança, pois a inserção do acompanhante na sala de parto constitui um dos métodos não farmacológicos para a redução da dor, seja ele escolhido pela própria mulher ou por outra pessoa treinada para tal (doula) (TELES *et al.*, 2010).

O item 15n (*Eu assumi a posição da minha escolha quando o meu bebê estava nascendo*) recebeu modificações quanto à sua estrutura mediante proposta dada pelas juízas 3,5 e 7, a saber: acrescentar no início a frase: “*Se você teve parto normal você assumiu..*” visto que o questionário irá atender as demandas parto normal e cesarianas, havendo necessidade dessa ressalva.

A obstetrícia moderna originou-se na França do século XVII, e trouxe para as salas de parto a figura do médico, que assumiu o papel tradicional das parteiras. Foi a primeira vez em que se exigiu que as mulheres deitassem para dar à luz, passando da posição vertical para as posições deitada, litotômica ou semi-sentada visando, assim, facilitar o emprego do fórceps e a comodidade do médico ou do responsável pelo atendimento ao parto. A partir dessa época, o obstetra como o próprio sentido etimológico da palavra revela: derivada do latim *ob* + *stare*, que significa “em pé”, “em frente a” passa a posicionar-se em frente à mulher, passiva em sua posição supina. Ressaltam-se, nesta mudança, o desrespeito aos mecanismos fisiológicos do parto e o prejuízo na qualidade do atendimento ao parto normal de baixo risco. Essa alteração passa a ser adotada pela maioria das escolas médicas (ODENT, 2002; CRIZÓSTOMO, NERY, LUZ, 2007).

Em uma revisão sistemática foi identificada que a posição lateral ou vertical, em comparação com as posições supina e litotômica, estão associadas com a redução do segundo estágio do trabalho, redução de episiotomias, aumento das lacerações perineais de segundo grau, redução dos relatos de dor intensa durante a segunda etapa do trabalho e menores frequências dos padrões cardíaco fetal anormal. No entanto, houve maior perda sanguínea estimada (acima de 500

ml), sem repercussões clínicas significativas. Os autores recomendam que as mulheres devam adotar a posição mais confortável no parto (GUPTA; HOFMEYR, 2008).

Os itens 20 (*Eu fui encorajada a amamentar meu bebê na primeira hora após seu nascimento, se essa foi minha escolha*) e 21 (*Eu fui ajudada a amamentar meu bebê durante a primeira hora após o nascimento*) foram agrupados por concordar com as sugestões das juízas 1,2,3 e 5 que consideraram os itens semelhantes.

Os itens 26 e 27 tiveram como sugestões acatadas a modificação das opções de resposta. Sendo as opções do item 26 modificadas de “excelente”, “boa”, “média” ou “insatisfatória” para “insatisfatória”, “regular”, “boa” ou “excelente” em uma ordem crescente de satisfação. No item 27 (*Você voltaria ao Hospital ou recomendaria para alguém*) as opções de respostas se restringiam apenas a “Sim” ou “Não” sendo alterada para “Nunca”, “algumas vezes”, “a maioria das vezes” ou “sempre”. Realmente quando se dá a ideia de que uma paciente *Nunca voltaria a este hospital, Voltaria algumas vezes, Voltaria a maioria das vezes ou Sempre voltaria ao Hospital*, fica mais fidedigna a percepção do quanto ela gostou ou não de ser atendida na referida instituição.

Os itens 7c, 8c, 12, 15c, 16c, 17c, 18c, 19c, foram eliminados, pois não conseguiram atingir a concordância de 80% recomendada por Pasquali (1997) para sua permanência no instrumento.

Ademais, como justificativa para a retirada desses itens, as juízas relataram que os itens 7c (*Se tive trabalho de parto, eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante esse período*) e 8c (*Durante a cesárea eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha*) estariam contemplados ao novo item que se formou ao unir o 7n e 8n (*Durante o trabalho de parto ou início da cesárea até o nascimento do seu filho você teve a oportunidade de ficar com um acompanhante de sua escolha*). Também foi relatado pelas juízas a semelhança do item 15c ao 16n, o item 16c ao 17n, o item 17c ao 18n e o item 19c ao 19n, sendo fator que contribuiu para a retirada dos itens por não atingir a concordância de 80% recomendado por Pasquali.

6.2 Análise Semântica

Após a primeira versão do instrumento ter sido revisada criticamente pelas juízas, originou-se a segunda versão do questionário (22 itens) (**Figura 1**) que foi aplicada a 30 puérperas. Essa etapa foi denominada análise semântica.

A idade entre as mulheres variou entre 15 e 40 anos (M= 25,4; DP: 7,1); 20 (66,7%) eram casadas ou estavam em união estável; acerca da escolaridade, 17 (58,2%) puérperas relataram ter menos de 09 anos de estudo, ou seja, não chegaram a concluir o Ensino Fundamental; quanto ao tipo de parto, 14 (46,7%) tinham realizado cesariana.

Ressalta-se que as puérperas foram designadas pela letra P seguida pelo número do seu questionário, o qual cumpriu a ordem das entrevistas realizadas.

Foi possível observar que 22 (73,3%) puérperas tiveram alguma dúvida ou indicaram sugestões em pelo menos 1 item do questionário. As sugestões das puérperas que participaram da etapa de análise semântica foram bastante relevantes para a validação do questionário, por isso, a maioria delas foi acatada e, em relação às dúvidas, buscou-se elucidá-las.

No **Quadro 6**, observa-se as sugestões e dúvidas referidas pelas mães participantes da análise semântica dos itens da segunda versão do questionário, a qual pode ser observada e comparada com a terceira versão.

Quadro 6 – Distribuição das sugestões e dúvidas das puérperas decorrentes da análise semântica dos itens da segunda versão do questionário. Fortaleza, 2013, N=30.

2ª versão do questionário		Sugestões/ dúvidas das puérperas
Nº	Item	
9	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como: ☐ Preferi não usar nenhuma delas ☐ Nada disso me foi oferecido a.Massagens/toque b. Chuveiro c. Banheira d. Compressas mornas/frias e.Aromaterapia f.Música g.Bola h.Escadinha/Elástico/cordas i.Rebozo (pano longo) j.Acunpuntura k.Cama com ajuste de posição l.Banqueta de parto	P3, P5, P6, P9, P10, P13, P14, P16, P17, P19, P23, P24, P25, P26, P27, P30 sugeriram modificar as opções de resposta.
10	Durante o trabalho de parto, você se sentiu à vontade para usar estas posições: ☐ Preferi não usar nenhuma delas ☐ Nada disso me foi oferecido a.Deitada de lado b.Em pé c.De cócoras d.De joelhos e.De quatro apoios f.Banqueta de parto g.Com barra para cócoras	P1, P2, P3, P6, P9, P10, P13, P14, P16, P17, P19, P23, P24, P26, P27, P30 sugeriram modificar as opções de resposta.
12	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo: ☐ Sim ☐ Não a.De pé/andando b.Ajoelhada c.De quarto apoios	P1, P2, P3, P6, P9, P10, P13, P14, P16, P17, P19, P23, P24, P26, P27, P30 sugeriram modificar as opções

	d.Abraçando os joelhos e.Um pé apoiado na cadeira g.Sentada ou reclinada	f.Elevando a pelve h.De cócoras	de resposta.
13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos : ☐ Eu não quis (vá para nº 17) ☐ Sim, eu recebi apoio e ajuda ☐ Não, eu não recebi apoio e ajuda		P17, P19, P28, P29, P30 sugeriram modificar as opções de resposta.
14	Você foi encorajada a colocar o seu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto: ☐ Meu bebê teve problemas respiratórios e não pudemos (vá para nº 19) ☐ Sim ☐ Não		P2, P4, P5, P9, P13, P14, P17, P19, P23, P24, P26, P27, P 29 afirmaram que os itens 14 e 15 são muito semelhantes, sugerindo que poderiam ser agrupados em um só item e modificar as opções de resposta de Sim;Não para : Nada disso me foi oferecido; Fiquei por poucos segundos; Fiquei por vários minutos.
15	Na primeira hora após o parto você ficou com o seu bebê em contato pele-a-pele: ☐ Não se aplica em meu caso, porque o bebê estava doente 1. ☐ Nunca 2. ☐ algumas vezes 3. ☐ a maioria das vezes 4. ☐ sempre		
16	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento. ☐ Escolhi não amamentar ☐ Sim ☐ Não		P17, P19, P28, P29, P30 sugeriram modificar as opções de resposta.
17	Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica em meu caso		P2, P9, P10, P17, P23 responderam que o bebê ficava com elas todo o tempo na maioria das vezes.
18	Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica em meu caso		P3, P7, P16, P19, P29 responderam que algumas vezes tinham livre acesso, e P4, P13, P20 e P30 afirmaram que a maioria das vezes tinham acesso.

Os itens 9 (*Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como*), 10 (*Durante o trabalho de parto, você se sentiu à vontade para usar estas posições*) e 12 (*Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo*) tiveram suas opções de respostas modificadas pelos mesmos motivos. Ao responderem às questões as puérperas afirmaram que apesar de nenhuma posição/técnica ter sido oferecida, elas as utilizaram por conta própria, seja por meio dos conhecimentos que obtiveram em gestações anteriores ou pelas informações captadas na mídia. Sendo assim, foram adicionadas as opções: “Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim”; “Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas”; “Me foi oferecido e usei algumas delas”.

Os itens 13 (*Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos*) e 16 (*Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento*) também tiveram as opções de respostas modificadas pelos mesmos motivos, pois as puérperas afirmaram que dependendo dos profissionais que as atendiam as condutas eram diferentes, alguns sempre as auxiliavam, outros as ajudavam na maioria das vezes e os demais as apoiavam somente algumas vezes, sendo então acatada a mudança das opções de resposta para “Nunca”; “algumas vezes”; “a maioria das vezes”; “sempre”. De fato as opções “Sim” ou “Não” restringem a interpretação das puérperas em suas respostas, forçando o entrevistado a escolher entre alternativas que podem não ajustar-se à sua maneira de pensar. Em questionários com as escalas de atitudes, os entrevistados têm mais possibilidades de respostas que se ajustam às suas opiniões.

No item 14 (*Você foi encorajada a colocar o seu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto*) foram acatadas as sugestões das puérperas, pois algumas afirmaram que os profissionais colocaram o bebê em contato só pra elas darem um beijo de alguns segundos e depois o levaram, já outras mães afirmaram que puderam ficar por vários minutos com o bebê em contato pele-a-pele. Sendo assim, as opções de respostas “Sim” ou “Não” não contemplavam o que as mulheres queriam demonstrar, sendo modificada para: “Não se aplica em meu caso, porque o bebê estava doente”; “Nada disso me foi oferecido”; “Fiquei por poucos segundos”; “Fiquei por vários minutos”. Além disso, o item foi agrupado ao item 15 (*Na primeira hora após o parto você ficou com o seu bebê em contato pele-a-pele*) por terem sido considerados muito semelhantes, formando o novo item 14.

Almeida & Martins Filho (2004), recomendam que os recém-nascidos devam ser colocados em contato pele-a-pele com as mães preferencialmente sobre o abdome da puérpera, sem interrupção, até que consigam mamar pela primeira vez, devendo-se promover ativamente seus esforços para alcançar o peito materno.

O item 17 (*Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento*) foi modificado por causar confusão nas respostas das puérperas P2,P8,P11,P16,P18,P21. As mesmas responderam que os bebês ficavam com elas todo o tempo na maioria das vezes, mas muitas vezes eles eram levados para tomar banho ou vacina e demoravam a retornar. Diante disso, passou-se a ideia para pesquisadora de que a expressão “*todo o tempo*” restringia a resposta das mulheres. Sendo assim, foi retirada a frase “*todo o tempo*”, ficando apenas “*Seu bebê saudável ficou com você desde o nascimento*”. Logo, as opções de respostas passaram de “Sim” ou “Não” para “Nunca”;

“algumas vezes”; “a maioria das vezes”; “sempre”. Além disso, acrescentou-se à opção “Não se aplica em meu caso”, a frase “meu bebê estava doente”, pois com os bebês doentes as mães não poderiam ficar com eles na unidade de alojamento conjunto e os mesmos eram levados para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

No item 18 (*Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele*) devido a outros padrões de respostas de algumas mães, foram modificadas as opções de “Sim” ou “Não” para “Nunca”; “algumas vezes”; “a maioria das vezes”; “sempre”. Além disso, foi acrescentado na opção “Não se aplica em meu caso”, a frase “meu bebê não estava doente”, pois a única possibilidade de o bebê ir para a UTI era se o mesmo tivesse algum tipo de comorbidade. Uma das mães relatou que tinha acesso limitado à Unidade e aos cuidados com seu bebê, como trocar fraldas e realizar a higiene do bebê, dentre outros, o que propiciava um enfraquecimento do vínculo mãe-bebê, gerando sentimentos como preocupação, frustração e ansiedade.

É importante ressaltar que o relacionamento entre mãe e filho deve ser estimulado por meio de práticas que o favoreçam. Com isso, a ajuda dos profissionais da equipe nesse momento é imprescindível, auxiliando a sanar as dúvidas das mães, além de facilitarem o desenvolvimento natural da relação e deixarem os bebês e as mães mais calmos e tranquilos, fortalecendo seus vínculos (COSTA; ARANTES; BRITO, 2010).

Diante das alterações realizadas, evidenciou-se a terceira versão do questionário, a qual pode ser observada e comparada com a segunda versão no **Quadro 7**. As alterações realizadas entre as duas versões encontram-se sublinhadas na terceira versão da escala.

Quadro 7- Distribuição dos itens da segunda e terceira versões decorrentes da análise semântica. Fortaleza, 2013.

2ª versão do questionário		3ª versão do questionário	
Nº	Item	Nº	Item

9	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como: ☐ Preferi não usar nenhuma delas ☐ Nada disso me foi oferecido a.Massagens/toque b.Chuveiro c. Banheira d.Compressas mornas/frias e.Aromaterapia f.Música g.Bola h.Escadinha/Elástico/cordas i.Rebozo (pano longo) j.Acunpuntura k.Cama com ajuste de posição l.Banqueta de parto	9	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como: 1.☐ Nada disso me foi oferecido 2. ☐ <u>Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim.</u> 3.☐ <u>Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas</u> 4.☐ <u>Me foi oferecido e usei algumas delas</u> a.Massagens/toque b Chuveiro c.Banheira d Compressas mornas/frias e.Aromaterapia f.Música g.Bola h.Escadinha/Elástico/cordas i.Rebozo (pano longo) j.Acunpuntura k.Cama com ajuste de posição l.Banqueta de parto
10	Durante o trabalho de parto, você se sentiu à vontade para usar estas posições: ☐ Preferi não usar nenhuma delas ☐ Nada disso me foi oferecido a.Deitada de lado b.Em pé c.De cócoras d.De joelhos e.De quatro apoios f.Banqueta de parto g.Com barra para cócoras	10	Durante o trabalho de parto você usou posições de sua escolha: 1.☐ Nada disso me foi oferecido 2. ☐ <u>Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim.</u> 3.☐ <u>Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas</u> 4.☐ <u>Me foi oferecido e usei algumas delas</u> a.Deitada de lado b.Em pé c.De cócoras d.De joelhos e.De quatro apoios f.Banqueta de parto g.Com barra para cócoras
12	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo: ☐ Sim ☐ Não a. De pé/andando b. Ajoelhada c.De quarto apoios d.Abraçando os joelhos e.Um pé apoiado na cadeira f.Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h.De cócoras	12	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo: 1.☐ Nada disso me foi oferecido 2. ☐ <u>Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim.</u> 3.☐ <u>Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas</u> 4.☐ <u>Me foi oferecido e usei algumas delas</u> a. De pé/andando b. Ajoelhada c.De quarto apoios d.Abraçando os joelhos e.Um pé apoiado na cadeira f.Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h.De cócoras
13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos : ☐ Eu não quis (vá para nº 17) ☐ Sim, eu recebi apoio e ajuda ☐ Não, eu não recebi apoio e ajuda	13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos : ☐ <u>Nunca</u> ☐ <u>algumas vezes</u> ☐ <u>a maioria das vezes</u> ☐ <u>sempre</u>
14	Você foi encorajada a colocar o seu	14	Você ficou em contato pele-a-pele com o seu

	bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto: ☐ Meu bebê teve problemas respiratórios e não pudemos (vá para nº 19) ☐ Sim ☐ Não		bebê imediatamente após o parto: ☐ Não se aplica em meu caso, porque o bebê estava doente ☐ Nada disso me foi oferecido ☐ Fiquei por poucos segundos ☐ Fiquei por vários minutos
15	Na primeira hora após o parto você ficou com o seu bebê em contato pele-a-pele: ☐ Não se aplica em meu caso, porque o bebê estava doente 1. ☐ Nunca 2. ☐ algumas vezes 3. ☐ a maioria das vezes 4. ☐ sempre		
16	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento. ☐ Escolhi não amamentar ☐ Sim ☐ Não	15	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento. ☐ Escolheu não amamentar ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
17	Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica em meu caso	16	Seu bebê saudável ficou com você desde o nascimento: ☐ Não se aplica em meu caso, <u>meu bebê estava doente</u> ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
18	Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica em meu caso	17	Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele: ☐ Não se aplica em meu caso, <u>meu bebê não estava doente</u> ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre

Assim, tendo em vista tantas modificações realizadas desde a primeira versão do questionário, optou-se por uma segunda análise pelas juízas (3ª etapa), com o intuito de confirmar a relevância de cada item no contexto do questionário e de verificar se as juízas concordariam com as alterações realizadas.

6.3 Segunda análise dos juízes (validação de conteúdo)

Na segunda análise das juízas, foram envolvidos apenas os 21 itens restantes (APÊNDICE H), ou seja, a terceira versão do questionário, em relação à relevância e ao seu grau de relevância do

questionário, havendo ainda, um espaço destinado a qualquer sugestão ou alteração considerada pertinente.

Todos os itens foram considerados relevantes por, pelo menos, 85,7% das juízas. Com a análise do grau de relevância de cada item no questionário (1- irrelevante, 2- pouco relevante, 3- realmente relevante e 4- muito relevante), foi possível calcular novamente o I-CVI, conforme verifica-se na **Tabela 3**.

Tabela 3 – Distribuição dos Índices de Validade de Conteúdo individuais de cada item (ICVI) obtidos na segunda análise das juízas. Fortaleza, 2013.

Item	I-CVI
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	0,85
7	0,85
8	0,85
9	1
10	0,85
11	0,85
12	1
13	1
14	0,85
15	1
16	0,85
17	0,85
18	1
19	1
20	1
21	1

O valor das equações SVI-Ave, SCVI/UA e o I-CVI obtido foi 0,88, demonstrando que os itens são válidos dentro da temática de assistência humanizada. Além disso, comparando-se os valores de IVC entre a primeira e a segunda análise das juízas, eles se elevaram, passando de 0,80 para 0,88, verificando-se melhoria considerável da validade do “Questionário para as mulheres”.

Acerca das sugestões das juízas nesta etapa, as juízas 1, 3, 5 e 7 questionaram o item 8 (*Se você teve trabalho de parto, existiu a presença de doula comunitária lhe acompanhando*) que tinha como opção de resposta: “Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 16)”, ocorrendo a mudança no número da questão 16 para 14, que já não se tratava mais de atividades relacionadas à trabalho de parto. Com isso, as puérperas que não entraram em trabalho de parto não precisariam responder às perguntas 8, 9, 10, 11, 12 e 13.

Os itens 11, 13, 14 e 15 tiveram as frases: *vá para nº 12; vá para nº 17; vá para nº 19; vá para nº 23*, respectivamente, retiradas das opções de respostas que pontuavam zero.

Além disso, as juízes sugeriram padronizar as pontuações das opções de respostas que foram modificadas na etapa anterior, como segue no Quadro 8:

Quadro 8 – Pontuação padronizada das opções de resposta do “Questionário para as mulheres”. Fortaleza, CE, 2013.

PONTUAÇÃO				
0	1	2	3	4
Não se aplica em meu caso, meu bebê estava doente	Nunca	Algumas Vezes	A maioria das vezes	Sempre
Não se aplica em meu caso, meu bebê não estava doente	Insatisfatória	Regular	Boa	Excelente
Eu não quis				
Escolheu não amamentar	Nada disso me foi oferecido.	Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim.	Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas	Me foi oferecido e usei algumas delas
Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 14)				
Eu não tive parto normal	Nada disso me foi oferecido	Fiquei por poucos segundos	Fiquei por vários minutos	-

Percebe-se no Quadro 8, que as opções de resposta: “Não se aplica em meu caso, porque meu bebê estava doente”; “Não se aplica em meu caso, porque meu bebê não estava doente”; “Eu não quis”; “Escolheu não amamentar”; “Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 14)”; “Eu não tive parto normal”, não obtiveram pontuação.

Outros autores corroboram, dizendo que as escalas de Likert são listas de afirmações cujas respostas indicam gradativamente seu grau de concordância, podendo haver inclusive categorias neutras (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 2001). Ressalta-se que o escore total da pessoa é determinado pela soma dos escores dos itens, assim, tais escalas podem ser denominadas de “escalas somadas de classificação” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), sendo que estes pontos de corte relacionados ao somatório total dos escores serão tratados na etapa de normatização em estudos posteriores, conforme orienta Pasquali (1999, 2003).

Efetuada as referidas alterações, originou-se a quarta versão do questionário (21 itens) que foi submetido à etapa seguinte.

6.4 Pré-teste

O pré-teste possui como finalidade verificar a adaptação do instrumento validado à Fortaleza. O mesmo foi utilizado com uma população de 30 mulheres. Cada puérpera respondeu ao questionário e foi verificada a compreensão do instrumento por parte do público-alvo. Em relação ao tempo de aplicação do questionário, observou-se que variou entre 8 e 10 minutos.

A idade das mulheres obteve a mínima de 13 e a máxima de 40 anos com a mediana de 22 anos e intervalo interquartil 6,45 anos. A faixa etária predominante foi o intervalo entre 20-29 anos com 13 (46,4%) mulheres.

A escolaridade das mulheres foi analisada e 19 (63,3%) possuíam nove ou mais anos de estudo. O máximo encontrado na amostra foi referente a 16 anos. Quanto à naturalidade, 22 (72,7%) mulheres nasceram em Fortaleza. Acerca do estado civil, 21 (70,9%) mulheres são casadas ou estão em união estável.

Já no que concerne à ocupação atual, 18 (59,1%) exerciam afazeres domésticos. Acerca da renda familiar, 7(21,8%) vivem com menos de um salário mínimo.

A mediana do número de gestações foi de 2,0 (IQ $\pm$ 0,85), sendo 1, o número mínimo e 11, o máximo de gestações entre as mulheres. Ao analisar os dados, observa-se que 9 (29,1%) engravidaram três ou mais vezes.

Quanto aos partos vivenciados, 15 (50%) tiveram um parto, e destes, 13 (44,4%) foram normais e 17 (55,6%) cesarianos. A análise dos abortos ocorridos entre a população mostrou que 5 (16,4%) mulheres tiveram pelo menos um aborto.

Durante o pré-teste, por sugestão das puérperas, alguns itens tiveram suas opções de respostas alteradas, pois as mesmas perceberam que as perguntas estavam sendo dirigidas a elas e as respostas estavam em primeira pessoa do singular, gerando uma confusão quando os pesquisadores liam as opções. Logo, as respostas (Não se aplica em meu caso, porque o bebê estava doente/ Não se aplica em meu caso, porque o bebê não estava doente/ Nada disso me foi oferecido/ Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim/ Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas/ Me foi oferecido e usei algumas delas/ Eu não quis/Escolheu não amamentar/Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 14)/Eu não tive parto normal) foram modificadas em novas opções (Não se aplica em seu caso, porque seu bebê estava doente/ Não se aplica em seu caso, porque o seu bebê não estava doente/ Nada disso lhe foi oferecido/ Nada disso foi oferecido, mas você usou alguma(s) dela(s) mesmo assim/ Foi oferecido, mas você preferiu não usar nenhuma delas/Foi oferecido e você usou algumas delas/ Você não quis/Escolheu não amamentar/Você não teve trabalho de parto (vá para nº 14)/Você não teve parto normal).

Efetuada as referidas alterações, originou-se a quinta versão do questionário (21 itens) ou instrumento-piloto (APÊNDICE J), que será utilizado em pesquisas futuras em hospitais de Fortaleza.

7 CONCLUSÕES

Foi possível concluir ao final desta investigação envolvendo a validação de conteúdo de um questionário para avaliar a assistência promovida à mulher no pré, trans e pós-parto em Fortaleza que para a validade aparente, os 34 itens foram submetidos à análise de sete *experts* na área do construto, tendo sido verificado que os itens 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16c, 17n, 17c, 18n, 18c, 19n, 24, 25 não foram considerados claros nem compreensíveis.

Quanto à validade de conteúdo, as sete juízas consideraram que 30 (88,2%) itens relacionavam-se à percepção das puérperas e 27 itens (79,4%) foram ditos relevantes pelas juízas. Acerca do grau de relevância dos itens, o IVC (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI) obtido foi de 0,80, indicando que o questionário representa o conteúdo do construto. No entanto, oito itens (7c, 8c, 12, 15c, 16c, 17c, 18c, 19c) foram retirados do questionário por terem o I-CVI inferior a 0,80.

Considerando a primeira análise das juízas e acatando-se as suas sugestões quanto aos itens do questionário procedeu-se à análise semântica dos 22 itens restantes (segunda versão do questionário), por meio de entrevista com 30 pessoas da população-meta. Acataram-se as sugestões das puérperas, bem como foi retirado do questionário um item, por ter sido agrupado pelas participantes.

A terceira versão do questionário composta por 21 itens, foi submetida a uma segunda análise das juízas (validade de conteúdo). As *experts* consideraram todos os itens relevantes no construto do questionário e o instrumento foi tido como válido por ter obtido IVC (SVI-Ave, SCVI/UA, I-CVI) de 0,88.

No pré-teste a quarta versão do questionário (21 itens) foi aplicada a 30 puérperas da população-meta, tendo duração de 8 a 10 minutos por participante. As sugestões das mulheres foram acatadas e com isso houve a modificação de algumas opções de respostas que melhor se adequavam ao que as puérperas queriam expressar. Assim, originou-se a quinta versão do questionário (21 itens) ou instrumento-piloto.

Conclui-se que o “Questionário para as mulheres” foi adaptado à realidade assistencial de Fortaleza, mostrando-se um instrumento válido do ponto de vista de aparência e conteúdo, devendo ser considerado no contexto da assistência como um instrumento capaz de avaliar a assistência prestada à mulher durante o pré, trans e pós-parto.

Esta investigação contribuiu para a validação de um instrumento que poderá ser utilizado por enfermeiros, gestores de saúde e outros profissionais do Ceará, possibilitando a construção de novas evidências em relação às atitudes dos profissionais e das mulheres frente ao processo de parturição, abrindo assim um painel de discussão na comunidade científica e clínica que culmine com o desenvolvimento de novas estratégias para a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de intervenções para a melhoria do perfil das instituições que promovem o cuidado ao binômio mãe-filho, sendo esse conhecimento essencial para planejar e direcionar políticas públicas que visem a promoção da saúde dos mesmos.

Embora os achados dessa investigação tenham sido exaustivamente analisados por meio dos instrumentos aplicados às juízas, revelando sua relevância para a avaliação do cuidado promovido às gestantes/puérperas cearenses, recomenda-se realizar a validação de conteúdo em âmbito nacional, com juízas que sejam *experts* nos “10 passos para a Otimização dos Serviços de Maternidade Mãe/Bebê” e assim dar continuidade aos procedimentos psicométricos para verificar a validade de construto e a confiabilidade do “Questionário para as mulheres” no Brasil.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A.S.C. **Validação de tecnologia para avaliação do Teste do reflexo vermelho.** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- ALMEIDA, E.A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev. Ciênc. Méd.*, Campinas, v. 13, n.4, p.381-388, 2004.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, feb. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso.
- BARROSO, L. M. M. **Escala de avaliação da capacidade para cuidar de crianças expostas ao HIV.** 2008. 163f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.
- BRAGA, I.C.C. **Mulheres em idade reprodutiva infectadas pelo HIV :** contribuição para a prática da enfermagem. 2009.92f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, DF, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher:** bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.
- _____. Ministério da Saúde .Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério:** atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Política para Mulheres.** Brasília, DF, 2004. 104 p.
- _____. Ministério da Saúde .Secretaria de Vigilância em Saúde. **As cesarianas no Brasil:** situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: DF, 2010.
- _____. Portaria GM/MS n.2816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar SISAIO1, seja implantada crítica visando o pagamento de percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. Institui medidas para redução de cesáreas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a. Seção I, p. 48.

_____. Portaria GM/MS n.466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimento no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2000a. p.43.

_____. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2000b. p.112.

_____. Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 jun. 1998b. Seção I, p.47.

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.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p65-72, fev. 2007.

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.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.6 , p.960-7,2005.

CAUS, E.C.M.; EVANGUELIA, K.A.S.; NASSIF, A.A.; MONTICELLI, M. O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc Anna Nery (impr.)**, v.16, n.1, p.34-40, 2012.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica, 2013.

CECCATO, S. R.; VAN DER SAND, I. C. P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 3, n. 1, p.102-105, 2001.

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem angústia espiritual**. 2008. 255 f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.10, n.2, p.513-515, 2008.

- CORRÊA, A. C. P.; ARRUDA, T. M.; MANDÚ, E. N. T.; TEIXEIRA, R. C.; ARANTES, R. B. Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público. **Cienc Cuid Saúde**, v.9, n.4, p. 728-735, 2010.
- COSTA, A.M.; AQUINO, E.L.; Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: COSTA, A.M. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.**, MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 2000. p. 181-202.
- COSTA, M.C.G.; ARANTES, M.Q.;BRITO, M.D.C. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n.4, p.698-704, 2010. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a15.htm>
- CRIZÓSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; LUZ, M.H.B. A Vivência de Mulheres no Parto domiciliar e hospitalar . **Anna Nery R Enferm.**, v.11, n.1, p. 98 – 104, 2007.
- DAVIS-FLOYD, R.; BONARO, D. P.; DAVIES, R.; LEON, R. G. P. A iniciativa internacional pelo nascimento MãeBebê: Uma abordagem de um atendimento materno eficiente à luz dos direitos humanos. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v.4, n.4, p. 79-91, 2010.
- DIAS, M. A .B. **Humanização da assistência ao parto:conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança)- Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ, Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.
- DIAS, M. A .B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, May 2011 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022&lng=en&nrm=iso access on 24 Oct.2012.
- DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Quest. saude reprod**, v.1, n.1, p. 80-91, ago. 2006.
- FAYERS, P.M.; MACHIN,D. Quality of life. Assessment, analysis and interpretation.2nd. New York: Jonh Wiley & Sons, 2007.
- FEHRING, R.J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSN, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.
- FORMIGA FILHO,J.F.N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO. L.; DÍAZ, J.(Org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilema e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. cap.4, p. 151-162.
- FREITAS, G.L.; VASCONCELOS,C.T.M.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.11,n.2, p.424-428, 2009.

GALDEANO, L.E.; ROSSI, L.A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.103-112, 2002.

GUBERT, F.A. **Tradução, adaptação e validação das escalas *parent adolescent Communication scale* e *partner communication scale***: Tecnologia para prevenção de dst/HIV. 2011.131 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

GUPTA, J.K.; HOFMEYER, G. J. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). **La Biblioteca Cochrane Plus**, 2008 n.2 Oxford: Update Software Ltd. [citado em 28 jun 2011] Disponível em: <http://www.update-software.com/pdf/CD002006.pdf>

HEILBORN, M.L.; PORTELLA, A.P.; BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C.S. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.S269-S278, 2009.

JOVENTINO, E.S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 249f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2010.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.12, n.2, p. 386-391, 2010.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 1, p. 59-67, 2009.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M.; KAWATA L,S.K.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.1,p.[08 telas], 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008 .

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.

NÓBREGA, M.F.B. **Construção e validação de escala de avaliação de promoção da saúde no ambiente hospitalar**: concepções e práticas do Enfermeiro. 2011. 126 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

ODENT, M. O renascimento do parto. 2ª ed. Florianópolis (SC): Saint Germain; 2002.

OLIVEIRA, N.; CHIANCA, T.; RASSOOL, G.H. A Validation study of the nursing diagnosis anxiety in Brazil. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 19, n. 3, p. 102-110, 2008.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.** v.17, n.1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, A.S.S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.249-254, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.

ORIÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação da *breastfeeding self-efficacy scale***: aplicação em gestantes. 2008.189 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1997.

_____. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 25, n. 5 ed. esp., p. 206-223, 1998.

_____. **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

_____. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis: Vozes, 2003. 397p.

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.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. L.; RODRIGUES, R.F. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. **Esc. Anna Nery**, v.10, n. 3, p. 448-455, 2006.

[PERDOMINI](#), F.R.I. . **A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento.** (Dissertação) Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.; 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.

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

RATTNER,D. **Humanização na atenção a nascimentos e partos:** ponderações sobre políticas públicas. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.13, supl.1, p.759-768, 2009.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.

RIBEIRO, S.G. **Tradução, adaptação e validação do ‘The mother generated index’ para uso no Brasil.** 2013.121 f. : il. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1281-1289, 2004.

SILVA, R.C.G.; MONTEIRO, D.A.; BORTOLOTO, L.A.; IRIGOYEN, M.C. C; KRIEGER, E. M.; PALOMO, J.S.H; CONSOLIM-COLOMBO, F.M. Ineffective peripheral tissue perfusion: clinical validation in patients with hypertensive cardiomyopathy. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 17, n. 2, p. 97-107, 2006.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B.V.; CREPALDI, M.A. Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres Assistidas e Profissionais de Saúde. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.1, p. 1-10, 2010.

SOUSA, L.D.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SANTOS, S.S.C.; SANTOS, C.P. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP.** v.5, n.2, p.494-500, 2011.

SOUSA, A.I.; SILVER,L.D. Perfil sociodemográfico y estado de salud auto-referido entre ancianas de una comunidad de escasos recursos. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro v.12, n.4, p. 706-716, 2008.

SOUZA, K.R.F.; DIAS, M.D. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. *Acta Paul Enferm.* v.23, n.4, p.493-9, 2010.

SOUZA, T.G.; GAÍVA, M.A.M.; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)** [serial on the Internet]. v.32, n.3, p. 479-486, 2011; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en

TARNOWSKI, K. S. **O atendimento ao parto e nascimento: avaliação segundo programa de humanização do pré-natal e nascimento na percepção das mulheres**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do trabalho- área de concentração: saúde da família)- Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI, Itajaí, 2005.

TELES, L.M.R.T.; PITOMBEIRA, H.C.S.; OLIVEIRA, A.S.; FREITAS, L.V.; MOURA, E.R.; DAMASCENO, A.K.C. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enferm.** v.15, n.4, p.688-694, 2010.

UNITED NATIONS FOR EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATIONS – UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris, 19 de outubro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf> . Acesso em: 16 Out. 2011.

VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 9-22, 2011.

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

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated 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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Levels & Trends in Child Mortality, Report 2011**. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/media/files/Child_Mortality_Report_2011_Final.pdf> Acesso em: 02 Out. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Millennium Development Goals**, Report 2013. United Nations, 2013; UNDP, UNFPA; UNICEF; UN Women, 2013. Disponível em: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs.pdf Acesso em: 02 Set. 2013

APÊNDICE A – Carta-convite para os juízes especialistas
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO
CARTA CONVITE

Eu, Alana Santos Monte, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, estou desenvolvendo um estudo intitulado **“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO “QUESTIONÁRIO PARA AS MULHERES” PARA A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ, TRANS E PÓS-PARTO EM FORTALEZA”** no qual uma das etapas refere-se à avaliação por especialistas. Trata-se da minha dissertação que objetiva validar um instrumento denominado “Questionário para as Mulheres” que foi criado e aperfeiçoado pela IMBCI, ao se buscar embasamento na literatura e a partir das evidências encontradas na prática de assistência à parturiente.

Considerando sua especialidade, gostaria de convidá-lo (a) a participar da referida validação tendo em vista que seus conhecimentos científicos relacionados à temática são relevantes para avaliar o questionário desenvolvido.

Após sua aceitação em participar deste estudo irei entregar-lhe uma cópia impressa do instrumento “Questionário para as Mulheres”, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o questionário de avaliação desse recurso que foi construído contemplando sua área de especificidade e apoia-se na literatura pertinente para avaliação dos aspectos envolvidos nesse instrumento. Após concluir sua contribuição, peço que retorne a sua avaliação no prazo de tempo combinado.

Diante de seus conhecimentos e de sua experiência teórica e prática, enfatizo que é fundamental contar com a sua participação no engrandecimento deste trabalho, pois o instrumento será reformulado segundo suas sugestões, para posteriormente ser aplicado pelos profissionais na prática com a assistência à puerpera. Agradeço desde já a sua colaboração e atenção.

Atenciosamente,

Enfa. Alana Santos Monte

Mestranda em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde- UECE

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido juiz especialista

Eu, Alana Santos Monte, enfermeira, aluna do Curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar como juiz (a) da pesquisa intitulada **“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO “QUESTIONÁRIO PARA AS MULHERES” PARA A REALIDADE DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PRÉ, TRANS E PÓS-PARTO EM FORTALEZA”**. Trata-se da minha dissertação que objetiva validar um instrumento denominado “Questionário para as Mulheres” que foi criado e aperfeiçoado pela IMBCI, ao se buscar embasamento na literatura e a partir das evidências encontradas na prática de assistência à parturiente.

Após sua aceitação em participar deste estudo, iremos entregar uma cópia do **Questionário para as Mulheres** que pretendemos validar, juntamente com o instrumento avaliativo que deverá ser preenchido depois da sua leitura e avaliação. Dentro de um prazo estabelecido (trinta dias) deverá devolver o mencionado instrumento preenchido e com as suas contribuições. Cabe ressaltar que caso não haja concordância entre os juízes em alguma parte do instrumento, este será analisado, reelaborado a partir das suas sugestões, e reencaminhado para uma nova validação.

Enfatizo que sua colaboração é fundamental tendo em vista que seus conhecimentos científicos e empíricos relacionados à temática são relevantes para avaliar a tecnologia desenvolvida. Informo, ainda, que lhe serão assegurados: o direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, sem que isso acarrete qualquer prejuízo; o acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer; 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 revistas científicas; o estudo não acarretará em maleficência e seus resultados trarão benefícios para o desenvolvimento científico.

Leia atentamente as informações acima e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

No caso de dúvidas, estarei disponível para quaisquer outros esclarecimentos, no endereço: Rua Paula Barros, 317, Apto 202, Meireles, CEP: 60170-060. Tels.: (85) 3099-6702 e (85) 8708-6702; e-mail: alanasmonte@yahoo.com.br. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações. Certa de contar com sua cooperação, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Alana Santos Monte

APÊNDICE C

Validação de conteúdo

Especialista N°: _____

Formação Básica: _____

Experiência com parto humanizado (anos): _____

Titulação: _____

Experiência anterior com validação de instrumentos: **1.Sim 2. Não**

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

Questionário para as mulheres – parto normal e cesariana. Para cada um dos itens a serem avaliados responda às seguintes questões:

	Itens do questionário	Este item lhe parece claro e compreensivo?	Este item está associado à percepção da puérpera?	Sua presença no questionário é relevante?	Qual o grau de relevância?
1	Todas as pessoas que cuidaram de mim se apresentaram, ao entrar no quarto pela primeira vez	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
2	Durante minha internação, recebi informações que foram explicadas de maneira que eu pudesse facilmente entender:	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
3	Senti que podia expressar abertamente minhas preocupações/medos/opiniões aos meus cuidadores	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
4	Eu senti que minha privacidade foi respeitada durante o parto ou na minha recuperação no hospital	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
5	Meus cuidadores (enfermeiras /médicos/ obstetristas) me incluíram em todas as decisões sobre meus cuidados ou nos cuidados de meu bebê	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

6	Eu senti que minhas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de minha gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do meu bebê	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
7n	Eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
7c	Se tive trabalho de parto, eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
8n	No momento do nascimento do meu filho, eu estava sendo acompanhada pela(s) pessoa(s) que escolhi (família, amigos)	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
8c	Durante a cesárea eu fui acompanhada pela(s) pessoas de minha escolha	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
9	Se fui acompanhada por uma doula durante o trabalho de parto, ela foi bem recebida pelos profissionais	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
10	Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar as técnicas que aumentam meu conforto como (marque estas técnicas)	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
11	Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar estas posições (marque estas posições)	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
12	Eu usei estas posições para o parto - puxo (marque estas posições)	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

13	Me foram oferecidos métodos não medicamentosos para alívio da dor	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
14	Eu pude comer e beber o quanto quis durante meu trabalho de parto	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
15n	Eu assumi a posição da minha escolha quando o meu bebê estava nascendo	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
15c	Antes da minha cesárea, eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
16n	Eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
16c	Durante minha internação, eu recebi todas as informações adequadas sobre como seria a minha cesárea, a anestesia, a recuperação etc.:	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
17n	Durante minha internação, eu recebi informações adequadas sobre tudo o que eu quis acerca do que foi planejado e o que aconteceu: no trabalho de parto, parto, tratamentos e suas alternativas, amamentação etc.	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
17c	Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele ainda no Centro Cirúrgico	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

18n	Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
18c	Eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele na sala de recuperação após a cesárea	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
19n	Na primeira hora após o parto eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
19c	A pós a cesárea, eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
20	Eu fui encorajada a amamentar meu bebê na primeira hora após seu nascimento, se essa foi minha escolha	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
21	Eu fui ajudada a amamentar meu bebê durante a primeira hora após o nascimento	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
22	Meu bebê saudável ficou comigo todo o tempo desde o nascimento	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
23	Eu tive livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o seu nascimento	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
24	Eu fui informada sobre métodos efetivos de planejamento familiar durante minha gestação ou antes de deixar o serviço, como métodos contraceptivos	1. Não 2.Sim	1. Não 2. Sim	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

25	Meu conhecimento para um efetivo planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi	1. Não 2.Sim	1. Não Sim	2.	1. Não Sim	2.	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
26	Em geral, eu acho que minha experiência acerca dessa internação para o parto de meu bebê foi	1. Não 2.Sim	1. Não Sim	2.	1. Não Sim	2.	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante
27	Você voltaria ao Hospital ou recomendaria para alguém?	1. Não 2.Sim	1. Não Sim	2.	1. Não Sim	2.	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA JUÍZES – 1ª FASE
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

ESPECIALISTA Nº. _____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Escola onde se graduou: _____ Ano: _____

Local de trabalho: _____

Área de atuação: _____

Experiência com saúde materna/humanização do parto: _____

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO.

Se sim, qual a temática: _____

2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: _____ Ano: _____

Especialização 1: _____ Ano: _____

Especialização 2: _____ Ano: _____

Mestrado em: _____ Ano: _____

Temática da dissertação: _____

Doutorado em: _____ Ano: _____

Temática da tese: _____

Outros: _____

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

3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO

APÊNDICE E– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Estadual do Ceará

Programa de Pós- Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

Registro no Comitê de Ética em Pesquisa: 314.363

Estou a convidando a participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo validar o “Questionário para as Mulheres” dentro do contexto do Brasil, considerando de forma particular a realidade de Fortaleza. A validação ocorrerá através da análise estatística a partir da avaliação dos juízes e das respostas obtidas pelas mulheres entrevistadas. Destarte, a validação do “Questionário para as Mulheres” poderá fornecer subsídios para a construção de intervenções personalizadas de acordo com a realidade de cada gestante/puérpera. O uso do “Questionário para as Mulheres” permitirá ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher recebe a melhor assistência durante o trabalho de parto e parto, possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do parto humanizado. Tal fato poderá levar em médio e longo prazo à redução das taxas de cesariana e consequentemente à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-filho.

Neste sentido, solicitamos sua permissão para entrevistá-la. O tempo previsto para nosso encontro será de quinze minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização da minha pesquisa. Também lhe asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para esclarecer dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de deixar de participar a qualquer momento sem qualquer tipo de penalidade. Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho à comunidade científica, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la. O estudo não lhe trará nenhuma despesa e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistado).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará por meio do telefone (85)3101-9890. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço abaixo: Alana Santos Monte

Endereço da Pesquisadora: Rua Paula Barros, nº317, Apto 202, CEP: 60170-060. Meireles. Fortaleza- CE. Email: alanasmonte@yahoo.com.br

Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza/Ce. Fone/Fax : (85) 3101.9823.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa. Fortaleza, ____ de _____ de 2013.

Assinatura da participante

Assinatura de quem coletou os dados

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE F- SEGUNDA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO

	Itens do questionário com as modificações referentes à Primeira análise dos juízes (22 itens)
1	Todas as pessoas que cuidaram de você se apresentaram ao entrar no quarto pela primeira vez; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
2	Durante a sua internação, você recebeu informações sobre o que foi planejado e o que aconteceu no parto de forma que você pudesse facilmente entender; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
3	Você sentiu que podia expressar abertamente suas preocupações/medos/opiniões aos seus cuidadores: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
4	Você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o parto ou na sua recuperação no hospital: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
5	Seus cuidadores (enfermeiras/ médicos/obstetizes) lhe incluíram em todas as decisões sobre seus cuidados ou nos cuidados de seu bebê: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
6	Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de sua gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do seu bebê: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
7	Durante o trabalho de parto ou início da cesárea até o nascimento do seu filho você teve a oportunidade de ficar com um acompanhante de sua escolha; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre ☐ Marido/companheiro ☐ membro da família ☐ amiga(o) ☐ doula ☐ Não permitiram ninguém
8	Se você teve trabalho de parto, existiu a presença de doula comunitária lhe acompanhando ☐ Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 16) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
9	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como: ☐ Preferi não usar nenhuma delas ☐ Nada disso me foi oferecido a.Massagens/toque b. Chuveiro c. Banheira d. Compressas mornas/frias e.Aromaterapia f.Música g.Bola h.Escadinha/Elástico/cordas i.Rebozo (pano longo) j.Acunpuntura k.Cama com ajuste de posição l.Banqueta de parto
10	Durante o trabalho de parto você usou posições de sua escolha: ☐ Preferi não usar nenhuma delas ☐ Nada disso me foi oferecido a.Deitada de lado b.Em pé c.De cócoras d.De joelhos e.De quatro apoios f.Banqueta

	de parto g.Com barra para cócoras
11	Você pôde comer e beber o quanto quis durante o seu trabalho de parto. ☐ Eu não quis (vá para nº 12) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
12	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo: ☐ Sim ☐ Não a. De pé/andando b. Ajoelhada c.De quarto apoios d.Abraçando os joelhos e.Um pé apoiado na cadeira f.Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h.De cócoras
13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos : ☐ Eu não quis (vá para nº 17) ☐ Sim, eu recebi apoio e ajuda ☐ Não, eu não recebi apoio e ajuda
14	Você foi encorajada a colocar o seu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto: ☐ <i>Meu bebê teve problemas respiratórios e não pudemos (vá para nº 19)</i> ☐ Sim ☐ Não
15	Na primeira hora após o parto você ficou com o seu bebê em contato pele-a-pele: ☐ <i>Não, meu bebê estava doente (se você respondeu ‘não, meu bebê estava doente’, vá para nº 23)</i> ☐ Sim ☐ Não
16	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento. ☐ Escolhi não amamentar ☐ Sim ☐ Não
17	Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica em meu caso
18	Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica em meu caso
19	Você foi informada sobre métodos contraceptivos de planejamento familiar durante sua gestação ou antes de deixar o serviço: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
20	Seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi: ☐ Insatisfatório ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente
21	Em geral, você achou que a sua experiência acerca dessa internação para o parto do seu bebê foi : ☐ Insatisfatória ☐ Regular ☐ Boa ☐ Excelente
22	Você voltaria ao Hospital _____ ou o recomendaria para alguém? ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre

APÊNDICE G - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DAS MULHERES EM ESTUDO

PARTE I – Dados sócio demográficos

1. CÓDIGO DA PACIENTE: _____ DATA DA COLETA: ____/____/ 2013
2. IDADE: _____
3. PROCEDÊNCIA:
 - 1 (☐) Fortaleza 2 (☐) Interior, Cidade: _____
 - 3 (☐) Outro Especificar: _____
4. ESTADO CIVIL:
 - 1 (☐) Casada/união consensual
 - 2 (☐) Solteira
 - 3 (☐) Divorciada
 - 4 (☐) Viúva
5. OCUPAÇÃO ATUAL: _____
6. ESCOLARIDADE (anos de estudo). Estudou até qual série: _____
7. RENDA FAMILIAR MENSAL (em Real): _____
8. RAÇA: 1. (☐) Branca 2. (☐) Negra 3. (☐) Parda 4. (☐) Amarela 5. (☐) Indígena
6. (☐) Morena 7. (☐) Outra : _____
9. RELIGIÃO: 1. (☐) Católica 2. (☐) Evangélica 3. (☐) Espírita 4. (☐) Não tem
5. (☐) Outra: _____
10. FUMANTE? 1. (☐) sim 2. (☐) não 3. (☐) ex-fumante 4. (☐) fumante passiva (se reside ou trabalha no mesmo ambiente que outros fumantes)
11. Nº DE CIGARROS POR DIA: _____
12. BEBIDA ALCOÓLICA:
 1. (☐) sim, frequentemente
 2. (☐) sim, só nos fins de semana
 3. (☐) sim, raramente
 4. (☐) deixei de beber por causa da gravidez
 5. (☐) não

PARTE II - ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

13. G: _____ P: _____ A: _____

14. Número de filhos vivos: _____

15. TEVE PROBLEMAS DURANTE A(S) GRAVIDEZ(ES) ANTERIOR(ES)?

1. () sim 2. () não

16. EM CASO AFIRMATIVO, QUAL (IS)?

1. () Pré-eclâmpsia

2. () Diabetes gestacional

3. () Placenta prévia

4. () Ameaça de aborto

5. () Polidrâmnio

6. () Oligodrâmnio

7. () Outros, especificar

17. AMAMENTOU EXCLUSIVAMENTE OS OUTROS FILHOS? 1. () sim 2. () não

18. QUANTO TEMPO? 1. () menos de 1 mês 2. () durante 1 mês 3. () entre 1 e 2 meses

4. () 2 a 4 meses 5. () outros, especificar

PARTE III - DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL

19. REALIZOU PRÉ-NATAL? 1. () sim 2. () não

20. Nº DE CONSULTAS REALIZADAS: _____

21. APRESENTOU SINAIS DE GRAVIDEZ DE RISCO? 1. () sim 2. () não

22. EM CASO AFIRMATIVO, QUAIS?

1. () edema 2. () hipertensão 3. () diabetes 4. () anemia 5. () outros, especificar

23. TEVE PARTO NORMAL OU CESÁREO?

1. () normal 2. () cesáreo

APÊNDICE H

Para cada um dos itens propostos para o questionário responda as perguntas 1, 2 e 3. Caso algum item não lhe pareça claro e compreensivo, acrescente sua sugestão no espaço correspondente.

Antecipadamente agradecemos sua contribuição

	Itens do Questionário Inicial (34 itens)	Itens do questionário com as modificações dos juízes e da amostra análise semântica (21 itens)	1.Sua presença no questionário é relevante ?	2.Qual o grau de relevância?	Caso tenha alguma sugestão em relação a cada item, por favor, acrescente-a neste espaço.
1	Todas as pessoas que cuidaram de mim se apresentaram, ao entrar no quarto pela primeira vez	Todas as pessoas que cuidaram de você se apresentaram ao entrar no quarto pela primeira vez;	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
2	Durante minha internação, recebi informações que foram explicadas de maneira que eu pudesse facilmente entender:	Durante a sua internação, você recebeu informações sobre o que foi planejado e o que aconteceu no parto de forma que você pudesse facilmente entender;	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
3	Senti que podia expressar abertamente minhas preocupações/medos/opiniões aos meus cuidadores	Você sentiu que podia expressar abertamente suas preocupações/medos/opiniões aos seus cuidadores:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
4	Eu senti que minha privacidade foi respeitada durante o parto ou na minha recuperação no hospital	Você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o parto ou na sua recuperação no hospital:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
5	Meus cuidadores (enfermeiras /médicos/ obstetizes) me incluíram em todas as decisões sobre meus cuidados ou nos cuidados de meu bebê	Seus cuidadores (enfermeiras/ médicos/obstetrizes) lhe incluíram em todas as decisões sobre seus cuidados ou nos cuidados de	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

		seu bebê:			
6	Eu senti que minhas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de minha gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do meu bebê	Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de sua gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do seu bebê:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
7n	Eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto	Durante o trabalho de parto ou início da cesárea até o nascimento do seu filho você teve a oportunidade de ficar com um acompanhante de sua escolha;	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
7c	Se tive trabalho de parto, eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
8n	No momento do nascimento do meu filho, eu estava sendo acompanhada pela(s) pessoa(s) que escolhi (família, amigos)	AGRUPADO ao item 7n.(1ª Análise dos Juízes)			
8c	Durante a cesárea eu fui acompanhada pela(s) pessoas de minha escolha	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			

9	Se fui acompanhada por uma doula durante o trabalho de parto, ela foi bem recebida pelos profissionais	Se você teve trabalho de parto, existiu a presença de doula comunitária lhe acompanhando	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
10	Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar as técnicas que aumentam meu conforto como (marque estas técnicas)	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
11	Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar estas posições (marque estas posições)	Durante o trabalho de parto você usou posições de sua escolha:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
12	Eu usei estas posições para o parto - puxo (marque estas posições)	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
13	Me foram oferecidos métodos não medicamentosos para alívio da dor	AGRUPADO ao item 10 (1ª Análise dos Juízes)			
14	Eu pude comer e beber o quanto quis durante meu trabalho de parto	Você pôde comer e beber o quanto quis durante o seu trabalho de parto.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
15n	Eu assumi a posição da minha escolha quando o meu bebê estava nascendo	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

15c	Antes da minha cesárea, eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
16n	Eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos :	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
16c	Durante minha internação, eu recebi todas as informações adequadas sobre como seria a minha cesárea, a anestesia, a recuperação etc.:	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
17n	Durante minha internação, eu recebi informações adequadas sobre tudo o que eu quis acerca do que foi planejado e o que aconteceu: no trabalho de parto, parto, tratamentos e suas alternativas, amamentação etc.	AGRUPADO ao item 2.(1ª Análise dos Juízes)			
17c	Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele ainda no Centro Cirúrgico	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
18n	Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto	Você ficou em contato pele-a-pele com o seu bebê imediatamente após o parto:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

18c	Eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele na sala de recuperação após a cesárea	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
19n	Na primeira hora após o parto eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele	AGRUPADO ao item 18n (Etapa de Análise Semântica)			
19c	A pós a cesárea, eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele	Item excluído devido ao Índice de Validação de Conteúdo (IVC) ter sido menor do que 0,80 (valor mínimo preconizado para que um item seja mantido)			
20	Eu fui encorajada a amamentar meu bebê na primeira hora após seu nascimento, se essa foi minha escolha	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento.	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
21	Eu fui ajudada a amamentar meu bebê durante a primeira hora após o nascimento	AGRUPADO ao item 20. (1ª Análise dos Juízes)			
22	Meu bebê saudável ficou comigo todo o tempo desde o nascimento	Seu bebê saudável ficou com você desde o nascimento:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
23	Eu tive livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o seu nascimento	Você teve livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
24	Eu fui informada sobre métodos efetivos de planejamento familiar durante minha	Você foi informada sobre métodos contraceptivos de planejamento	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante	

	gestação ou antes de deixar o serviço, como métodos contraceptivos	familiar durante sua gestação ou antes de deixar o serviço:		4. Muito relevante	
25	Meu conhecimento para um efetivo planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi	Seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi:	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
26	Em geral, eu acho que minha experiência acerca dessa internação para o parto de meu bebê foi	Em geral, você achou que a sua experiência acerca dessa internação para o parto do seu bebê foi :	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	
27	Você voltaria ao Hospital ____ ou recomendaria para alguém?	Você voltaria ao Hospital ____ ou o recomendaria para alguém?	1. Não 2. Sim	1. Irrelevante 2. Pouco Relevante 3. Realmente relevante 4. Muito relevante	

APÊNDICE I- QUARTA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO

	Itens do questionário com as modificações das juízas e da amostra análise semântica (21 itens)
1	Todas as pessoas que cuidaram de você se apresentaram ao entrar no quarto pela primeira vez; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
2	Durante a sua internação, você recebeu informações sobre o que foi planejado e o que aconteceu no parto de forma que você pudesse facilmente entender; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
3	Você sentiu que podia expressar abertamente suas preocupações/medos/opiniões aos seus cuidadores: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
4	Você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o parto ou na sua recuperação no hospital: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
5	Seus cuidadores (enfermeiras/ médicos/obstetizes) lhe incluíram em todas as decisões sobre seus cuidados ou nos cuidados de seu bebê: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
6	Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de sua gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do seu bebê: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
7	Durante o trabalho de parto ou início da cesárea até o nascimento do seu filho você teve a oportunidade de ficar com um acompanhante de sua escolha; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre ☐ Marido/companheiro ☐ membro da família ☐ amiga(o) ☐ doula ☐ Não permitiram ninguém
8	Se você teve trabalho de parto, existiu a presença de doula comunitária lhe acompanhando ☐ Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 14) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
9	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como: ☐ Nada disso me foi oferecido ☐ Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim. ☐ Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas ☐ Me foi oferecido e usei algumas delas a.Massagens/toque b. Chuveiro c. Banheira d. Compressas mornas/frias e.Aromaterapia f.Música g.Bola h.Escadinha/Elástico/cordas i.Rebozo (pano longo) j.Acunpuntura k.Cama com ajuste de posição l.Banqueta de parto
10	Durante o trabalho de parto você usou posições de sua escolha: ☐ Nada disso me foi oferecido ☐ Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim.

	☐ Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas ☐ Me foi oferecido e usei algumas delas a. De pé/andando b. Ajoelhada c. De quarto apoios d. Abraçando os joelhos e. Um pé apoiado na cadeira f. Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h. De cócoras i. Deitada de lado
11	Você pôde comer e beber o quanto quis durante o seu trabalho de parto. ☐ Eu não quis ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
12	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo: ☐ Eu não tive parto normal ☐ Nada disso me foi oferecido ☐ Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim. ☐ Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas ☐ Me foi oferecido e usei algumas delas a. De pé/andando b. Ajoelhada c. De quarto apoios d. Abraçando os joelhos e. Um pé apoiado na cadeira f. Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h. De cócoras
13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos : ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
14	Você ficou em contato pele-a-pele com o seu bebê imediatamente após o parto: ☐ Nada disso me foi oferecido ☐ Nada disso me foi oferecido, mas usei alguma(s) dela(s) mesmo assim. ☐ Me foi oferecido, mas preferi não usar nenhuma delas ☐ Me foi oferecido e usei algumas delas
15	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento. ☐ Escolhi não amamentar ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
16	Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento: ☐ Não se aplica em meu caso, porque meu bebê estava doente ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
17	Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele: ☐ Não se aplica em meu caso, porque meu bebê não estava doente ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
18	Você foi informada sobre métodos contraceptivos de planejamento familiar durante sua gestação ou antes de deixar o serviço: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
19	Seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi: ☐ Insatisfatório ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

20	Em geral, você achou que a sua experiência acerca dessa internação para o parto do seu bebê foi : ☐ Insatisfatória ☐ Regular ☐ Boa ☐ Excelente
21	Você voltaria ao Hospital _____ ou o recomendaria para alguém? ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre

APÊNDICE J- QUINTA VERSÃO DO QUESTIONÁRIO

	Itens do questionário com as modificações da amostra do pré-teste (21 itens)
1	Todas as pessoas que cuidaram de você se apresentaram ao entrar no quarto pela primeira vez; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
2	Durante a sua internação, você recebeu informações sobre o que foi planejado e o que aconteceu no parto de forma que você pudesse facilmente entender; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
3	Você sentiu que podia expressar abertamente suas preocupações/medos/opiniões aos seus cuidadores: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
4	Você sentiu que sua privacidade foi respeitada durante o parto ou na sua recuperação no hospital: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
5	Seus cuidadores (enfermeiras/ médicos/obstetizes) lhe incluíram em todas as decisões sobre seus cuidados ou nos cuidados de seu bebê: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
6	Você sentiu que suas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de sua gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do seu bebê: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
7	Durante o trabalho de parto ou início da cesárea até o nascimento do seu filho você teve a oportunidade de ficar com um acompanhante de sua escolha; ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre ☐ Marido/companheiro ☐ membro da família ☐ amiga(o) ☐ doula ☐ Não permitiram ninguém
8	Se você teve trabalho de parto, existiu a presença de doula comunitária lhe acompanhando ☐ Você não teve trabalho de parto (vá para nº 14) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
9	Durante o trabalho de parto, foram oferecidas a você técnicas que aumentaram seu conforto e diminuíram a dor como: ☐ Nada disso lhe foi oferecido ☐ Nada disso foi oferecido, mas você usou alguma(s) dela(s) mesmo assim. ☐ Foi oferecido, mas você preferiu não usar nenhuma delas ☐ Foi oferecido e você usou algumas delas a.Massagens/toque b. Chuveiro c. Banheira d. Compressas mornas/frias e.Aromaterapia f.Música g.Bola h.Escadinha/Elástico/cordas i.Rebozo (pano longo) j.Acunpuntura k.Cama com ajuste de posição l.Banqueta de parto
10	Durante o trabalho de parto você usou posições de sua escolha: ☐ Nada disso lhe foi oferecido ☐ Nada disso foi oferecido, mas você usou alguma(s) dela(s) mesmo assim.

	☐ Foi oferecido, mas você preferiu não usar nenhuma delas ☐ Foi oferecido e você usou algumas delas a. De pé/andando b. Ajoelhada c. De quarto apoios d. Abraçando os joelhos e. Um pé apoiado na cadeira f. Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h. De cócoras i. Deitada de lado
11	Você pôde comer e beber o quanto quis durante o seu trabalho de parto. ☐ Você não quis ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
12	Se você teve parto normal você assumiu a posição de sua escolha quando seu bebê estava nascendo: ☐ Você não teve parto normal ☐ Nada disso lhe foi oferecido ☐ Nada disso foi oferecido, mas você usou alguma(s) dela(s) mesmo assim. ☐ Foi oferecido, mas você preferiu não usar nenhuma delas ☐ Foi oferecido e você usou algumas delas a. De pé/andando b. Ajoelhada c. De quarto apoios d. Abraçando os joelhos e. Um pé apoiado na cadeira f. Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h. De cócoras
13	Você recebeu apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos : ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
14	Você ficou em contato pele-a-pele com o seu bebê imediatamente após o parto: ☐ Nada disso lhe foi oferecido ☐ Nada disso foi oferecido, mas você usou alguma(s) dela(s) mesmo assim. ☐ Foi oferecido, mas você preferiu não usar nenhuma delas ☐ Foi oferecido e você usou algumas delas
15	Você foi encorajada e ajudada a amamentar o seu bebê durante a primeira hora após o nascimento. ☐ Escolheu não amamentar ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
16	Seu bebê saudável ficou com você todo o tempo desde o nascimento: ☐ Não se aplica em seu caso, porque seu bebê estava doente ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
17	Você teve livre acesso ao seu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o nascimento dele: ☐ Não se aplica em seu caso, porque seu bebê não estava doente ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
18	Você foi informada sobre métodos contraceptivos de planejamento familiar durante sua gestação ou antes de deixar o serviço: ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre
19	Seu conhecimento sobre os métodos contraceptivos e planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) após a alta foi: ☐ Insatisfatório ☐ Regular ☐ Bom ☐ Excelente

20	Em geral, você achou que a sua experiência acerca dessa internação para o parto do seu bebê foi : ☐ Insatisfatória ☐ Regular ☐ Boa ☐ Excelente
21	Você voltaria ao Hospital _____ ou o recomendaria para alguém? ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre

ANEXO A- QUESTIONÁRIO PARA AS MULHERES



©INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH INITIATIVE

Questionário para as mulheres - cesariana

Hospital _____ Mês _____ Ano _____

Obrigada por aceitar responder as questões. Suas respostas são anônimas e serão transmitidas somente à equipe da pesquisa. Sua participação não irá alterar o seu atendimento e nem do seu filho(a)

Por favor assinale se a sua cesariana ocorreu:

☐ **sem trabalho de parto** ou ☐ **durante o trabalho de parto**

Para cada afirmativa nestas 3 páginas, marque a opção que melhor se aplica a você:

1. Todas as pessoas que cuidaram de mim se apresentaram, ao entrar no quarto pela primeira vez; (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	NÃO escreva nesta coluna ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
2. Durante minha internação, recebi informações que foram explicadas de forma que eu pudesse facilmente entender: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
3. Senti que podia expressar abertamente minhas preocupações/medos/opiniões aos meus cuidadores: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
4. Eu senti que minha privacidade foi respeitada durante o parto ou na minha recuperação no hospital: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
5. Meus cuidadores (enfermeiras/médicos/obstetizes) me incluíram em todas as decisões sobre meus cuidados ou nos cuidados de meu bebê: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
6. Eu senti que minhas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de minha gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do meu bebê: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
7. Se tive trabalho de parto, eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante esse período: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
8. Durante a cesárea eu fui acompanhada pela(s) pessoas de minha escolha. Marque todos que a acompanharam: ☐ Sim ☐ Não a. Não permitiram ninguém b. Marido/companheiro c. membro da família d. amiga(o) e. doula	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐
9. Se tive trabalho de parto e fui acompanhada por uma doula nesse período, ela foi bem recebida pelos profissionais: ☐ Eu não tive trabalho de parto (vá para nº 16) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4

10. Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar as técnicas que aumentam meu conforto como (marque estas técnicas – veja os desenhos na página 4 se achar necessário): ☐ <i>Preferi não usar nenhuma dela</i> ☐ <i>Nada disso me foi oferecido</i> a. Massagens/toque b. Chuveiro c. Banheira d. Compressas mornas/frias e. Aromaterapia f. Música g. Bola h. Escadinha/Elástico/cordas i. Rebozo (pano longo) j. Acunpuntura k. Cama com ajuste de posição l. Banqueta de parto	☐ ☐ ☐ 1 2 3 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l ☐
11. Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar estas posições (marque as posições – veja os desenhos na página 4 se achar necessário): a. De pé/andando b. Ajoelhada c. De quarto apoios d. Abraçando os joelhos e. Um pé apoiado na cadeira f. Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h. De cócoras ☐ <i>Preferi não usar nenhuma delas</i> ☐ <i>Nada disso me foi oferecido</i>	☐ ☐ ☐ 1 2 3 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐
12. Eu usei estas posições para o parto - puxo (marque as posições – veja os desenhos na página 4 se achar necessário): a. Deitada de lado b. Em pé c. De cócoras d. De joelhos e. De quatro apoios f. Banqueta de parto g. Com barra para cócoras ☐ <i>Preferi não usar nenhuma delas</i> ☐ <i>Nada disso me foi oferecido</i>	☐ ☐ ☐ 1 2 3 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐
13. Me foram oferecidos métodos não medicamentosos para alívio da dor: ☐ <i>Só foram oferecidos medicamentos</i> ☐ <i>Nunca</i> ☐ <i>algumas vezes</i> ☐ <i>a maioria das vezes</i> ☐ <i>sempre</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
14. Eu pude comer e beber o quanto quis durante meu trabalho de parto: ☐ <i>Eu não quis (vá para n° 15)</i> ☐ <i>Nunca</i> ☐ <i>algumas vezes</i> ☐ <i>a maioria das vezes</i> ☐ <i>sempre</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
15. Antes da minha cesárea, eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos ☐ <i>Eu não quis (vá para n° 16)</i> ☐ <i>Sim, eu recebi apoio e ajuda</i> ☐ <i>Não, eu não recebi apoio e ajuda</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
16. Durante minha internação, eu recebi todas as informações adequadas sobre como seria a minha cesárea, a anestesia, a recuperação etc.: ☐ <i>Eu não quis (vá para n° 17)</i> ☐ <i>Nunca</i> ☐ <i>algumas vezes</i> ☐ <i>a maioria das vezes</i> ☐ <i>sempre</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
17. Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele ainda no Centro Cirúrgico: ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i> ☐ <i>Não, porque meu bebê estava doente</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
18. Eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele na sala de recuperação após a cesárea: (marque apenas uma resposta) ☐ <i>Não, porque meu bebê estava doente</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
19. A pós a cesárea, eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele: ☐ <i>Não, porque meu bebê estava doente (se você respondeu 'não, meu bebê estava doente', vá para n° 23)</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
20. Eu fui encorajada a amamentar meu bebê na primeira hora após seu nascimento, se essa foi minha escolha (marque apenas uma resposta): ☐ <i>Escolhi não amamentar</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
21. Eu fui ajudada a amamentar meu bebê durante a primeira hora após o nascimento (marque apenas uma resposta): ☐ <i>Eu não precisei de ajuda</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
22. Meu eu bebê saudável ficou comigo todo o tempo após a cesárea (marque apenas uma resposta): ☐ <i>Não se aplica em meu caso, porque o bebê estava doente</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
23. Eu tive livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o seu nascimento (marque apenas uma resposta): ☐ <i>Não se aplica em meu caso, meu bebê não estava doente</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4

☐ Sim ☐ Não	
24. Eu fui informada sobre métodos efetivos de planejamento familiar durante minha internação ou antes de deixar o serviço: ☐ Sim ☐ Não	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
25. Eu vou ter alta com tudo o que preciso para um efetivo planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) (<i>marque apenas uma resposta</i>) ☐ Sim ☐ Não ☐ Eu não sei	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
26. Em geral, eu acho que minha experiência acerca dessa internação para o parto de meu bebê foi :(<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ Excelente ☐ Boa ☐ Média ☐ Insatisfatória	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
27. Você voltaria ao Hospital _____ ou o recomendaria para alguém? ☐ Sim ☐ Não	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4

Muito obrigada – você está nos ajudando a melhorar nossa assistência

Veja na outra página as ilustrações sobre medidas de conforto e posições para o trabalho de parto e parto (listadas nas afirmativas 10, 11, 12)

Queremos sua opinião sobre este questionário, para podermos melhorá-lo.

1. Em quanto tempo (em minutos, aproximadamente) você respondeu esse questionário ? _____

2. Na sua opinião, as perguntas foram de fácil compreensão (claras) ? ☐ sim ☐ não

3. Se algumas questões não estavam claras, você pode dizer qual/quais ? (o/s número/s)

4. Você tem algum comentário a fazer ? ☐ sim ☐ não

Muito obrigada – você está nos ajudando a melhorar nosso questionário.



©INTERNATIONAL MOTHERBABY CHILDBIRTH INITIATIVE

Questionário para as mulheres –parto normal

Hospital _____ Mês _____ Ano _____

Obrigada por aceitar responder as questões. Suas respostas são anônimas e serão transmitidas somente à equipe da pesquisa. Sua participação não irá alterar o seu atendimento e nem do seu filho(a)

Para cada afirmativa nestas 3 páginas, marque a opção que melhor se aplica a você:

1. Todas as pessoas que cuidaram de mim se apresentaram, ao entrar no quarto pela primeira vez; (<i>marque apenas uma resposta</i>) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	NÃO escreva nesta coluna ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
2. Durante minha internação, recebi informações que foram explicadas de forma que eu pudesse facilmente entender: (<i>marque apenas uma resposta</i>) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
3. Senti que podia expressar abertamente minhas preocupações/medos/opiniões aos meus cuidadores: (<i>marque apenas uma resposta</i>) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4

4. Eu senti que minha privacidade foi respeitada durante o parto ou na minha recuperação no hospital: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
5. Meus cuidadores (enfermeiras/médicos/obstetizes) me incluíram em todas as decisões sobre meus cuidados ou nos cuidados de meu bebê: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
6. Eu senti que minhas escolhas foram respeitadas (consentimentos ou recusas) ao final de minha gestação, durante o trabalho de parto e no nascimento do meu bebê: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
7. Eu fui acompanhada pela(s) pessoa(s) de minha escolha durante o meu trabalho de parto: (marque apenas uma resposta) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
8. No momento do nascimento do meu filho, eu estava sendo acompanhada pela(s) pessoa(s) que escolhi (família, amigos): (marque apenas uma resposta) ☐ Sim ☐ Não a. Não permitiram ninguém b. Marido/companheiro c. membro da família d. amiga(o) e. doula	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐
9. Se fui acompanhada por uma doula durante o trabalho de parto, ela foi bem recebida pelos profissionais: (marque apenas uma resposta) ☐ Eu não fui acompanhada por doula (vá para nº 10) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
10. Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar as técnicas que aumentam meu conforto como (marque estas técnicas – veja os desenhos na página 4 se achar necessário) : a. Massagens/toque b. Chuveiro c. Banheira d. Compressas mornas/frias e. Aromaterapia f. Música g. Bola h. Escadinha/Elástico/cordas i. Rebozo (pano longo) j. Acupuntura k. Cama com ajuste de posição l. Banqueta de parto ☐ Preferi não usar nenhuma dela ☐ Nada disso me foi oferecido	☐ ☐ ☐ 1 2 3 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐ i ☐ j ☐ k ☐ l ☐
11. Durante o trabalho de parto, eu me senti à vontade para usar estas posições (marque as posições – veja os desenhos na página 4 se achar necessário) : a. De pé/andando b. Ajoelhada c. De quarto apoios d. Abraçando os joelhos e. Um pé apoiado na cadeira f. Elevando a pelve g. Sentada ou reclinada h. De cócoras ☐ Preferi não usar nenhuma dela ☐ Nada disso me foi oferecido	☐ ☐ ☐ 1 2 3 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h ☐
12. Eu usei estas posições para o parto - puxo (marque as posições – veja os desenhos na página 4 se achar necessário) : a. Deitada de lado b. Em pé c. De cócoras d. De joelhos e. De quatro apoios f. Banqueta de parto g. Com barra para cócoras ☐ Preferi não usar nenhuma dela ☐ Nada disso me foi oferecido	☐ ☐ ☐ 1 2 3 a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐
13. Me foram oferecidos métodos não medicamentosos para alívio da dor: ☐ Só foram oferecidos medicamentos ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
14. Eu pude comer e beber o quanto quis durante meu trabalho de parto: ☐ Eu não quis (vá para nº 15) ☐ Nunca ☐ algumas vezes ☐ a maioria das vezes ☐ sempre	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
15. Eu assumi a posição da minha escolha quando o meu bebê estava nascendo: ☐ Sim ☐ Não	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
16. Eu recebi apoio e ajuda para ter um parto natural e sem medicamentos ☐ Eu não quis (vá para nº 17) ☐ Sim, eu recebi apoio e ajuda ☐ Não, eu não recebi apoio e ajuda	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
17. Durante minha internação, eu recebi informações adequadas sobre tudo o que eu quis acerca do que foi planejado e o que aconteceu: no trabalho de parto, parto, tratamentos e	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

suas alternativas, amamentação etc.: ☐ <i>Eu não quis (vá para nº 18)</i> ☐ <i>Nunca</i> ☐ <i>algumas vezes</i> ☐ <i>a maioria das vezes</i> ☐ <i>sempre</i>	1 2 3 4
18. Me encorajaram a colocar meu bebê em contato pele-a-pele imediatamente após o parto: ☐ <i>Meu bebê teve problemas respiratórios e não pudemos (vá para nº 19)</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
19. Na primeira hora após o parto eu fiquei com meu bebê em contato pele-a-pele: ☐ <i>Não, meu bebê estava doente (se você respondeu 'não, meu bebê estava doente', vá para nº 23)</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
20. Eu fui encorajada a amamentar meu bebê na primeira hora após seu nascimento, se essa foi minha escolha (<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ <i>Escolhi não amamentar</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
21. Eu fui ajudada a amamentar meu bebê durante a primeira hora após o nascimento (<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ <i>Eu não precisei de orientações</i> ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
22. Meu bebê saudável ficou comigo todo o tempo desde o nascimento (<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i> ☐ <i>Não se aplica em meu caso</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
23. Eu tive livre acesso ao meu bebê doente na unidade de terapia intensiva desde o seu nascimento (<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i> ☐ <i>Não se aplica em meu caso</i>	0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
24. Eu fui informada sobre métodos efetivos de planejamento familiar durante minha gestação ou antes de deixar o serviço: ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
25. Eu vou ter alta com tudo o que preciso para um efetivo planejamento familiar (explicações, folhetos, prescrições etc.) (<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i> ☐ <i>Eu não sei</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
26. Em geral, eu acho que minha experiência acerca dessa internação para o parto de meu bebê foi :(<i>marque apenas uma resposta</i>): ☐ <i>Excelente</i> ☐ <i>Boa</i> ☐ <i>Média</i> ☐ <i>Insatisfatória</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4
27. Você voltaria ao Hospital _____ ou o recomendaria para alguém? ☐ <i>Sim</i> ☐ <i>Não</i>	☐ ☐ ☐ ☐ 1 2 3 4

Muito obrigada – você está nos ajudando a melhorar nossa assistência

Veja na outra página as ilustrações sobre medidas de conforto e posições para o trabalho de parto e parto (listadas nas afirmativas 10, 11, 12)

Queremos sua opinião sobre este questionário, para podermos melhorá-lo.

1. Em quanto tempo (em minutos, aproximadamente) você respondeu esse questionário ? _____

2. Na sua opinião, as perguntas foram de fácil compreensão (claras) ? ☐ sim ☐ não

3. Se algumas questões não estavam claras, você pode dizer qual/quais ? (o/s número/s)

4. Você tem algum comentário a fazer ? ☐ sim ☐ não

Muito obrigada – você está nos ajudando a melhorar nosso questionário.

ANEXO B– AUTORIZAÇÃO DA AUTORA

Re: International MotherBaby Childbirth Initiative in Brazil

[Ocultar detalhes](#)

DE: [Daphne Rattner](#)

PARA: [Alana Monte](#)

CC: [hélène vadeboncoeur](#)

[Mensagem sinalizada](#)

Quinta-feira, 19 de Abril de 2012 12:44

Alana

me and Hélène had an exchange of messages and we thought it will be a great contribution for us if you would do the validation. Please let us know which kind of validation you intend to do and the methodologicval steps, so we can keep track of what is being proposed. Thank you very much for offering it

Daphne Rattner

Em 2 de abril de 2012 10:01, Alana Monte <alanasmonte@yahoo.com.br> escreveu:

Dear Daphne,

I would use the questionnaire to apply to the mothers in maternity hospitals of reference of the Ceará. But as it has not been validated yet, an option that I would is validate this questionnaire in Brazil. What do you think?

Sincerely,

Alana Santos Monte

ANEXO C- COMITÊ DE ÉTICA EPESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO CUIDADO PROMOVIDO À MULHER NO PRÉ, TRANS E PÓS-PARTO

Pesquisador: DAFNE PAIVA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12524013.2.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ ((FUNECE))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 314.363

Data da Relatoria: 10/06/2013

Recomendações:

Quaisquer dúvidas sobre aspectos éticos envolvendo os sujeitos da pesquisa rever a Resolução 196 do CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende plenamente aos ditames da Resolução 196/96 do CNS. Todas as pendências foram resolvidas. Apresentar relatório final, notificando o CEP via PB.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.