

Versão brasileira do instrumento *Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section* e suas propriedades psicométricas

Brazilian version of the Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section and its psychometric properties

Catharina Voss Andrade¹

Jefferson Traebert¹

Eliane Traebert¹

Rodrigo Dias Nunes¹

Autor correspondente: Catharina Voss Andrade

E-mail para correspondência: catharina_voss@hotmail.com

¹ Faculdade de Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC, Brasil

Resumo

Objetivos: Descrição das etapas de adaptação transcultural e validação da *Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section* e obtenção de um instrumento válido para aferição da satisfação materna da cesariana no contexto brasileiro. **Métodos:** O MSSCS-Br foi desenvolvido a partir de traduções iniciais, seguidas de síntese e compilação do instrumento, retrotradução e avaliação pelo comitê de especialistas. A versão pré-final foi testada em 10 pacientes e então submetida à amostra geral. A consistência da escala foi verificada pela técnica de teste-reteste e pelo coeficiente de correlação de Pearson. A confiabilidade foi estimada pelo coeficiente alfa de Cronbach geral e de seus fatores. O QoR-40 foi utilizado como instrumento de comparação. A análise fatorial exploratória avaliou o construto e dimensionalidade. **Resultados:** O MSSCS-Br apresentou alto grau de confiabilidade quando aplicado em dois momentos dados os coeficientes de correlação encontrados. O gráfico de Bland Altman demonstrou pouca discrepância, evidenciando risco reduzido de respostas aleatórias. Os coeficientes de correlação item-total demonstraram valores individuais insatisfatórios para três itens na primeira aplicação, e dois na segunda, porém sua eliminação não trouxe importante elevação do alfa de Cronbach total, sendo possível manter os 22 itens. O índice Kappa e o coeficiente de correlação de Pearson entre o MSSCS-Br e o QoR-40 confirmaram a validade de critério. **Conclusão:** O MSSCS-Br é um instrumento de avaliação da satisfação geral da puérpera em relação à cesariana que contém 22 itens e se mostrou confiável e válido para o cenário brasileiro.

Palavras-chave: Cesárea; Estudos de validação; Parto; Satisfação do Paciente; Reprodutibilidade dos Testes.

Abstract

Objectives: Describe the steps of cross-cultural adaptation and validation of the Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section and obtaining a valid instrument to measure maternal satisfaction of cesarean section in the Brazilian context. **Methods:** The MSSCS-Br was developed from initial translations, followed by synthesis and compilation of the instrument, back-translation and evaluation by the committee of experts. The pre-final version was tested in 10 patients and then submitted to the general sample. The consistency of the scale was verified by the test-retest technique and Pearson's correlation coefficient. Reliability was estimated by the general Cronbach's Alpha coefficient and its factors. The QoR-40 was used as a comparison instrument. Exploratory factor analysis evaluated construct and dimensionality. **Results:** The MSSCS-Br showed a high degree of reliability when applied at two moments, given the correlation coefficients found. Bland Altman's graph showed little discrepancy, evidencing reduced risk of random responses. The item-total correlation coefficients showed unsatisfactory individual values for three items in the first application, and two in the second, but their elimination did not bring an important elevation of the total Cronbach's Alpha, being possible to maintain the 22 items. The Kappa index and Pearson's correlation coefficient between the MSSCS-Br and the QoR-40 confirmed the criterion validity. **Conclusion:** The MSSCS-Br is an instrument for assessing the overall satisfaction of the puerperal woman in relation to cesarean section that contains 22 items and proved reliable and valid for the Brazilian scenario.

Keywords: Cesarean Section; Validation Study; Parturition; Patient Satisfaction; Reproducibility of Results.

Introdução

A escolha da via de parto está cada vez mais em pauta nos dias de hoje, porém pouca informação tem sido relatada sobre as repercussões psicossociais da cesariana na vida da mulher¹⁻³. A cesariana foi introduzida na prática médica como um procedimento de salvamento de vidas, tanto da mãe como do bebê^{4,5}. Entretanto, por se tratar de uma cirurgia de grande porte, está associada a riscos maternos e perinatais imediatos e pode ter implicações para futuras gestações, assim como efeitos psicológicos de longo prazo que ainda estão sendo investigados⁶⁻⁹.

A assistência ao parto passou por grandes mudanças ao longo dos anos e o parto fisiológico deu espaço a uma assistência cada vez mais intervencionista¹⁰. O uso de cesarianas aumentou drasticamente em todo o mundo nas últimas décadas indo contra o preconizado desde 1985, na “Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto”, coordenada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹¹.

A comunidade médica internacional então, passou a considerar que a taxa ideal de cesarianas deve estar entre 10% e 15% e que, ao nível populacional, taxas maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna ou neonatal¹¹. No Brasil, a taxa situa-se em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados, obtendo lugar de grande importância no *ranking* mundial¹².

Um dos motivos que mais corroboram esse alto índice é o número crescente de cesarianas a pedido da mulher, aquela realizada sem indicações médicas e sem contra-indicação para tentativa do parto vaginal¹³⁻¹⁷. Muitos são os motivos que influenciam o comportamento materno em relação à preferência por determinada via de parto, tais como suas crenças, suas expectativas particulares e de seus familiares, como chegam as informações até as gestantes, a postura do profissional em tendenciar à parturiente, o desrespeito à sua autonomia e o próprio sistema de saúde¹⁸.

Um fator comumente presente é a falta de informação das gestantes e o medo de questionar os processos que serão realizados na evolução do trabalho de parto¹⁸. Este fenômeno, presente há décadas em todo cenário mundial, pode levar a consequências adversas de grande impacto para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento único e de grande vulnerabilidade para a mulher.¹⁹ Desse modo, a forma como o parto é vivenciado determina o bem-estar psicológico da futura mãe.¹⁹⁻²²

Porém existe pouca informação a respeito da autopercepção da mulher sobre sua experiência e a repercussão psicossocial desta cirurgia^{1,2,23-26}. O estudo da satisfação da mulher em relação a este procedimento é essencial para a conscientização de fato sobre as repercussões do ato operatório obstétrico²⁷.

No Brasil não existe forma disponível de realizar tal avaliação, pela ausência de instrumentos criados ou adaptados ao contexto sociocultural. A *Maternal Satisfaction Scale dor Caesarean Section* (MSSCS)²⁸, útil na avaliação da retratação materna desta via de parto, considera aspectos da anestesia e seus possíveis efeitos adversos, da postura dos profissionais da saúde, da qualidade da orientação e das informações dadas a gestante em cada etapa do procedimento, da interação entre a parturiente e seu acompanhante, assim como com o bebê, do sentimento dela sobre o ambiente do parto e, por fim, da sua recuperação pós-operatória. Faz-se necessário identificar um instrumento confiável e válido no cenário brasileiro.

Assim, com a finalidade de oferecer uma maneira adequada de se identificar a satisfação das pacientes submetidas às cesarianas, essa pesquisa propõe realizar a adaptação transcultural e determinar as propriedades psicométricas, propondo a versão brasileira do MSSCS.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal para adaptação transcultural e validação do MSSCS. A versão original do instrumento foi desenvolvida na língua inglesa por Morgan et al, no Departamento de Anestesia do Hospital Mount Sinai, da Universidade de Toronto, em Toronto, Canada²⁸.

A versão original contém 22 questões com respostas distribuídas em uma escala de Likert de cinco pontos. Considerado uma proporção de dez pacientes para cada item, foi obtido um tamanho mínimo da amostra de 220 pacientes²⁸.

Os dados foram coletados na maternidade pública do Hospital Regional da cidade de São José, Santa Catarina, Brasil, de março de 2020 a dezembro de 2020, em pacientes submetidas à cesariana. Foram inseridas pacientes internadas na enfermaria de puerpério e que apresentassem capacidade de ler e escrever em português. Pacientes com quaisquer distúrbios que pudessem impedir sua participação e aquelas que conceberam natimortos ou recém-nascidos em óbito neonatal, foram excluídas.

A adaptação transcultural seguiu as diretrizes preconizadas por Beaton et al²⁹ e Wild et al³⁰, em conformidade com as recomendações da Sociedade Internacional de Farmacoeconomia e Pesquisa de Resultados (ISPOR), respeitando as seguintes etapas: I - Tradução inicial para português brasileiro, realizada por dois profissionais com experiência e fluência em ambos idiomas (inglês e português), de forma independente. II - Síntese e compilação das traduções para criação de uma nova versão em português. III - Tradução reversa da síntese para a língua inglesa. IV - Comitê de especialistas para revisão técnica e avaliação de equivalência semântica, por meio de comparação das três versões, valorizando o significado geral e referencial do instrumento, e a facilidade de compreensão de cada item. V - Teste da versão pré-final com dez pacientes para avaliação da clareza e do grau de compreensão de cada questão, e da instrução da escala. VI - Submissão dos resultados do pré-teste à amostra geral que consentir participar.

Os dados de caracterização populacional como sociodemográficos e clínico-obstétricos foram coletados por meio de entrevista e descritos sob a forma de médias e desvios-padrão. Dois questionários, o MSSCS-Br e o Quality of Recovery-40 (QoR-40)³¹, foram autoaplicados pelas pacientes. As pacientes responderam uma segunda aplicação do MSSCS-Br, duas a três semanas posteriormente, para estudo do teste-reteste, recebendo o mesmo por via eletrônica.

Para a análise de confiabilidade, foi calculado o coeficiente de correlação de Pearson, o coeficiente de correlação intraclasse (CCI) e o gráfico de Bland-Altman, bem como a consistência interna dos itens e categorias que o compõem, utilizando-se o coeficiente α -Cronbach geral, cada fatore e calculado para cada item.

A validade de conteúdo foi obtida pela avaliação do comitê de especialistas. A validade de critério foi determinada utilizando o QoR-40 como instrumento externo, calculando-se o

coeficiente de correlação de Pearson e o índice de concordância Kappa entre os dois instrumentos. A validade de constructo foi realizada com a análise fatorial exploratória (AFE) com objetivo de justificar seu agrupamento.

Para a AFE, uma matriz de correlação entre cada par de questões foi realizada para observar sua adequação com os dados. Além disso, foram utilizados testes de esfericidade de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e Bartlett. A quantidade de fatores que poderiam representar a estrutura das variáveis originais foi definida por análise de semelhanças. Para definir o número de fatores, foi utilizado o critério de Kaiser-Guttman de dimensões latentes. Apenas os fatores correspondentes aos autovalores maiores ou próximos a um foram considerados. A extração dos componentes principais foi realizada utilizando o fator de rotação pelo método Varimax, para facilitar a interpretação dos fatores.

Para a TRI, um gráfico de Escarpa foi desenhado com objetivo de definir o número de fatores que poderiam representar a estrutura das variáveis originais. A investigação individual das propriedades do item e a validade geral do constructo foi possível devido a característica unidimensional do instrumento. A fim de estimar o valor do traço latente e criar a escala de medida foi realizada a TRI, que permitiu identificar o poder discriminatório do instrumento e de cada item.

Toda a análise foi realizada com o software SPSS 18.0, exceção feita à TRI que foi realizada com o software R 3.30, dentro do pacote selecionado após a análise ANOVA.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina, Brasil, com CAAE 21764719.5.0000.5369. Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resultados

Composto por 22 itens que avaliam a satisfação materna em relação a cesariana e por instruções às respondentes, o MSSCS-Br foi revisado quanto à semântica e coerência cultural de cada item e aprovado por um comitê de especialistas. Para a etapa de pré-teste, foi constatada boa compreensão de todos os itens e das instruções. Esta nova versão é composta em sua totalidade por questões relacionadas à experiência periparto, desde a anestesia até a recuperação pós-cirúrgica, tendo como finalidade avaliar a satisfação materna deste período.

Para a avaliação das propriedades psicométricas, 220 responderam a primeira aplicação do MSSCS-Br da versão pós-teste e 117 responderam a segunda aplicação. A idade das gestantes variou de 16 a 45 anos, com média de $28,4 \pm 6,3$ anos, com tempo médio de escolaridade de $13,9 \pm 3,1$ anos. Entre as pacientes, 59,1% eram caucasianas, 90,9% vivam com seus parceiros, 99,5% faziam pré-natal na rede pública de saúde e 60% encontravam-se trabalhando no momento. Entre essas gestantes, a idade gestacional no momento do parto variou de 27 a 41 semanas, com média de $38,6 \pm 2,2$ semanas. Quanto ao histórico obstétrico, 19,1% gestantes já haviam tido pelo menos um parto vaginal, 42,7% já haviam experimentado uma cesariana prévia e 20,9% já passaram por alguma perda gestacional precoce.

Na primeira aplicação do MSSC-Br, durante o processo de análise das propriedades psicométricas, o valor da mediana da somatória dos itens foi de 90 pontos, variando de 45 a 110 pontos, enquanto na segunda aplicação, a mediana encontrada foi de 87 pontos, variando de 45 a 110 pontos. A aplicação do QoR-40 demonstrou mediana de 169 pontos, com variação de 110 a 190 pontos.

A análise de confiabilidade demonstrou coeficiente de correlação de Pearson em 0,739 ($p < 0,001$) e CCI em 0,849 [IC 95% 0,782-0,896 ($p < 0,001$)] entre as duas aplicações do MSSC-Br. O gráfico de Bland Altman apresentou dispersão central entre a diferença e a média das duas aplicações do MSSC-Br em quase sua totalidade. (Figura 1)

A primeira aplicação do MSSC-Br apresentou índice alfa de Cronbach geral de 0,798, enquanto na segunda aplicação o valor geral foi de 0,826. Os valores dos coeficientes de correlação item-total evidenciaram valores inferiores a 0,300 para os itens: “Eu não senti dor durante minha cesariana” (1), “Problemas nas costas” (11) e “Coceira” (12), na primeira aplicação, e para os itens “Eu não senti dor durante minha cesariana” (1) e “Coceira” (12) na segunda aplicação.

O comitê de especialistas atestou a validade de conteúdo. Para a validade de critério, o índice Kappa calculado foi de 0,444 ($p < 0,001$) e o coeficiente de correlação de Pearson entre a primeira aplicação do MSSC-Br e o QoR-40 foi de 0,425 ($p < 0,001$).

A análise da matriz de correlação com 22 itens demonstrou correlação linear entre a maioria das perguntas ($p < 0,001$), onde os coeficientes de correlações de Pearson estiveram maiores que 0,300. Estas medidas comprovaram a adequação da análise fatorial exploratória da versão

brasileira do instrumento avaliado. A medida KMO de adequação de amostragem foi de 0,730, evidenciando correlação entre as variáveis. O teste de esfericidade de Barlett também apresentou adequação do banco de dados para a realização da AFE ($p < 0,001$).

A análise das comunalidades evidenciou que todos os itens compartilhavam percentual significativo de variância com os fatores definidos, apresentando extração inferior a 0,600. Para a definição da quantidade de fatores que pudessem representar a estrutura das variáveis originais foi realizada a extração dos componentes principais.

O resultado conseguiu minimizar a correlação entre os fatores, demonstrando, ainda, que o primeiro deles foi formado pelo maior percentual da variância compartilhada pelas perguntas originais e que três fatores explicariam 40,3% desta variância. A análise do gráfico de Escarpa não demonstrou uma unidimensionalidade do MSSC-Br, conforme angulação da curva expressa, não permitindo a realização da Teoria de Resposta ao Item (TRI). (Figura 2)

A avaliação das cargas fatoriais após a rotação pelo método Varimax, demonstrou que todos os itens do instrumento deveriam ser preservados por apresentarem o nível mínimo de 0,300. Os itens do instrumento foram, por meio de um embasamento teórico e de acordo com sua carga fatorial, agrupados em fatores conceituais e conforme a extração de componentes principais identificados na AFE, sendo: Percepção e interação com o externo (Fator 1); Autopercepções físicas e psicológicas (Fator 2); Fatores associados à anestesia (Fator 3). (Tabela 1)

Desta forma, uma vez que a AFE demonstrou adequabilidade para todos os itens, optou-se pelo entendimento de que o instrumento é composto por um único construto, contendo três fatores conceituais, preservando-se os 22 itens inicialmente avaliados em sua versão final.

Figura 1. Gráfico de dispersão de Bland Altman da Escala de Satisfação Materna da Cesariana (MSSCS-Br) e suas cargas fatoriais (N=220). Brasil, 2021.

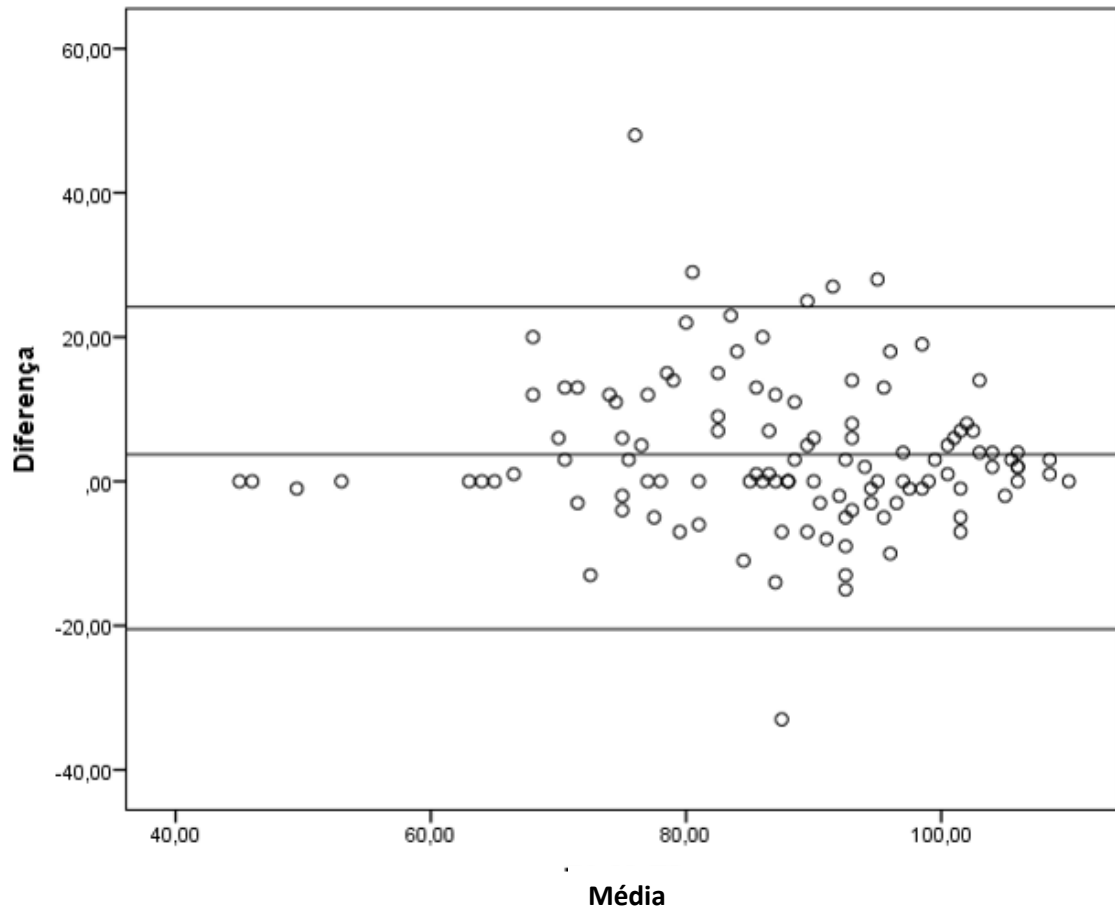


Figura 2. Gráfico de Escarpa para número de componentes extraídos da Escala de Satisfação Materna da Cesariana (MSSCS-Br) (N=220). Brasil, 2021.

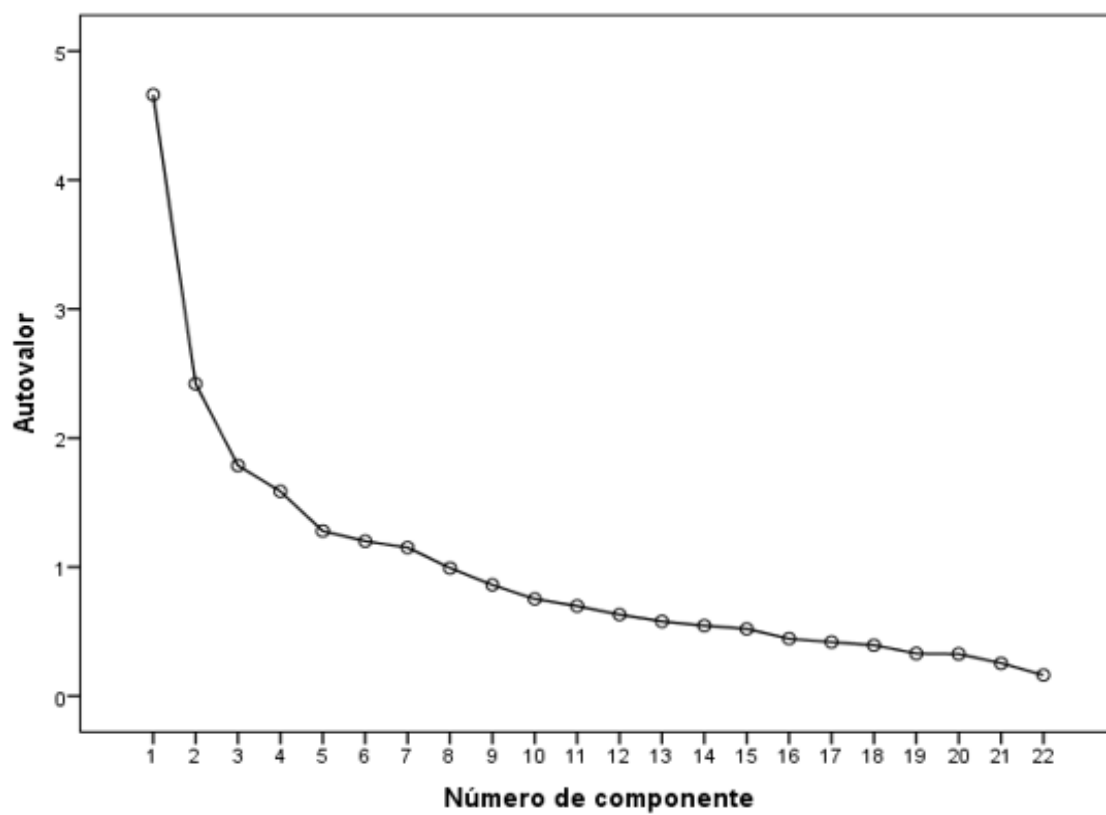


Tabela 1. Subescalas da Escala de Satisfação Materna da Cesariana (MSSCS-Br) e suas cargas fatoriais (N=220). Brasil, 2021.

Itens da Escala de Satisfação Materna da Cesariana (MSSCS-Br)	Carga Fatorial
Fator 1 - Percepção e interação com o externo.	
13. No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude interagir com meu parceiro.	0,647
14. No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude sentir-me próxima de meu bebê.	0,692
15. No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude ter sensação de controle sobre a situação.	0,623
16. No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude comunicar-me com a equipe médica.	0,648
17. No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude ver meu bebê após o nascimento.	0,761
18. No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude segurar meu bebê após o nascimento.	0,701
19. Eu sabia o que a equipe estava fazendo durante a cirurgia.	0,449
20. Eu achei o ambiente da sala de cirurgia confortável.	0,429
21. Eu fui capaz de cuidar de meu bebê após o nascimento.	0,507
Fator 2 - Autopercepções físicas e psicológicas.	
1. Eu não senti dor durante a minha cesariana	0,378
4. Eu não senti dor quando a agulha foi aplicada em minhas costas.	0,579
5. A agulha foi aplicada facilmente em minhas costas.	0,524
6. Eu estava em uma posição confortável quando a agulha foi aplicada em minhas costas.	0,579
7. Durante a cesariana eu não apresentei tremores.	0,471
8. Durante a cesariana eu não apresentei boca seca.	0,648
9. Durante a cesariana eu não apresentei garganta seca.	0,691
10. Durante a cesariana eu não apresentei alteração de humor.	0,604
11. Após a cesariana eu não apresentei problema nas costas.	0,338
22. Eu me recuperei rapidamente após minha cesariana.	0,485
Fator 3 - Fatores associados à anestesia.	
2. Eu acredito que a anestesia que recebi era segura para mim.	0,843
3. Eu acredito que a anestesia que recebi era segura para meu bebê.	0,880
12. Após a cesariana eu não apresentei coceira.	0,320

Suplemento. A Escala de Satisfação Materna da Cesariana (MSSCS-Br) na versão final.

ESCALA DE SATISFAÇÃO MATERNA DA CESARIANA (MSSCS-Br)						
Este questionário permite que a equipe de assistência à saúde possa avaliar sua satisfação em relação a sua última cesariana. Por favor, leia cada frase com atenção e indique o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação, circulando o número apropriado. Não há respostas certas ou erradas. Geralmente a sua primeira impressão é a melhor representação dos seus sentimentos. (Marque apenas uma resposta para cada item)		Concordo parcialmente	Concordo plenamente	Discordo completamente	Discordo parcialmente	Não concordo e nem discordo
ANESTESIA						
1.	<i>Eu não senti dor durante minha cesariana.</i>	1	2	3	4	5
2.	<i>Eu acredito que a anestesia que recebi era segura para mim.</i>	1	2	3	4	5
3.	<i>Eu acredito que a anestesia que recebi era segura para meu bebê.</i>	1	2	3	4	5
APLICAÇÃO DA AGULHA NAS COSTAS						
4.	<i>Eu não senti dor quando a agulha foi aplicada em minhas costas.</i>	1	2	3	4	5
5.	<i>A agulha foi aplicada facilmente em minhas costas.</i>	1	2	3	4	5
6.	<i>Eu estava em uma posição confortável quando a agulha foi aplicada em minhas costas.</i>	1	2	3	4	5
EFEITOS COLATERAIS						
Durante a cesariana, eu NÃO apresentei:						
7.	<i>Tremores</i>	1	2	3	4	5
8.	<i>Boca seca</i>	1	2	3	4	5
9.	<i>Garganta seca</i>	1	2	3	4	5
10.	<i>Alteração de humor</i>	1	2	3	4	5
Após a cesariana, eu NÃO apresentei:						
11.	<i>Problemas nas costas</i>	1	2	3	4	5
12.	<i>Coceira</i>	1	2	3	4	5
AMBIENTE						
No centro cirúrgico, durante a cirurgia, eu pude:						
13.	<i>Interagir com o meu parceiro</i>	1	2	3	4	5
14.	<i>Sentir-me próxima de meu bebê</i>	1	2	3	4	5
15.	<i>Ter sensação de controle sobre a situação</i>	1	2	3	4	5
16.	<i>Comunicar-me com a equipe médica</i>	1	2	3	4	5
17.	<i>Ver meu bebê após o nascimento</i>	1	2	3	4	5
18.	<i>Segurar meu bebê após o nascimento</i>	1	2	3	4	5
19.	<i>Eu sabia o que a equipe estava fazendo durante a cirurgia.</i>	1	2	3	4	5
20.	<i>Eu achei o ambiente da sala de cirurgia confortável.</i>	1	2	3	4	5
21.	<i>Eu fui capaz de cuidar de meu bebê após o nascimento.</i>	1	2	3	4	5
22.	<i>Eu me recuperei rapidamente após minha cesariana.</i>	1	2	3	4	5

Adaptado do Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section (MSSCS). Referência da versão original: Morgan PJ, Halpern S, Lo J. The development of a maternal satisfaction scale for caesarean section. *Int J Obstet Anesth.* 1999;8(3):165-70. Referência da versão brasileira: Andrade CV. Adaptação Transcultural e Propriedades Psicométricas do instrumento Maternal Satisfaction Scale for Caesarean Section para o português brasileiro.

Discussão

A autonomia da mulher em seu trabalho de parto e parto é um assunto que ganhou destaque no cenário mundial nos últimos anos. Em 2015, a OMS publicou uma declaração com orientações para a prevenção de violência obstétrica, reconhecendo internacionalmente práticas que são prejudiciais no momento do parto³². O Conselho Federal de Medicina, na tentativa de garantir maior autonomia para a mulher, se manifestou por meio de uma resolução que garante o direito à gestante de optar pela realização de cesariana em situações eletivas, desde que tenha recebido as informações sobre os riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana³³. No entanto, também em 2015, uma revisão sistemática identificou que países com taxas de cesarianas que superam 9-16% não resultam em redução da mortalidade materna e neonatal³⁴. O que se observa no Brasil é que as taxas superam as preconizadas mundialmente, principalmente no setor privado³². Ocorreu um aumento global substancial de cesarianas nas últimas décadas, muitas vezes sem justificativa clara e poucos benefícios adicionais maternos ou neonatais³⁴. Esse aumento, como foi descrito em uma revisão sistemática que agrupou opiniões de 9008 médicos de 20 países, tem como fatores principais a opinião pessoal do médico na tomada desta decisão, a falta de informação da gestante, que resulta em medo do parto vaginal, e o sentimento de segurança do parto cesáreo, por ser considerada uma via mais facilmente previsível³⁵.

O parto cirúrgico, além dos riscos próprios de um procedimento cirúrgico, também pode gerar diversos resultados indesejáveis para a puérpera, como dificuldades na recuperação, hiperalgesia, atraso no retorno às atividades diárias e até problemas em futuras gestações^{36,37}. Este estudo produziu um instrumento válido em território brasileiro que permite a avaliação da satisfação materna em relação à esta via de parto, possibilitando a obtenção informações necessárias para otimizar a assistência periparto desta via e promover estratégias de informação a fim de preparar melhor a gestante para a tomada de decisão e seus possíveis desfechos.

O MSSCS-Br (Figura 2) apresentou grau de confiabilidade elevado quando aplicado em dois momentos distintos dados os elevados coeficiente de correlação encontrados, o coeficiente de correlação de Pearson. Isso indica variação mínima da percepção das mulheres com o curto intervalo utilizado para este fim, confirmando assim, sua reprodutibilidade. Além disso, o gráfico de dispersão de Bland Altman (Figura 3) demonstra pouca discrepância entre as respondentes, evidenciando o risco reduzido de respostas aleatórias. Essa interpretação reduz, em teoria, a possibilidade de uma falsa percepção da satisfação materna pois ocorreu pequena variância em relação as respostas dadas logo após o nascimento e semanas depois.

A consistência entre as duas aplicações foi demonstrada pela avaliação do elevado alfa de Cronbach. Os valores dos coeficientes de correlação item-total evidenciaram valores inferiores a 0,300 para três itens na primeira aplicação e dois itens na segunda aplicação. Porém, mesmo os itens tendo apresentado valores individuais insatisfatórios, sua eliminação não trouxe importante

elevação ao alfa de Cronbach total do instrumento. Desta forma, a análise da confiabilidade permitiu a manutenção de todos os 22 itens iniciais.

A importância da validade de conteúdo, conferida pelos especialistas, consistiu na adequação de cada item, em face às particularidades do contexto cultural de nosso país. A moderada concordância identificada pelo índice Kappa e a correlação identificada pelo coeficiente de correlação de Pearson entre a primeira o MSSCS-Br e o QoR-40 eram esperadas, uma vez que o instrumento utilizado para validação de critério não é específico para a cesariana, mas abrange efeitos físicos e psicológicos em geral esperados após um procedimento cirúrgico de médio a grande porte. Sua utilização neste estudo, além de atribuir segurança na validação de critério do MSSCS-Br, permitiu a comparação do MSSCS-Br a um instrumento de avaliação pós cirúrgica já validado e amplamente reconhecido em território brasileiro.

Na análise de validade do constructo o primeiro fator estava relacionado à percepção e interação da puérpera com o meio externo, um componente de extrema importância uma vez que é neste âmbito que o profissional assistente consegue atuar para otimizar o cuidado à paciente. O segundo fator, que abrangia o maior número de itens, estava relacionado às autopercepções físicas e psicológicas, isto é, a percepção da puérpera em relação a sintomas presenciados durante a cesariana e ao seu desempenho pessoal. O terceiro fator, composto por três itens, se referia a segurança da puérpera em relação a anestesia e a um efeito colateral comumente encontrado após a aplicação do anestésico, o prurido.

Uma limitação do presente estudo foi a dificuldade encontrada para testar a confiabilidade externa, uma vez que instrumentos utilizados para avaliação da satisfação materna da cesariana com validação no contexto sociocultural brasileiro não foram encontrados, tendo sido este o motivo principal da criação desta ferramenta.

Este estudo concluiu que o MSSCS-Br desenvolvido para a população brasileira é um instrumento confiável e válido, consistindo em 22 itens, permitindo consolidar a uma ferramenta de avaliação da satisfação geral da puérpera em relação à cesariana.

Referências

1. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery*. 2018; 22(1): e20170013.
2. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet*. 2018; 392(10155): 1341-8.
3. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates 1990-2014. *PLoS One*. 2016; 11(2): 1-12.
4. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Da Gama SGN, Theme Filha MM, Bittencourt SDA, et al. The decision of women for cesarean birth: A case study in two units of the supplementary health care system of the State of Rio de Janeiro. *Cienc e Saude Coletiva*. 2008; 13(5): 1521-34.
5. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad Saúde Coletiva*. 2014; 22(1): 46-53.
6. Chen H, Tan D. Cesarean section or natural childbirth? Cesarean birth may damage your health. *Front Psychol*. 2019; 10(Feb): 1-7.
7. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *Br Med J*. 2007; 335(7628): 1025-9.
8. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *Am Fam Physician*. 2015; 91(3): 178-85.
9. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: Whose risks? whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012; 29(1): 7-18.
10. Moore B. Appropriate Technology for Birth. *Lancet*. 2003; 326(8458): 787.
11. World Health Organization. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program*. 2015; 1-8.
12. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MO, et al. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2020 Sep;42(9): 522-528
13. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018; 212.
14. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Publica*. 2010; 45(1): 185-94.
15. GGRAS/DIPRO - Dados de 2014. Nota Técnica nº703/2014 – Consulta Pública 55 e 56 – Direito de informação da gestante e obrigatoriedade do cartão da gestante, carta de informação e Partograma na saúde suplementar; 2014.
16. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: Temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto e Context Enferm*. 2016; 25(1): e3570014.
17. Câmara R, Burlá M, Ferrari J, Lima L, Amim Junior J, Braga A, et al. Cesarean section by maternal request. *Rev Col Bras Cir*. 2016; 43(4): 301-10.
18. Pimentel TA, Oliveira-Filho EC. Fatores que influenciam na escolha da via de parto cirúrgica: uma revisão bibliográfica. *Univ Ciências da Saúde*. 2016; 14(2).

19. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa TT - Violência obstétrica en brasil: una revisión narrativa TT - Obstetrical violence in brazil: a narrative review. *Psicol Soc.* 2017; 29: e155043.
20. Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, de Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar C de A, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev.* 2015; 25(3): 377-82.
21. Costa R, Figueiredo B, Pacheco A, País A. Parto: expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicol Saúde e Doenças.* 2003; IV (1): 47-67.
22. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(4): 1-6.
23. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento vinculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2005; 13(1): 105-11.
24. Mouta RJO, Silva TMDA, De Melo PTS, Lopes NDS, Moreira VDA. Plano De Parto Como Estratégia De Empoderamento Feminino. *Rev Baiana Enfermagem* 31; 2017. (4).
25. Velho MB, Santos EKA dos, Collaço VS. Natural childbirth and cesarean section: social representations of women who experienced them. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(2): 282-9.
26. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011; 205(3): 262.e1-8.
27. De Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA, Da Silva AAM, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008; 24(12): 2909-18.
28. Morgan PJ, Lo J, Halpern S. The development of a maternal satisfaction scale for caesarean section. *Int J Obstet Anesth.* 2003; 8(3): 165-70.
29. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25: 3186-91
30. Wild D, Grove A, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, Erikson P. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Heal.* 2005; 8(2): 94-104.
31. Eduardo AHA, Santos CB dos, Carvalho AMP, Carvalho EC de. Validação da versão brasileira do questionário Quality of Recovery - 40 Items. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(3): 253-9.
32. World Health Organization (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: WHO; 2015.
33. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2 144/2016.
34. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? *Reproductive Health*, 2015; 12: 57 <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0043-6> PMID: 26093498.
35. Panda S, Begley C, Daly D. Erratum: Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metasynthesis of qualitative, quantitative and mixed methods studies (PLoS ONE (2018) 13:7 (e0200941) DOI: 10.1371/journal.pone.0200941). *PLoS One.* 2018;13(8):1-27.
36. Roofthoof E, Joshi GP, Rawal N, Van de Velde M, Joshi GP, Pogatzki-Zahn E, et al. PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and

procedure-specific postoperative pain management recommendations. *Anaesthesia*. 2021;76(5):665–80.

37. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2018(9).