

FERNANDA LOPES

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO
“*MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE*”
NA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS MULHERES
COM O PARTO**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

São Paulo

2023

FERNANDA LOPES

**PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO QUESTIONÁRIO
“*MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE*”
NA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS MULHERES
COM O PARTO**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Coorientadora: Profa. Dra. Mary Uchiyama Nakamura

São Paulo

2023

Lopes, Fernanda

Propriedades psicométricas do questionário “*Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*” na avaliação da satisfação das mulheres com o parto./ Fernanda Lopes.-- São Paulo, 2023.

xv, 124f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Obstetrícia.

Título em inglês: Psychometric properties of the “*Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*” questionnaire in assessment women's satisfaction with childbirth.

Palavras-chave: 1. Parto. 2. Satisfação do Paciente. 3. Questionários. 4. Estudos de Validação.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRÍCIA

PROFESSORES TITULARES DO DEPARTAMENTO:

Profa. Dra. Rosiane Mattar

Prof. Dr. Nelson Sass

CHEFE DO DEPARTAMENTO:

Prof. Dr. David Baptista da Silva Pares

COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM OBSTETRÍCIA:

Profa. Dra. Evelyn Trainá

*Aquele que habita no abrigo do Altíssimo e descansa à sombra do onipotente,
pode dizer ao Senhor: “Tu és o meu refúgio e a minha fortaleza, o meu Deus,
em quem eu confio”.*

(Salmo Heb. 91:1-2)

Dedico este trabalho à minha mãe, Sandra! Agradeço o amor, as palavras de fé e confiança! Sem o seu inestimável apoio, os meus sonhos não estariam completos! Amo ser a sua filha! Obrigada por tudo, luz da minha vida!

Deus te abençoe, sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente.

Aos Ilustres Professores do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo - EPM – UNIFESP.

Agradeço à Profa. Dra. Roseli Nomura, minha orientadora, pela oportunidade, confiança em mim depositada, especialmente decorrente do aprendizado como monitora nas aulas práticas. Obrigada pela concretização deste trabalho. Estimado e reconhecido conhecimento científico da área médica obstétrica.

Agradeço à Profa. Dra. Mary Uchiyama Nakamura, minha coorientadora, Professora Titular do Departamento de Obstetrícia, a qual, fui privilegiada em ser aluna. Preciosos são os seus ensinamentos, especialmente, realçar a importância da “Antroposofia na Saúde”. Inestimável generosidade, acolhimento e empatia. Coerência e dedicação aos seus pacientes e sempre solícita para ensinar aos alunos. Imensamente grata, uma *Honra*.

Agradeço à coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia, Profa. Dra. Evelyn Traina.

À notável Profa. Dra. Silvia Daher. Obrigada por toda cordialidade, confiança e incentivo.

Ao vice coordenador do Curso de Pós-Graduação em Obstetrícia, Prof. Dr. Edward Araujo Júnior.

Ao chefe do Departamento, Prof. Dr. David Baptista da Silva Pares.

Aos Professores Titulares do Departamento de Obstetrícia, Dra. Rosiane Mattar e Dr. Nelson Sass.

Aos professores, Dr. Nelson Sass e Dr. Edward Araujo Júnior pelas aprovações, mestrado e doutorado, respectivamente, e incentivo na pós-graduação.

Aos notáveis Professores Doutores convidados para constituírem a banca da tese de Doutorado, cujos ensinamentos, especialmente no exame de qualificação, constituíram-se determinantes para concretização da tese. Obrigada pela construção desta trajetória acadêmica, por abrilhantarem este caminho de expansão ao conhecimento.

Aos Professores, Dr. Jorge Kuhn e Dr. Nivaldo Rocha, admiração sempre. Contribuição exímia! Dr. Jorge Kuhn, ser humano ímpar.

Aos professores da Comissão Especial de Pós-Graduação em Obstetrícia (CEPG), Profa. Dra. Evelyn Traina, Profa. Dra. Silvia Daher, Profa. Dra. Sue Yazaki Sun, Profa. Dra. Mary Nakamura, Profa. Dra. Rosiane Mattar, Prof. Dr. Eduardo de Souza, Prof. Dr. Edward Júnior, Prof. Dr. Luciano Marcondes, Profa. Dra. Cristina Falbo, Profa. Dra. Érika Vieira e a secretária Rosinéa Lima, pela oportunidade de ser a representante dos alunos. Sou imensamente grata pelo convívio na pós-graduação com os admiráveis docentes deste país.

À Dra. Luciana Viviani da Universidade de São Paulo, a qual, durante o período da graduação fui aluna de iniciação científica e obtive valiosos ensinamentos, espelha o respeito e a cordialidade com todos, eterna professora.

A Rosinéa Lima, pela atenção, gentileza e dedicação aos alunos, especialmente, a construção da nossa amizade, uma alegria em tê-la na minha vida. Foram inúmeros os aconselhamentos! Sempre o convívio alegre e ímpar. Obrigada por tudo!

Ao Sr. Roberto, agradeço imensamente por toda atenção e aconselhamento no decorrer da pesquisa.

Agradeço à Nathalia Taira e Lívia Sola, secretárias do Departamento de Obstetrícia.

Ao Núcleo de Medicina Antroposófica (NUMA), coordenado pela Profa. Dra. Mary Uchiyama Nakamura. Agradeço ao Dr. Jorge Hosomi, Moacyr Morais, Neuza Bregalante e colegas do NUMA.

Sou grata às tradutoras Dra. Kathya Sakamoto Reynolds e Maria Luísa Flynn. Agradeço a colaboração da Maternidade Amparo Maternal Congregação de Santa Catarina, especialmente as enfermeiras Lecy, Regina, Débora e Horana, pela atenção e prontidão ao estudo.

Agradeço, principalmente, às puérperas, pela atenção e colaboração em participar da pesquisa.

A todos, os quais, contribuíram para a completude do estudo: Dr. Jorge Kuhn, Dr. Júlio Elito, Dr. Eduardo Souza, Dra. Ruth Osava, Dra. Rosemeire Sartori, Dra. Elma Zaboli, Dra. Maria Brizot, Dra. Teresa Barroso, Dra. Gláucia Benute e Dra. Lisabelle Rossato.

À Laryssa Costa, pelos ensinamentos e direcionamento na análise estatística da pesquisa.

À Maria Alecrim, um ser humano de imensa luz, a qual, sempre esteve ao meu lado, com apoio, orientações e amizade. Obrigada por tudo! Eterna amizade!

À Marlene Valença, Lucas Chagas, Roberta, Cleonice, Elizete e Matheus Alves, agradeço a amizade e inesquecíveis momentos compartilhados. A todos os colegas da pós-graduação com os quais compartilhei momentos excepcionais.

Aos meus familiares, especialmente, a minha mãe Sandra, vovó Maria de Lourdes, muito *amada*, Gabriel e Darcy, sem os quais nada seria possível.

Especial (*in memoriam*), meu querido *Pai*, Lopes, mais de 20 anos de saudade, obrigada *Mãe*, por ser tão forte por nós, passamos por momentos difíceis, meu respeito *por ti*, sempre.

Aos Párocos: Paulo, Dênis e Celso, e aos Missionários Narcísio, Aparecida e Marcos, todos da comunidade católica.

Agradeço, de modo geral, a todos que estiveram presentes na minha trajetória acadêmica. É uma honra poder compartilhar com todos vocês!

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), processo nº 88887.485879/2020-00, pelo suporte financeiro, permitindo dedicação integral à pesquisa.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Listas.....	xii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xv
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Fundamentos.....	6
1.1.1 Propriedades psicométricas, confiabilidade e validação	6
2 OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.1 Propriedades psicométricas da escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS) em outros idiomas.....	17
3.1.1 Língua espanhola	17
3.1.2 Língua persa.....	21
3.1.3 Língua portuguesa do Brasil	22
3.2 Adaptação transcultural da escala MCSRS em outros países	23
3.2.1 Holanda e Bélgica.....	23
3.2.2 Egito, Líbano e Síria	24
3.2.3 Irã	25
3.2.4 Nova Zelândia	27
3.2.5 Taiwan.....	27
3.2.6 Turquia	28
3.2.7 Espanha	29
3.3 Satisfação com o parto.....	30
4 MÉTODOS.....	34
4.1 Métodos.....	35
4.2 Critérios de inclusão.....	35
4.3 Critérios de exclusão.....	36
4.4 Desenho do estudo	36
4.5 Escala de <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	36

4.6 Coleta de dados.....	38
4.7 Variáveis estudadas.....	39
4.8 Análise estatística.....	41
4.8.1 Análise psicométrica.....	41
4.8.2 Análise da confiabilidade.....	42
4.8.3 Validação discriminante.....	42
4.8.4 Análise da satisfação com o parto	43
5 RESULTADOS.....	44
5.1 Características da população	45
5.2 Análise psicométrica Q1 a Q34	47
5.2.1 Análise descritiva	47
5.2.2 Qualidade do ajuste	47
5.2.3 Matriz de correlação	51
5.2.4 Confiabilidade da escala	51
5.2.5 Validação discriminante	52
5.3 Análise psicométrica Q37 a Q40	53
5.3.1 Análise descritiva	53
5.3.2 Qualidade do ajuste	54
5.3.3 Confiabilidade da escala	55
5.4 Análise da satisfação com o parto	55
6 DISCUSSÃO.....	60
6.1 Análise psicométrica.....	61
6.1.1 Itens Q1 a Q34	61
6.1.2 Itens Q37 a Q40.....	66
6.2 Análise da confiabilidade.....	67
6.2.1 Itens Q1 a Q34.....	67
6.2.2 Itens Q37 a Q40.....	70
6.3 Validação discriminante.....	70
6.3.1 Itens Q1 a Q34.....	70
6.4 Análise da satisfação com o parto.....	72
7 CONCLUSÕES	85
8 REFERÊNCIAS.....	87
9 ANEXOS.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da população da validação dos itens Q1 a Q34 e Q37 a Q40 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS) (n=411).....	46
Tabela 2 – Estatísticas descritivas da pontuação dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	48
Tabela 3 – Medidas da qualidade do ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	49
Tabela 4 – Parâmetros da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ajustada dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	50
Tabela 5 – Matriz de Correlação das dimensões dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	51
Tabela 6 – Coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach e ômega de McDonald das seis dimensões dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	52
Tabela 7 – Correlações entre as dimensões ao quadrado e a Variância Média Extraída (VME) dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	53
Tabela 8 – Estatísticas descritivas dos itens Q37 a Q40 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	54
Tabela 9 – Parâmetros da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ajustada dos itens Q37 a Q40 da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	54
Tabela 10 – Dados demográficos, obstétricos e resultados perinatais das 372 puérperas, análise da satisfação com o parto vaginal, versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	56
Tabela 11 – Pontuação total da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS) de acordo com as características maternas e cuidados intraparto.....	58
Tabela 12 – Análise de regressão múltipla para os escores totais da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	59
Tabela 13 – Correlação entre as dimensões da versão em português brasileiro da Escala <i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i> (MCSRS).....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AGFI	Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
DP	Desvio Padrão
EVA	Escala Visual Analógica
FOC	<i>Fear of Childbirth</i>
GFI	Índice de Qualidade do Ajuste
GOF	<i>Goodness-of-Fit</i>
HAC	Hospital Amigo da Criança
IC	Intervalo de Confiança
IFI	Índice de Ajuste Corrigido
MCSRS	<i>Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale</i>
NFI	Índice de Ajuste Normado
NNFI	Índice de Ajuste não-normado
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PGFI	Índice de Qualidade de Ajuste de Parcimônia
PCL-5	<i>Post-Traumatic Stress Checklist for DSM-5 Criteria</i>
PNFI	Índice de Ajuste Normado de Parcimônia
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
Q	Questão
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
RMSR	Raiz do Resíduo Quadrático Médio
SRMR	Raiz Padronizada do Resíduo Médio
SRMSR	Residual da Raiz Média Quadrada Padronizada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
TLI	Índice de Tucker Lewis
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VME	Variância Média Extraída
X²/df	Teste do Qui-Quadrado/Graus de Liberdade

RESUMO

A satisfação com o parto é um conceito multidimensional e está relacionada com a qualidade da assistência obstétrica. **Objetivos:** avaliar as propriedades psicométricas da escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) e avaliar a satisfação das mulheres com o parto. **Métodos:** Estudo transversal de validação de instrumento. Dados coletados de 411 puérperas de uma maternidade pública de baixo risco. Critérios de inclusão: idade materna entre 18 e 34 anos, idade gestacional maior que 36 semanas, feto único, vivo e saudável. A versão da escala MCSRS-Brasil contém 34 itens (Q1 a Q34) com seis subescalas que avaliam: satisfação própria, parceiro, bebê, enfermagem, médicos e satisfação geral e 4 itens (Q37 a Q40) que avaliam a experiência do parto. A escala MCSRS é questionário de autopreenchimento. A Análise Fatorial Confirmatória (AFC), confiabilidade (alfa de Cronbach e ômega de McDonald) e validação discriminante foram determinadas, pacote *Lavaan* do software R. Na análise da satisfação com o parto foram incluídas 372 mulheres que tiveram parto vaginal (itens Q1 a Q34). Testes U de Mann-Whitney, qui-quadrado ou Exato de Fisher e análise de regressão múltipla foram aplicados. **Resultados:** A AFC confirmou seis subescalas identificadas nos 34 itens (Q1 a Q34) da escala original e para os itens Q37 a Q40 confirmou-se uma única dimensão “Experiência Geral no Parto”. As cargas fatoriais dos itens foram acima de 0,70. A confiabilidade geral alfa de Cronbach de 0,96 (Q1 a Q34) e 0,90 (Q37 a Q40) e o ômega de McDonald de 0,97 (Q1 a Q34) e 0,89 (Q37 a Q40). Na análise da satisfação, a mediana do MCSRS foi significativamente maior nas mulheres que moram com o companheiro do que às que não moram (145,5 vs 133,0; $p = 0,019$), com acompanhante durante o parto do que naquelas sem (146,0 vs 136,5; $p=0,047$), e que amamentaram na primeira hora de vida comparadas com as que não o fizeram (146,0 vs 137,0; $p=0,001$). Regressão múltipla identificou morar com companheiro (coeficiente 6,205; $p=0,043$) e amamentar na primeira hora (coeficiente 7,856; $p=0,005$) variáveis independentes que determinaram o escore total da satisfação do MCSRS. Os maiores coeficientes de satisfação foram com a parteira e o médico. **Conclusões:** A escala MCSRS-Brasil é um instrumento confiável e válido. Residir com companheiro e iniciar precocemente a amamentação no pós- parto são fatores que aumentam a satisfação com o parto vaginal.

Palavras-chave: parto, satisfação do paciente, questionários, estudos de validação.

ABSTRACT

Satisfaction with childbirth is a multidimensional concept and is related to the quality of obstetric care. **Objectives:** to evaluate the psychometric properties of the *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) and to assess women's satisfaction with childbirth. **Methods:** Cross-sectional instrument validation study. Data collected from 411 postpartum women at a low-risk public maternity hospital. Inclusion criteria: maternal age between 18 and 34 years, gestational age greater than 36 weeks, single, live, and healthy fetus. The version of the MCSRS-Brazil scale contains 34 items (Q1 to Q34) with six subscales that assess: self-satisfaction, partner, baby, nursing, doctors and general satisfaction and 4 items (Q37 to Q40) that assess the childbirth experience. The MCSRS scale is a self-administered questionnaire. Confirmatory Factor Analysis (CFA), reliability (Cronbach's alpha and McDonald's omega) and discriminant validation were determined, *Lavaan* package of R software. In the analysis of satisfaction with childbirth, 372 women who had vaginal delivery were included (items Q1 to Q34). Mann-Whitney U, chi-square or Fisher's exact tests and multiple regression analysis were applied. **Results:** AFC confirmed six subscales identified in the 34 items (Q1 to Q34) of the original scale and for items Q37 to Q40 a single dimension "General Experience in Childbirth" was confirmed. The factor loadings of the items were above 0.70. General reliability Cronbach's alpha of 0.96 (Q1 to Q34) and 0.90 (Q37 to Q40) and McDonald's omega of 0.97 (Q1 to Q34) and 0.89 (Q37 to Q40). In the analysis of satisfaction, the median of the MCSRS was significantly higher in women who live with a partner than in those who do not (145.5 vs 133.0; $p = 0.019$), with a companion during childbirth than in those without (146.0 vs 136.5; $p=0.047$), and who breastfed in the first hour of life compared with those who did not (146.0 vs 137.0; $p=0.001$). Multiple regression identified living with a partner (coefficient 6.205; $p=0.043$) and breastfeeding in the first hour (coefficient 7.856; $p=0.005$) as independent variables that determined the total MCSRS satisfaction score. The highest satisfaction coefficients were with the midwife and the doctor. **Conclusions:** The MCSRS-Brazil scale is a reliable and valid instrument. Living with a partner and early initiation of breastfeeding in the postpartum period are factors that increase satisfaction with vaginal delivery.

Keywords: delivery, patient satisfaction, questionnaires, validation studies

1 INTRODUÇÃO

Na atualidade, a análise da satisfação dos usuários com relação aos serviços de saúde vem sendo cada vez mais realizada. Há utilização de inquéritos, questionários, escalas, entre outros meios de avaliação. A finalidade destina-se a melhora da qualidade, seja para os setores primário, secundário e terciário em saúde, tanto público como privado.⁽¹⁾

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1947, o termo saúde foi definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos. Entretanto, assume um caráter multidimensional, a depender das relações históricas, culturais, políticas, econômicas, sociais e individuais de cada ser humano.^(1,2)

Na medida em que há múltiplos fatores determinantes da saúde, o protagonismo dessa ciência assume um novo panorama, a participação do sujeito. A promoção e a prevenção em saúde constituem-se um novo cenário para qualidade de vida.⁽³⁾ O objetivo em saúde volta-se a atenção integral do indivíduo e não somente a cura das doenças.

Em conformidade com os movimentos internacionais e nacionais, no Brasil, em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com foco na integralidade e autonomia corporal.⁽⁴⁾ Em 1985, a OMS recomendou o incentivo ao parto vaginal, aleitamento materno no pós-parto imediato, alojamento conjunto, acompanhante, além das modificações de rotinas hospitalares desnecessárias, como a episiotomia de rotina, amniotomia, tricotomia e enema.^(4,5)

Em 2003, o Programa Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca o acolhimento com escuta qualificada, ambiente físico

(como, privacidade) e garantia dos direitos dos usuários (presença de acompanhante). Os princípios gerais da política são: a transversalidade (aplica-se, a todas as políticas), indissociabilidade (gestão e atenção), protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos. O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia permite o vínculo, ou seja, inclusão do usuário no planejamento do cuidado. Na PNH, “*humanização*”, não se encerra em si própria, mas transcende todas as outras políticas existentes, como a Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).^(4,6)

A gravidez é caracterizada por modificações biológicas, psicológicas e sociais. É uma fase de transição na organização familiar. O momento do parto atribui à mulher, significado único e novo à vida. Nesse contexto, avaliação da satisfação da mulher com o parto é aspecto cada vez mais relevante para os profissionais da área da saúde, sendo indicador importante para a avaliação da qualidade da assistência prestada.⁽⁷⁾ A satisfação com o parto é um conceito multidimensional.⁽⁸⁾ O parto pode atribuir experiências positivas ou traumáticas que podem interferir no bem-estar materno e no vínculo materno-infantil. Estudo mostra que o parto traumático pode ser observado entre 9 e 44% das mulheres.⁽⁹⁾ Experiências traumáticas podem causar depressão pós-parto, sintomas de estresse pós-traumático e podem impactar negativamente a interação mãe-bebê.⁽¹⁰⁾

Os partos insatisfatórios podem favorecer mulheres a lembrarem-se do nascimento do filho apenas com tristeza e medo, quando há o baixo apoio social na gravidez, estresse, controle ineficiente da dor, indução e complicações no parto.⁽¹⁰⁾ Goodman *et al.* (2004)⁽⁸⁾ expõem que mulheres que presenciaram nascimentos traumáticos tiveram a capacidade de amamentar afetada, e dificuldade no estabelecimento do vínculo materno-infantil.

O menor nível de satisfação com o parto é preditor significativo de um risco maior de depressão pós-parto para as mulheres.⁽¹¹⁾ Ademais, há estudos que mostram que a ansiedade e a depressão estão presentes na figura paterna, e estão cada vez mais sendo estudadas pela literatura científica, com incidência aproximadamente de 5-10% e 5-15%, respectivamente.⁽¹²⁾ Assim, ressalta-se a importância do planejamento familiar, pré-natal, parto e pós-parto com equipe multiprofissional e ações educativas, como o pré-natal do parceiro.⁽¹³⁾

A literatura apresenta que o local do parto, o apoio emocional durante o trabalho de parto, a participação da mulher no processo de tomada de decisão, o controle da dor, as informações recebidas pela equipe profissional, são fatores que podem estar associados com a satisfação com o parto.^(7,14,15) Além disso, segundo Maung *et al.* (2022),⁽¹⁶⁾ as mulheres são mais propensas a estarem satisfeitas com o parto quando não são vítimas de abuso físico, verbal ou discriminação, assim como, possuir a privacidade e obter o consentimento para o exame vaginal. Dessa forma, a prática do cuidado, ambiente seguro, relações de confiança e atitudes positivas podem contribuir para uma experiência positiva do parto.⁽¹⁵⁾

A avaliação da satisfação materna, vista por meio das percepções vivenciadas das mulheres, com relação aos cuidados em saúde, aponta quais os pontos fracos e fortes que podem ser aprimorados ou implementados no planejamento da assistência obstétrica. Avaliar a percepção materna com relação à satisfação com o parto e entender como o controle sobre a situação está relacionado à satisfação, caracteriza-se como fator essencial para o aprimoramento das práticas de cuidados em saúde perinatal. Para avaliar tal propósito, os estudos realizados fazem uso de questionários e entrevistas.^(8,17-24), que mediante resultados obtidos, traçam o perfil das participantes e buscam melhorar a assistência, envolvendo o indivíduo nas várias esferas do saber, isto é, em seu contexto biopsicossocial.

Instrumentos específicos para essa investigação têm sido descritos na literatura e destaca-se o questionário desenvolvido por Marlene Mackey, na Universidade da Carolina do Sul, Columbia, EUA, publicado por Goodman *et al.* (2004).⁽⁸⁾ Nessa publicação, o instrumento *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) contém vários componentes sobre o parto e nascimento e foi alvo de estudos desenvolvidos em outros países.^(17-19,21-24) Goodman *et al.* (2004)⁽⁸⁾ realizaram estudo com 60 mulheres de baixo risco no período pós-parto em dois centros médicos nos Estados Unidos. A pesquisa foi direcionada a partos vaginais não instrumentalizados. O MCSRS conta com 34 itens agrupados em seis subescalas, e foi destinado a avaliar a satisfação da mulher consigo mesma, com o parceiro, o recém-nascido, a enfermagem, o médico e satisfação geral. A escala contém dois itens descritivos e quatro itens de avaliação geral. A escala demonstrou ter boa aplicabilidade na prática e os autores concluíram que o controle sobre a situação foi altamente significativo na redução da percepção da dor, favorecendo positivamente a relação com a equipe médica. Além disso, as expectativas quanto à experiência vivida no parto proporcionaram mulheres mais satisfeitas, confirmando que a satisfação é influenciada por ampla variedade de fatores.⁽⁸⁾

Na publicação original do questionário MCSRS, na língua inglesa, é relatado que a validade de face e a confiabilidade foram estabelecidas. O coeficiente de consistência interna para o estudo, alfa de Cronbach, foi satisfatório. Não se constatou referência de que tenha sido realizada análise das propriedades psicométricas do questionário MCSRS em língua inglesa, mas apenas em versões do instrumento em outros idiomas.^(8,21-23)

Na Espanha, dois estudos realizaram a validação da escala MCSRS. Mas- Pons *et al.* (2012)⁽²²⁾ e Caballero *et al.* (2016).⁽²³⁾ realizaram a validação do construto por meio da validação transcultural (tradução, retrotradução,

validação de conteúdo e face)^(22,23) e análise das propriedades psicométricas.⁽²³⁾ No Irã, Moudi & Tavousi (2016)⁽²¹⁾ também realizaram validação transcultural com análise psicométrica da escala MCSRS na língua persa.

De um lado, grandes avanços em tecnologias como cateter de epidural, avanços na analgesia farmacológica; de outro, as pesquisas baseadas em evidências que não mostram a satisfação das usuárias no uso dessas tecnologias. Esta aparente contradição mostra o quanto é preciso entender a fisiologia, de forma que as intervenções “modernas” não prejudiquem o processo da parturição. Através da boa prática, nem em demasia (intervenções desnecessárias) nem de menos (niilismo terapêutico) será possível a satisfação. Para tal, a aplicação de um questionário poderá ser muito útil para avaliar os vários fatores que podem interferir na assistência ao parto.

1.1 Fundamentos

1.1.1 Propriedades psicométricas, confiabilidade e validação

O processo de criação ou adaptação transcultural de questionário configura-se em um conjunto de normas para uma medida válida e confiável. Segundo Hair *et al.* (2009)⁽²⁵⁾, a definição conceitual caracteriza-se a primeira etapa a ser formulada para a estruturação do questionário. Construtos psicológicos, como atitudes, sentimentos, inteligência e satisfação são caracterizados traços não observados diretamente.⁽²⁵⁻²⁸⁾ Dessa forma, quando pesquisadores almejam avaliar traços latentes, um conjunto de itens, variáveis observadas diretamente são desenvolvidas e validadas para o contexto específico.

As normas para o processo de adaptação transcultural são descritas na literatura, embasadas cientificamente pelas etapas qualitativa e quantitativa, denominadas sequencialmente, validação transcultural e análise das propriedades psicométricas ou validação fatorial.⁽²⁹⁾ Considerando os testes psicológicos, avaliação de construtos de forma geral, que mensuram diferenças entre indivíduos ou reações dos indivíduos em diferentes ocasiões, um teste é fundamentalmente uma medida objetiva e padronizada de uma amostra do comportamento.^(25,30)

Com a finalidade de analisar as características psicométricas de um instrumento, faz-se necessário o estudo da dimensionalidade, a qual se estabelece na verificação de que cada item do teste de fato se relaciona com o construto teórico proposto. O recurso estatístico da análise fatorial permite averiguar o agrupamento de itens, e é um dos procedimentos mais comuns utilizados na construção e melhoramento de instrumentos de medida.⁽³¹⁾ Pode ser referida como uma classe de métodos estatísticos multivariados cuja meta central busca analisar correlações, isto é, estrutura das inter-relações, definindo conjuntos de dimensões latentes comuns, denominadas fatores.⁽²⁸⁾

A averiguação das propriedades psicométricas é obtida pela análise fatorial. As correlações entre um conjunto de itens podem indicar se estão medindo a mesma dimensão da variável de interesse. Segundo Schreiber *et al.* (2006)⁽²⁸⁾ a análise fatorial permite verificar a interdependência entre as variáveis do questionário, se cada item se relaciona adequadamente com os demais, e se o conjunto de itens mede um mesmo conceito – um mesmo fator ou dimensão latente do construto. A análise fatorial é conhecida também como uma técnica de agrupamento de dados.

A dimensionalidade, análise psicométrica, é obtida pela Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A AFE,

“explora” e identifica o agrupamento entre os itens, os quais, quando altamente correlacionados podem ser rotulados e denominados subescalas, fatores ou dimensões latentes que melhor representam o conjunto de dados do instrumento.⁽²⁵⁾

Na AFC, há especificação à priori do número de fatores existentes dentro de um conjunto de variáveis. É uma ferramenta que permite a confirmação ou rejeição da teoria previamente estabelecida, ou seja, quão bem as variáveis medidas representam os construtos. A AFC pode ser usada no desenvolvimento do questionário após a AFE, e na validação transcultural, confirmando se os mesmos domínios e/ou fatores são encontrados na população de outro país.^(28,29) Quando a AFC é conduzida, o modelo de hipótese é utilizado para estimar a matriz de covariância da população, que é comparada com a matriz de covariância observada; tecnicamente, o objetivo é minimizar a diferença entre as matrizes estimada e observada.⁽²⁵⁾ Tal como exemplo,⁽²¹⁾ a presença do companheiro na sala de parto, o qual, pode dar mais satisfação (estimada) para as ocidentais; mas para o oriente médio que culturalmente mantém maior distância corporal, a presença do esposo não traz satisfação (observada).

Na análise fatorial, o valor da carga fatorial representa a correlação entre uma variável (item) e o fator. A significância da carga fatorial ($p < 0,05$) está relacionada ao tamanho da amostra, quanto maior o tamanho da amostra, menor pode ser considerado o valor da carga fatorial para interpretação do fator no modelo avaliado. A literatura científica recomenda que o tamanho mínimo da amostra em análise fatorial seja de, pelo menos, cinco vezes o número de variáveis a serem analisadas. Entretanto, 10 sujeitos por item é o mais aceitável.^(25,32,33) Segundo MacCallum *et al.* (1999)⁽³³⁾ o uso de amostras maiores em aplicações de análise fatorial tende a fornecer resultados mais precisos, reduzindo o efeito do erro amostral.

A significância das cargas fatoriais é importante na análise de cada fator. Quanto maior o valor absoluto da carga fatorial, mais importante a carga na interpretação da matriz fatorial.⁽²⁵⁾ Para tamanho de amostra igual ou superior a 350 respondentes, exige-se o valor mínimo de 0,30 para cada carga fatorial. Contudo, valor igual ou maior a 0,70 para carga fatorial são considerados melhores e demonstram uma estrutura melhor definida. À vista disso, a determinação do fator resulta quando variáveis possuem cargas maiores em um fator e cargas menores em outros fatores ($< 0,4$). Segundo Hair *et al.* (2009),⁽²⁵⁾ após a identificação de cargas fatoriais significantes em um fator, os valores mais altos possuem maior influência no nome que será selecionado para representar o fator. Se uma determinada variável possui cargas fatoriais baixas em todos os fatores, significa que ela não tem papel importante no modelo e, portanto, pode ser descartada.⁽³²⁾ Na AFC, as variáveis só produzem cargas nos fatores indicados no modelo, sendo mais rigoroso e restritivo.⁽²⁸⁾

A análise fatorial na aplicabilidade de testes vem sendo cada vez mais utilizada em estudos de validação. À vista de testar um modelo previamente estabelecido, com fatores predeterminados, o uso da AFC é recomendado.

Para análise descritiva dos dados, média, desvio padrão, coeficientes de assimetria e curtose são empregados. Os valores absolutos para assimetria e curtose entre 3 e 7, respectivamente, indicam a sensibilidade psicométrica dos dados para variáveis numéricas.⁽³⁴⁾ Além disso, coeficiente de correlação policórica é empregado, quantificando a correlação entre as variáveis categóricas ordinais, com valores que variam entre -1 e 1 , indicando correlação negativa e positiva, respectivamente. Quando há correlação próxima de zero, as respostas nos itens não estão correlacionadas.⁽³⁵⁾

Na AFC, o critério útil para avaliação do modelo especificado a priori é a avaliação da qualidade do ajuste por meio de índices (*Goodness-of-Fit* – GOF), que é fundamental para a correta interpretação dos resultados. As medidas GOF indicam se há similaridade entre as matrizes de covariância estimada (itens indicadores) e observada (modelo especificado, teoria preestabelecida). Quanto mais próximo os valores das duas matrizes, melhor o ajuste do modelo. Essas medidas são classificadas em três grupos: ajuste absoluto, incremental e parcimônia. Os índices absolutos mais comumente usados contemplam o teste do Qui-quadrado (X^2/df), Índice de Qualidade do Ajuste (GFI), Raiz do Resíduo Quadrático Médio (RMSR), Raiz Padronizada do Resíduo Médio (SRMR) e Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (RMSEA).^(25,36)

A estatística GOF do qui-quadrado (X^2) é o único teste direto quanto à significância, ao comparar a teoria com a realidade dos dados. Espera-se um valor pequeno para X^2 e um correspondente valor de $p > 0,05$, indicando que para as matrizes de variância observada e estimada não há diferença estatisticamente significativa. Todavia, alternativas de ajuste devem ser aplicadas, pois, o teste do X^2 é influenciado pelo tamanho da amostra e o número de variáveis observadas. Quanto maior o tamanho amostral e o número de variáveis, o valor de p resultante é menos significativo, reduzindo o ajuste e comprometendo a validade geral.^(23,36)

Dessa forma, outros testes são utilizados, como o GFI, o qual é menos sensível ao tamanho amostral. O intervalo do valor do GFI varia entre 0 e 1, assim como para o AGFI (Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste), o qual, corrige o GFI (afetado pelo número de indicadores de cada variável latente), sendo valores aceitáveis maiores que 0,95. Para os índices RMSR e SRMR, valores menores que 0,8 são recomendados. Com relação ao índice RMSEA, valores abaixo de 0,10 são aceitáveis.^(25,37)

Os índices de ajuste incremental avaliam quão bem o modelo especificado se ajusta relativamente no modelo de referência, denominado nulo, sob a hipótese de itens não correlacionados entre si. Os índices mais usados são, o CFI (Índice de Ajuste Comparativo), TLI (Índice de Tucker Lewis), IFI (Índice de Ajuste Corrigido) e NFI (Índice de Ajuste Normado), os quais, variam entre 0 e 1 e valores acima de 0,90 e 1 (NFI) são associados ao adequado e perfeito ajuste, respectivamente.⁽²⁵⁾

Entre os índices de ajuste de parcimônia estão o Índice de Qualidade de Ajuste de Parcimônia (PGFI) e o Índice de Ajuste Normado de Parcimônia (PNFI). Estes fornecem informações sobre qual modelo, em comparação com outros, é melhor. Os valores para PGFI (ajuste do GFI) variam entre 0 e 1, sendo o maior valor é preferível quando há comparação dos modelos. Para o PNFI de valores mais altos ($> 0,50$) são melhores sustentados.⁽²⁵⁾

Na literatura científica, há outros índices de ajuste, porém, é importante que mais de um índice seja utilizado para dispor de informações suficientes de aceitabilidade do modelo testado. A partir da AFC com adequado critério de ajuste pode se avaliar as relações estruturais, dependências existentes, correlações entre o item e a dimensão e entre as dimensões que compõem o teste, com base nos valores das cargas fatoriais. As cargas fatoriais são quanto uma variável (item) contribui para determinado fator. Espera-se que as cargas padronizadas, relação entre os itens e as dimensões, sejam maiores que 0,5, sendo preferencialmente maiores que 0,7, a uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$), assim como para a correlação entre as dimensões.⁽²⁵⁾

Para o processo de validação é utilizada a análise da confiabilidade. Segundo Hair *et al.* (2009),⁽²⁵⁾ a confiabilidade é a medida do grau em que o conjunto de indicadores que representam o construto latente são consistentes em suas mensurações, demonstrando medir o que é pretendido. Geralmente, como medida de confiabilidade, a consistência interna é avaliada pelo alfa de

Cronbach, que é a mais utilizada. Entretanto, o ômega de McDonald vem sendo atualmente empregado em estudos de validação. Os valores do alfa de Cronbach e ômega de McDonald variam entre 0 e 1, e o mínimo aceitável para se considerar um questionário confiável é o valor de 0,7.⁽³⁸⁾

Outra medida complementar para análise da confiabilidade (consistência interna) é a Variância Média Extraída (VME) e valores $\geq 0,50$ são considerados adequados, computada para cada construto latente em um modelo de mensuração.^(25,34,39)

Após garantir a dimensionalidade e níveis satisfatórios de confiabilidade, a análise da validade deve ser estabelecida. A validade é o grau em que o instrumento mede o que se pretende medir.^(25,30) As duas formas de validade amplamente utilizadas são a convergente e a discriminante. A validade convergente avalia a correlação entre o instrumento a ser validado e outro alternativo, padrão ouro, com abordagem similar. Altas correlações, indicam mensuração do construto pretendido.^(25,30) A validade discriminante é o grau em que dois conceitos similares são distintos. É geralmente realizada comparando a VME com as correlações quadráticas das dimensões, de forma que a VME deve ser maior.^(25,30) A variância extraída (VE) é caracterizada como o percentual médio de variação explicada entre os itens, uma medida de convergência, a qual representa um construto latente (carga fatorial quadrática média). Computada para cada construto latente, valores de 0,5 ou mais indicam convergência adequada para validade.⁽²⁵⁾

A ausência da avaliação das propriedades psicométricas pode comprometer a fidedignidade do instrumento. Dessa forma, para a adequada validação do questionário traduzido e adaptado culturalmente para o português brasileiro, é fundamental que essas propriedades sejam confirmadas com base em fundamentos teóricos e metodológicos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral analisar as propriedades psicométricas do questionário de avaliação da satisfação das mulheres com o parto, escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS), traduzida e adaptada culturalmente para o português do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Verificar as propriedades psicométricas pelas seguintes análises:

- Análise Fatorial Confirmatória (AFC);
- Avaliação da confiabilidade;
- Validação discriminante.

Verificar a satisfação das mulheres que receberam assistência no parto vaginal em uma Maternidade Pública.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A escala MCSRS, desenvolvida nos Estados Unidos⁽⁸⁾, contém vários componentes sobre o parto e o nascimento. O instrumento foi alvo de estudos desenvolvidos em outros países como: Egito, Síria e Líbano⁽¹⁷⁾, Espanha^(22,23,40), Holanda e Bélgica⁽¹⁸⁾, Irã^(21,41-44), Nova Zelândia⁽⁴⁵⁾, Taiwan⁽⁴⁶⁾ e Turquia.⁽⁴⁷⁾ Contudo, a análise das propriedades psicométricas foi realizada na validação do MCSRS na Espanha e no Irã.⁽²¹⁻²³⁾

O estudo inicialmente publicado sobre o MCSRS foi realizado em 2004⁽⁸⁾, em dois centros médicos dos Estados Unidos, com 60 mulheres de baixo risco, entre 18 e 46 anos de idade, que tiveram partos vaginais sem intercorrências e bebês saudáveis a termo.⁽⁸⁾

A escala MCSRS, composta de 34 itens e seis subescalas (“Própria, Parceiro, Bebê, Enfermagem, Médicos e Geral”) é utilizada para avaliar o grau de satisfação ou insatisfação das mulheres com o parto. Nesse estudo, a escala foi aplicada antes da alta hospitalar, e dados adicionais referentes às características demográficas, preparação para o parto e expectativas durante o trabalho de parto foram mensurados por questionário complementar.⁽⁸⁾

Não foram identificadas diferenças referentes aos dados demográficos nas respostas sobre as variáveis do estudo. Associações significativas foram encontradas entre o controle pessoal e as subescalas que compõem o questionário MCSRS e a satisfação total do parto, bem como entre a dor no trabalho de parto e a subescala de satisfação “Própria” e a satisfação total do parto.⁽⁸⁾

Com relação à subescala “Parceiro”, dois fatores foram relacionados: o controle pessoal e a preparação para o parto. Os dois fatores explicaram 24% da variação na satisfação com o parceiro. As mulheres que se prepararam para o parto tiveram maior satisfação com a presença do parceiro durante o parto do que as que não tiveram a preparação. O controle pessoal ($t=2,48$, $p=0,007$) e a preparação para o parto ($t= -2,46$, $p=0,017$) explicaram a variação na satisfação com o “Parceiro”, pois foram variáveis estatisticamente significativas. O

controle pessoal foi significativamente associado com a satisfação com o “Bebê”, com a participação da “Enfermagem” e dos “Médicos”.⁽⁸⁾ A validade de face da escala MCSRS foi estabelecida. Os coeficientes de confiabilidade de consistência interna (alfa de Cronbach) para esse estudo foram: escala total, 0,94; satisfação “Própria”, 0,90; “Parceiro”, 0,97; “Bebê”, 0,70; “Enfermagem”, 0,97; “Médicos”, 0,83 e satisfação “Geral”, 0,93.⁽⁸⁾ No artigo original da escala MCSRS não foi realizada análise das propriedades psicométricas.⁽⁸⁾

3.1 Propriedades psicométricas da escala *Mackey Chidbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) em outros idiomas

3.1.1 Língua espanhola

A validação da escala MCSRS para a língua espanhola foi realizada por Mas-Pons *et al.* (2012).⁽²²⁾ A validação transcultural (tradução, retrotradução, validação de conteúdo e face), análise das propriedades psicométricas pela AFE e confiabilidade foram realizadas.

A validação fatorial ocorreu pela AFE averiguando as correlações dos itens do MCSRS e agrupando-os em fatores. Foram identificados seis fatores (“Obstetra, Parteira, Dilatação, Expulsivo, Recém-nascido, Acompanhante e Conforto”). Fator I: “Obstetra” (Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30, Q32 e Q34), Fator II: “Parteira” (Q1, Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31, Q33, Q35, Q36), Fator III: “Dilatação” (Q3, Q6, Q8 e Q12), Fator IV: “Expulsivo” (Q2, Q7, Q9 e Q13), Fator V: “Recém-nascido” (Q14, Q15 e Q16) e Fator VI: “Acompanhante e Conforto” (Q4, Q5, Q10 e Q11). Dois dos seis fatores extraídos coincidem com a escala original (“Obstetra e Recém-nascido”). Foram acrescentados dois novos itens (Q33 e Q34) que se referiam ao apoio recebido

da parteira e do obstetra com relação ao uso de diferentes métodos de alívio da dor e técnicas de relaxamento e respiração (como, massagem, bolsa de água quente, chuveiro). Os itens Q35 e Q36 substituíram a numeração dos itens Q33 e Q34 referentes à escala original. Ademais, houve a segregação da dimensão original referente à satisfação “Própria” em dois novos fatores, ou seja, “Dilatação” e “Expulsivo” (Fator III e Fator IV). Isso pode ser explicado por existirem, na região de Valência, locais distintos para os dois períodos clínicos do parto, ou seja, o expulsivo ocorre em ambiente cirúrgico e/ou salas de partos, o que pode condicionar desigual controle e participação das parturientes.⁽²²⁾

Posteriormente foi avaliado a confiabilidade, consistência interna, pelo coeficiente alfa de Cronbach e o teste-reteste. O alfa de Cronbach foi calculado tanto para a escala total quanto para cada uma das subescalas (fatores) extraídos, com valores de 0,94 e variação entre 0,72 a 0,96, respectivamente. Na análise da confiabilidade optou-se pela retirada do item 34 da subescala “Obstetra”, o que melhorou a consistência interna.⁽²²⁾ Não foi realizado AFC, contudo, foi apresentada características psicométricas exploratórias e adequada confiabilidade.⁽²²⁾

Outra validação da escala MCSRS para a língua espanhola foi realizada por Caballero *et al.* (2016),⁽²³⁾ com adaptação transcultural, análises fatoriais exploratória e confirmatória e análise da confiabilidade. A amostra do estudo foi constituída por 458 mulheres provenientes de quatro hospitais, com idade entre 18 e 45 anos de idade, 38 a 42 semanas de gestação que tiveram recém-nascido único e vivo por parto vaginal, bem como casos de cesarianas não planejadas. O total de 304 questionários foram analisados pela AFE e 154 pela AFC. A amostra da AFE foi constituída de partos vaginais, 13,8% instrumentalizados. Na AFC, 14% eram partos instrumentalizados e 18,2% cesarianas.⁽²³⁾

A AFE, utilizada para determinar as propriedades psicométricas, revelou cinco diferentes estruturas internas, modelos ajustados de 2 a 6 fatores (Quadro 1). A matriz de correlação policórica foi utilizada. Identificaram-se fatores agrupados naturalmente. Portanto, os autores recomendam, no mínimo, a utilização da escala com quatro fatores, e o modelo de seis fatores seria o melhor a ser aplicado para a prática clínica. A AFC foi utilizada para validar os modelos obtidos pela AFE e o modelo original proposto pelos autores do instrumento original. ⁽⁸⁾ Para cada modelo foi avaliado a qualidade do ajuste, através dos cálculos de índices de ajuste absoluto, incremental e parcimônia. Os índices absolutos utilizados foram o teste do qui-quadrado (X^2), o RMSEA, Residual da Raiz Média Quadrada Padronizada (SRMSR) e GFI, para ajuste incremental foram os CFI e NFI. O PNFI, PGFI e o Índice de Ajuste não-Normado (NNFI) constituíram os índices de ajuste de parcimônia. ⁽²³⁾

Na análise do ajuste dos modelos para AFC, o teste do X^2 foi significativo ($p < 0,05$) para o modelo de 2 fatores, Fator I “Família” (Q1 a Q16 e Q34) e Fator II “Cuidado” (Q17 a Q33). Entretanto, para os demais modelos, com três, quatro, cinco e seis fatores, o X^2 não foi significativo ($p > 0,05$), assim como para o modelo original ($p > 0,998$) constituindo dessa forma, adequado ajuste. O índice RMSEA foi menor que 0,10 para todos os modelos e original, indicativo de bom ajuste. O índice SRMSR foi maior que 0,08 para todos os modelos e original, o que demonstrou a não aceitabilidade do modelo (o valor mínimo de 0,08 foi obtido somente para escala de seis fatores). O índice GFI maior que 0,95 considerado adequado, contudo, todos os modelos e original, estavam abaixo desse valor. O índice ajustado da qualidade de ajuste (AGFI) ajusta o GFI, e foi utilizado, sendo satisfatório para todos os modelos e o modelo original ($> 0,8$). ^(8,23)

A escala MCSRS original não distingue trabalho de parto e parto. Entretanto, na validação espanhola, no modelo de seis fatores, a subescala original de avaliação da satisfação “Própria” foi subdividida em dois fatores, Fator I, denominado “Trabalho de Parto” (Q1, Q3, Q5, Q6, Q8 e Q10) e Fator II, denominado “Parto” (Q2, Q4, Q7, Q9, Q11 e Q34) com agrupamento dos itens da subescala (fator) satisfação geral.⁽²³⁾

O valor mínimo de 0,3 foi estabelecido para as cargas fatoriais. Contudo, valor inferior a 0,3 foi encontrado para Q14 (“*condição física do seu bebê ao nascer*”) para os modelos de dois e três fatores. Para o modelo de seis fatores, o valor mínimo de 0,3 foi obtido para Q1 (“*sua experiência geral no trabalho de parto*”), Q3 (“*seu nível de participação na tomada de decisão durante o trabalho de parto*”) e Q14. A Q30 (“*atitude dos médicos no trabalho de parto e parto*”) e Q32 (“*sensibilidade da equipe médica às suas necessidades*”) apresentaram para o modelo original, cargas fatoriais superiores, 1,070 e 1,051, respectivamente.⁽²³⁾

Para análise da confiabilidade, o estudo utilizou o ômega de McDonald para cada fator em cada um dos cinco modelos. Para os modelos com 2, 3 e 4 fatores, os valores foram acima de 0,90 e para os modelos com 5 e 6 fatores, acima de 0,70.

A AFC englobou cesarianas não planejadas, estendendo, dessa forma, o uso do instrumento. A versão espanhola da escala MCSRS apresenta bons níveis de confiabilidade e validação.⁽²³⁾

Quadro 1 – Modelo de dois a seis fatores da escala MCSRS do estudo de Caballero *et al.* (2016)⁽²³⁾

Modelo	Nº de Fatores	Fatores
1	2	Fator I (Família); Fator II (Cuidado)
2	3	Fator I (Família); Fator II (Parteira); Fator III (Médico)
3	4	Fator I (Própria); Fator II (Família); Fator III (Parteira); Fator IV (Médico)
4	5	Fator I (Trabalho de parto); Fator II (Parto); Fator III (Família); Fator IV (Parteira); Fator V (Médico)
5	6	Fator I (Trabalho de parto); Fator II (Parto); Fator III (Parceiro); Fator IV (Bebê); Fator V (Parteira); Fator VI (Médico)

3.1.2 Língua persa

A validação da escala MCSRS para a língua persa foi realizada no Irã, por Moudi & Tavousi (2016).⁽²¹⁾ O estudo foi realizado na capital da província iraniana de Zahedan. A validação transcultural foi seguida pela análise das propriedades psicométricas, AFE e AFC, análise da confiabilidade e validação convergente.

A escala MCSRS apresenta 34 itens, contudo, nesse estudo, os itens referentes ao “Parceiro” foram excluídos, devido às barreiras culturais e políticas hospitalares locais que não permitem a presença do parceiro no parto. A amostra foi constituída de puérperas de baixo risco que tiveram parto vaginal, com feto em apresentação cefálica, único e saudável, e sem antecedentes de cesarianas.⁽²¹⁾

O total de 513 questionários foi preenchido para análise psicométrica, análise fatorial. A média de idade das participantes foi de 27,3 anos e a maioria das mulheres eram múltiparas. A AFE foi realizada para extração, agrupamento dos fatores, na população iraniana. Para AFC, a qualidade do ajuste foi

analisada, utilizando os índices absolutos (X^2 , RMSEA, SRMR), relativos (CFI e NFI), entre outros (NNFI), com valores aceitáveis.⁽²¹⁾

As cargas fatoriais, relação entre item e dimensão, foram significativas ($p < 0,001$). Na AFC, confirmaram-se as subescalas referentes ao “Bebê” (Q14, Q15 e Q16), “Enfermagem” (Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31, Q33 e Q34) e “Médicos” (Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30 e Q32) à escala original.⁽⁸⁾ Enquanto na subescala original, a satisfação “Geral” (Q1, Q2 e Q34) compreendia três itens, um desses itens (Q34: “*satisfação ou insatisfação com a experiência do parto*”) foi atribuído à subescala “Enfermagem”. A subescala referente à satisfação “Própria” foi dividida em duas dimensões distintas, a primeira relacionada a “Tomada de Decisão” (Q5, Q8, Q9, Q10 e Q11) e a segunda “Interações com as Parteiras” (Q3, Q4, Q6 e Q7).⁽²¹⁾

A análise da confiabilidade, consistência interna, foi obtida pelo alfa de Cronbach, o qual obteve valor de 0,78 para a escala total. Para as cinco subescalas (satisfação “Própria”, “Bebê”, “Enfermagem”, “Médicos” e “Geral”), os valores variaram entre 0,70 e 0,86, exceto para a subescala “Bebê” com valor de α de 0,31.⁽²¹⁾

3.1.3 Língua portuguesa do Brasil

No contexto brasileiro, Lopes *et al.* (2018), em estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizaram validação transcultural (tradução, retrotradução, validações de conteúdo e face) e análise fatorial exploratória.^(48,49) A validação transcultural foi obtida, e AFE identificou dois domínios (Fator I: “Família” e Fator II: “Cuidados Profissionais”). Nessa pesquisa de mestrado de Lopes,⁽⁵⁰⁾ foi questionada a presença de apenas dois domínios, decorrente da amostragem reduzida ($n=63$).

A inexistência de estudos em que a escala MCSRS tenha sido validada para análise psicométrica confirmatória, justifica a proposta do presente estudo.

3.2 Adaptação transcultural da escala MCSRS em outros países

Outros estudos apresentaram adaptação transcultural da escala MCSRS a partir de validações realizadas previamente, como, análises das propriedades psicométricas e confiabilidade, utilizando a escala para novas adaptações transculturais para análise da satisfação com o parto.

3.2.1 Holanda e Bélgica

A escala MCSRS foi usada em estudo de avaliação dos determinantes psicológicos e sociais da satisfação das mulheres belgas e holandesas com o parto. A escala MCSRS foi adaptada de forma transcultural, com tradução para o holandês, permitindo a compreensão por mulheres belgas e holandesas.⁽¹⁸⁾

Christiaens & Bracke (2007)⁽¹⁸⁾ relataram que foi realizado teste piloto que demonstrou a validade do instrumento MCSRS. No entanto, não há descrição de como foi efetuada a validação e a análise psicométrica, AFE e AFC, não foram descritas. A confiabilidade foi demonstrada por meio do alfa de Cronbach (α) para amostra de 605 mulheres (escala total: $\alpha=0,95$; “Própria”: $\alpha=0,84$; “Parceiro”: $\alpha=0,85$; “Bebê”: $\alpha=0,74$; “Parteira”: $\alpha=0,96$; “Médicos”: $\alpha=0,94$; “Geral”: $\alpha=0,71$).

Em geral, foi alta a satisfação com o parto. A satisfação “Própria” (MCSRS) foi menor, enquanto a satisfação com os aspectos relacionados ao “Parceiro” foi maior. A escala MCSRS foi usada levando em consideração a

multidimensionalidade da satisfação com o parto e houve quatro achados: o cumprimento das expectativas foi o fator determinante mais consistente da satisfação com o parto, o controle pessoal melhorou a satisfação e reduziu o impacto da dor no trabalho de parto, as mulheres com autodeterminação mostraram maior satisfação, principalmente relacionados ao apoio da “Parteira” e do “Médico”, a autodeterminação e controle pessoal são mediadores no processo de estresse. Os autores concluíram que o modelo testado, incluindo quatro determinantes psicológicos sociais (experiência da dor no trabalho de parto, controle pessoal, autoeficácia e cumprimento das expectativas) foi importante ao explicar a satisfação das mulheres com o parto, tanto para as mulheres belgas quanto para as holandesas.⁽¹⁸⁾

3.2.2 Egito, Líbano e Síria

No Egito, Líbano e Síria, a escala MCSRS foi adaptada para a língua árabe, por Kabakian-Khasholian *et al.* (2017).⁽¹⁷⁾ Foi realizado um estudo multicêntrico em três países, Damasco (Síria), Mansoura (Egito) e Beirute (Líbano) para avaliar a satisfação das mulheres e percepções de controle no parto (*Labor Agency Scale*). A amostra do estudo foi constituída por 2.620 participantes: 1.206 de Damasco, 709 de Mansoura e 705 de Beirute. As mulheres de alto risco, as que apresentaram morte fetal e as menores de 18 anos foram excluídas. Tanto as mulheres que tiveram parto normal como as que tiveram cesarianas foram incluídas e abordadas no pós-parto, antes da alta hospitalar, ou seja, o período variou de 6 a 48 horas após o parto. As características da população e dados obstétricos foram coletados mediante questionário e consultas de prontuários.⁽¹⁷⁾

Para análise da satisfação, a escala MCSRS foi aplicada somente com 31 itens (satisfação “Própria, Parceiro, Bebê, Parteira, Médicos”), pois as questões relacionadas às expectativas das mulheres não foram consideradas relevantes para o contexto, segundo os autores. Foi realizado teste-piloto nos três hospitais com a finalidade de verificar a compreensão das palavras utilizadas em árabe. A confiabilidade da escala adaptada foi calculada, sendo a escala total: 0,95; “Própria”: 0,93; “Parceiro”: 0,97; “Bebê”: 0,83; “Enfermagem”: 0,95; “Médicos”: 0,95. Entretanto, não foi realizada análise das propriedades psicométricas, AFE e AFC da escala MCSRS para a língua árabe.⁽¹⁷⁾

3.2.3 Irã

Nahae *et al.* (2020)⁽⁴³⁾ avaliaram os preditores de baixa satisfação antes e durante o parto em mulheres iranianas. O estudo prospectivo utilizou a escala MCSRS, o inventário Spielberger (estado de ansiedade) e a desidratação (lábios e boca seca, dificuldade para falar e engolir, em um período maior que 30 minutos), sendo os dois últimos avaliados na dilatação cervical de 4-6 cm. No estudo, a escala MCSRS foi validada por Moudi & Tavousi (2016)⁽²¹⁾ e aplicada com duas subescalas (satisfação com a “Enfermagem” e os “Médicos”). Para o estudo, a confiabilidade foi satisfatória tanto para o alfa de Cronbach ($\alpha=0,94$) quanto para o teste reteste (intervalo de 14 dias, aplicação em 20 mulheres). Os dados foram coletados 12 a 24 horas após o parto em dois hospitais maternos universitários. O estudo incluiu mulheres de risco habitual, parto vaginal, apresentação cefálica, idade gestacional entre 37 e 41 semanas e histórico menor que três partos. As participantes com cesariana anterior e planejada foram excluídas, salvo cesarianas de emergência (3h internadas na sala de parto). O total de 674 mulheres foi analisado. No pré-parto, os fatores preditores

de baixa satisfação foram as condições de primiparidade, violência sexual e emocional durante a gravidez, idade gestacional de 40-41 semanas, preferência pela cesariana, não comparecimento às aulas de pré-natal e renda familiar insuficiente. A ansiedade grave e moderada, distócia de parto, apoio insuficiente da equipe, parto vaginal com episiotomia e lacerações, bem como, cesarianas de emergência, indução do parto (ocitocina) e desidratação da mulher foram preditores de baixo índice de satisfação no parto. Os autores concluíram que menos intervenções no processo de nascimento poderia melhorar a satisfação das mulheres com o evento do parto.⁽⁴³⁾

Outro estudo realizado no Irã por Jameei-Moghaddam & Mirghafourvand (2022)⁽⁴⁴⁾ utilizou a escala MCSRS validada por Moudi & Tavousi (2016),⁽²¹⁾ com adaptação transcultural, AFE, AFC e confiabilidade alfa de Cronbach de 0,98. A finalidade do estudo foi avaliar a satisfação das mulheres como o apoio e a duração das fases do trabalho de parto e o medo do parto. A escala MCSRS foi aplicada dentro de 12 a 24 horas após o parto e foram utilizadas somente as subescalas referentes à satisfação com a “Enfermagem” e os “Médicos”, totalizando 17 itens. A inclusão foi gestação de risco habitual sem intercorrência, com idade gestacional entre 38 e 42 semanas, feto único e apresentação cefálica. A exclusão englobou participantes com história de doença física ou mental, dependência de drogas, indicação de cesariana, anomalia fetal, história de infertilidade e óbito dos familiares nas últimas quatro semanas. Os resultados indicaram que o medo do parto e o trabalho de parto prolongado (fase ativa e duração total do trabalho de parto) podem levar à diminuição da satisfação com o apoio da equipe durante o trabalho de parto ($p < 0,05$). Concluiu-se que reduzir a gravidade do medo do parto e a duração do trabalho de parto podem aumentar a satisfação das mulheres com o processo do parto.⁽⁴⁴⁾

3.2.4 Nova Zelândia

Howarth & Swainy (2020)⁽⁴⁵⁾ avaliaram a satisfação com o parto em pais (pai) de primeira viagem. O estudo ocorreu na Nova Zelândia e os participantes foram recrutados como casais. Os critérios de inclusão constituíram-se de idade mínima de 18 anos (sem limite máximo de idade), estar residindo no mesmo local, parto vaginal e cesariana. O total de 116 homens participaram da análise. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente para o grupo de Histórias de Nascimento, grupo de Habilidades (multimídia) e o Tratamento de costume. Para análise da satisfação com o parto a escala MCSRS foi aplicada após o nascimento e adaptada para o papel do pai (como, “*a conexão do seu parceiro com você durante o trabalho de parto*”, “*o interesse pessoal e a atenção dada a você pela parteira no trabalho de parto e no parto da sua parceira*”, “*o incentivo para ajudar e apoiar sua parceira com técnicas de respiração e relaxamento no trabalho de parto*”). Foi estabelecida a confiabilidade com alfa de Cronbach de 0,92; contudo, sem análise das propriedades psicométricas (AFE e AFC). Os autores concluíram que as duas intervenções de baixo custo, Habilidades e Histórias de Nascimento aumentaram a satisfação. Independentemente da intervenção, o uso de epidural pela parceira, satisfação com a vida familiar antes do parto, expectativas do parto atendidas, ausências de indução no trabalho de parto e cesariana, tiveram impacto positivo na satisfação. O papel do pai na preparação para o parto deve ser considerado pelos profissionais de saúde.⁽⁴⁵⁾

3.2.5 Taiwan

Estudo realizado no norte de Taiwan por Chen & Lee (2020)⁽⁴⁶⁾ avaliou a eficácia de um programa de doula durante o parto. O total da amostra foi de 220 participantes (125 no grupo de doula experimental e 95 no grupo controle). Dentre os questionários utilizados, o MCSRS foi adaptado^(8,21,22) para avaliar a satisfação com relação a si “Própria”, o “Cônjuge”, o “Recém-nascido”, a

equipe de “Enfermagem”, os “Médicos” e a “Doula”. A confiabilidade alfa de Cronbach para a escala MCSRS foi de 0,94 para a escala total e variou de 0,72 a 0,96 para as subescalas, entretanto, não foi descrito análise das propriedades psicométricas. O maior nível de satisfação foi com a “Doula” no grupo experimental e com o “Cônjuge” no grupo controle. Houve uma diferença estatisticamente significativa identificada entre o grupo experimental e controle, na taxa de cesariana (13,0% vs. 43,2%) e na taxa de parto espontâneo vaginal (87,0% vs. 56,8%). A taxa de cesariana em Taiwan é de 32% a 34%, superando a taxa que a OMS (1985) considera razoável (entre 10% e 15%). O estudo concluiu que o fornecimento de um programa contínuo de doula para as mulheres grávidas (apoio) pode contribuir para a redução das taxas de cesarianas e elevar as taxas de parto vaginal espontâneo.⁽⁴⁶⁾

3.2.6 Turquia

Estudo realizado na Turquia, por Akin & Saydam (2020),⁽⁴⁷⁾ avaliou os efeitos da dança na dor do parto e os níveis de satisfação das mulheres. Foram utilizadas a Escala Visual Analógica (EVA) para análise da dor e a escala MCSRS (dimensões, “Própria”, “Parceiro”, “Bebê”, “Parteira”, “Médico” e “Geral”) para análise da satisfação. As gestações de baixo risco, 37-41 semanas, feto único e sem complicações foram incluídos no estudo. A escala EVA foi aplicada quando a dilatação cervical atingiu 4 cm e 9 cm, e a escala MCSRS, na primeira hora após o parto. Os resultados mostraram que a dança impactou positivamente a dor no parto, assim como os níveis de satisfação. Ademais, resultados neonatais, como Apgar (quinto e décimo minuto) e saturação de oxigênio (primeiro, quinto e décimo minuto) foram avaliados e significativamente maiores nos grupos que exerceram a dança quando comparados ao grupo controle.⁽⁴⁷⁾

3.2.7 Espanha

Fernández-Carrasco *et al.* (2022)⁽⁴⁰⁾ avaliaram a satisfação com o cuidado recebido e a vivência do parto e puerpério em gestantes cristãs e muçulmanas. O estudo transversal ocorreu na Espanha, considerando o fluxo migratório. A amostra de 242 mulheres (176 cultura cristã e 66 cultura muçulmana) preencheu a escala MCSRS, versão validada para a língua espanhola por Mas-Pons *et. al* (2012).⁽²²⁾ A versão utilizada apresenta confiabilidade alfa de Cronbach de 0,94 para escala total, AFE, contudo, sem validação confirmatória. Dados sociodemográficos e obstétricos foram coletados, tal como, a avaliação da percepção da dor. A inclusão no estudo foi parto normal (sem intercorrência), instrumental, cesariana, recém-nascido saudável, fluência (linguagem e escrita) no espanhol. A escala MCSRS foi preenchida antes da alta hospitalar. Quando comparado os grupos, embora sem diferença estatisticamente significativa, as mulheres cristãs tiveram mais chance de ter educação universitária, renda superior (\$2000 Euros) e acompanhante durante o parto, e as muçulmanas tiveram mais chances de serem casadas e iniciar a amamentação precocemente. No estudo, as mulheres cristãs tiveram maior número de cesarianas e partos instrumentais, amamentaram menos do que as muçulmanas (primeira hora de vida). O grupo cristão obteve pontuações mais altas para os domínios satisfação com a experiência do nascimento, satisfação com o obstetra e percepção da dor durante o trabalho de parto ($p<0,001$). A taxa de amamentação ao nascimento foi 5,26 vezes maior entre o grupo muçulmano em relação ao grupo cristão ($p=0,02$).⁽⁴⁰⁾

3.3 Satisfação com o parto

A satisfação com o parto é relatada como desfecho ao avaliar a qualidade dos cuidados em saúde.⁽⁸⁾ Os cuidados oferecidos na assistência ao parto, assim como a compreensão do fenômeno e os fatores relacionados devem ser considerados.

Estudo realizado por Ghanbari-Homaie *et al.* (2021)⁽⁵¹⁾ mostrou que a probabilidade da experiência negativa do parto aumentou quando houve a falta de opções para o alívio da dor no trabalho de parto, falta de contato pele a pele com o recém-nascido e incapacidade de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto. Outros estudos demonstram que a satisfação com o parto está diretamente relacionada ao controle percebido, o qual, diminui o impacto da dor no parto.^(17,18)

A dor é componente importante do parto e relaciona-se à satisfação. De acordo com Whitburn *et al.* (2018)⁽⁵²⁾ a experiência da dor no parto é altamente individual e influenciada por crenças pessoais, desejos, contexto e ambiente social. Autocontrole, suporte, técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, respeito às posições escolhidas pela mulher durante o trabalho de parto, permitem que as mulheres se sintam autoconfiantes com o fenômeno do parto e resultados satisfatórios podem ser alcançados. As práticas do manejo da dor aumentam a experiência positiva, pois, diminuem ansiedade, adrenalina, cortisol, necessidade de analgesia, duração do trabalho de parto e contribuem para a dilatação cervical, relaxamento da musculatura dorsal, assoalho pélvico e aumentam hormônios, tal como, a β -endorfina.^(53,54)

Jafari *et al.* (2017)⁽⁴¹⁾ avaliaram os fatores relacionados à satisfação das mulheres com o parto na gravidez de risco habitual. O estudo ocorreu no Irã,

utilizando a escala MCSRS.⁽⁸⁾ O total de 340 puérperas divididas igualmente em grupos de partos fisiológico (acompanhamento por parteira) e rotineiro, à percepção da dor, assim como autocontrole associaram-se à satisfação materna. O conhecimento prévio sobre aspectos do parto e gravidez desejada foram significativamente associados à satisfação para os grupos de parto fisiológico e rotineiro, respectivamente.

A dor no parto pode estar relacionada ao medo do parto, o qual pode determinar a preferência da via de parto pelas mulheres. Estudo demonstra que mulheres primíparas e multíparas que relataram o medo do parto vaginal tiveram risco de cesariana planejada aumentado.⁽⁵⁵⁾ Berhanu *et al.* (2022)⁽⁵⁶⁾ demonstraram que 22% das mulheres solicitariam cesariana eletiva devido aos fatores relacionados ao medo do parto, como a dor no parto.

Na literatura científica há estudos que mostram que as gestantes podem apresentar o medo patológico do parto (*Fear of Childbirth* – FOC). A etiologia pode estar relacionada à ansiedade, entretanto, pode-se assumir multifatorial, envolver fatores biológicos (dor), psicológicos (como, eventos traumáticos, medo) e social (econômicos e apoio). Segundo estudos, maior FOC foi relatado em gestações não planejadas, antecedente de tratamento psiquiátrico, e é uma preocupação obstétrica que pode ocasionar a solicitação de cesarianas. Além disso, segundo estudo, estima-se que 6-15% das grávidas sofrem de medo grave do parto, conseqüentemente, as experiências negativas podem contribuir para agravamento de outros transtornos psiquiátricos e menores níveis de satisfação.^(55,57)

A via de parto pode ser outro fator na determinação da experiência positiva ou negativa, de acordo com as expectativas prévias das gestantes. As mulheres que tiveram que realizar cesariana de emergência, apresentaram

maior risco de experimentar o parto de forma negativa, podendo afetar o bem-estar emocional e a disposição para ter outro bebê.⁽⁵⁵⁻⁵⁸⁾ No entanto, estudo realizado no Brasil por Benute *et al.* (2013)⁽⁵⁹⁾ mostrou que a vivência anterior do parto não exerceu influência na expectativa e na escolha por determinada via de parto, pois o importante foi a vivência do parto sem traumas e as condições saudáveis do recém-nascido. Em consonância, estudo realizado no Egito, Síria e Líbano por Kabakian-Khasholian *et al.* (2017)⁽¹⁷⁾, utilizando a escala MCSRS, o tipo de parto não foi associado à satisfação materna.

Shekoofehsadat *et al.* (2020)⁽⁴²⁾ avaliaram os determinantes do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) no pós-parto de mulheres (n=310) que tiveram parto vaginal ou cesariana. A escala MCSRS⁽⁸⁾ foi utilizada para análise da satisfação (42-60 dias pós-parto), assim como outros instrumentos de avaliação (*Post-Traumatic Stress Checklist for DSM-5 Criteria (PCL-5)*, *Winefield and Tiggemann Social Support Questionnaire*). Complicações durante à gravidez, experiência negativa do parto (satisfação), ausência de apoio durante e após o parto, assim como, tipo de parto (cesariana de emergência), falta de opções para alívio da dor associaram-se ao TEPT.

Ademais, segundo as recomendações da OMS⁽⁵⁴⁾ ressalta-se a importância da escolha da posição no parto, mesmo com analgesia, puxos seguindo o próprio impulso, redução do trauma perineal (massagem perineal, compressas quentes e proteção perineal com as mãos), além do não uso rotineiro ou liberal da episiotomia e está proscrito a pressão manual do fundo do útero (manobra de Kristeller). Uma metanálise mostrou que posições no parto verticalizadas diminuíram significativamente as taxas de parto vaginal instrumental, episiotomia e trauma perineal grave (trauma perineal de segundo grau),⁽⁶⁰⁾ além de que a ausência da episiotomia contribuiu, segundo estudo, para melhores níveis de satisfação.⁽⁶¹⁾

Outro fator descrito na literatura relacionado à satisfação com o parto se refere ao parceiro. Em certos países é comum a presença do parceiro no processo de parto e nascimento.^(62,63) Estudo realizado na Escandinávia, mostrou que aproximadamente 90% dos parceiros que estiveram presentes no trabalho de parto e no parto, 98% tiveram experiência positiva.⁽⁶³⁾ No Brasil, a Lei Federal nº 11.108/2005 garante a presença do acompanhante no trabalho de parto e no parto.⁽⁶²⁾ A presença do parceiro pode contribuir para o alívio da dor durante o parto, uma técnica não farmacológica considerável. As mulheres são mais satisfeitas com o parceiro no parto, quando estes participam de aulas de preparação para o parto, o que os tornam mais envolvidos no apoio.⁽⁶⁴⁾ Em contrapartida, as mulheres sem o acompanhante no parto possuem sentimentos negativos ao fato de estarem sozinhas, menores condições sociais e acesso aos serviços de saúde.⁽⁶⁵⁾ A OMS⁽⁵⁴⁾ inclui como direito da gestante, a livre escolha do acompanhante durante o trabalho de parto e no parto. No entanto, segundo Sioma-Markowska *et al.* (2015)⁽⁶⁶⁾, as parturientes optam pelo parceiro nas etapas do nascimento, especialmente no segundo período do parto, para incisão do cordão umbilical e no suporte pós-parto.

Há estudos que mostram que a ausência do acompanhante no trabalho de parto e no parto podem estar associados a abuso físico, toques vaginais sem consentimento, abuso verbal, comunicação ineficiente e tempo de espera mais longos, além de contribuir para uma experiência negativa do parto.⁽⁶⁷⁾ A pesquisa Nascer no Brasil (2014) constatou que não ter acompanhante ou de forma parcial na internação hospitalar para o parto teve como preditores independentes, menor renda salarial, menor escolaridade, cor da pele parda, setor público, multiparidade e parto vaginal.⁽⁶⁵⁾

4 MÉTODOS

4.1 Métodos

As participantes foram recrutadas na Maternidade Amparo Maternal, em São Paulo, SP.

Conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram aprovados pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (parecer nº 1.373.595), CAAE: 51125515.7.0000.5505 (Anexos 1 e 2). As participantes foram esclarecidas sobre os objetivos, bem como benefícios e riscos relacionados, sobre os procedimentos da entrevista, autopreenchimento da escala MCSRS, o compromisso com a manutenção do sigilo e anonimato da sua pessoa e seu direito de participar ou não da pesquisa a qualquer momento.

4.2 Critérios de inclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade entre 18 e 34 anos;
 - Pós-parto vaginal de gestação de risco habitual;
 - Pós-parto de cesárea realizada no intraparto;
 - Feto vivo, único e saudável;
 - Após o segundo dia ou mais de pós-parto e antes da alta hospitalar;
 - Puérperas com nível de escolaridade para a compreensão da escala MCSRS.
-

4.3 Critérios de exclusão

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão:

- Não compreensão do questionário;
- Desinteresse em continuar no estudo.

4.4 Desenho do estudo

Estudo observacional tipo transversal de validação de instrumento. A validação da escala MCSRS foi dividida em três etapas: (1) análise das propriedades psicométricas (2) análise da confiabilidade e (3) validação discriminante. A análise da satisfação com o parto foi realizada para mulheres que tiveram parto vaginal. As mulheres convidadas a participarem do estudo foram as puérperas que se enquadraram nos critérios de inclusão.

4.5 Escala de *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

A escala MCSRS original está apresentada no anexo 3 (versão original em língua inglesa). A ferramenta é composta de 34 itens, subdividida em seis subescalas. Para cada subescala a participante anota seu grau de satisfação com relação às seguintes questões (Q): a si “Própria” (9 itens; Q3-Q11), “Parceiro” (2 itens; Q12 e Q13), o “Recém-nascido” (3 itens; Q14-Q16), a “Enfermagem” (9 itens; Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31 e Q33), e os “Médicos” (8

itens; Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30 e Q32), e uma subescala de avaliação “Geral” com o parto (3 itens; Q1, Q2 e Q34). Cada item é pontuado conforme escala Likert, com as seguintes alternativas: (1) muito insatisfeita; (2) insatisfeita; (3) nem satisfeita ou insatisfeita; (4) satisfeita; (5) muito satisfeita. Essa pontuação representa a percepção da mulher sobre os comportamentos dos principais participantes no evento e sobre a vivência do parto.⁽⁸⁾

O questionário apresenta ainda, nos itens 35 e 36, espaço para que a participante nomeie descritivamente os fatores que contribuem para a sua satisfação/insatisfação geral com a sua experiência de parto e numerada a ordem de importância desses aspectos. Ao final, são apresentados quatro itens (Q37 a Q40) sobre a experiência da mulher no trabalho de parto e no parto. Esses itens são pontuados de 1 a 4. Os itens Q37 e Q38 são atribuídos para avaliar a experiência no trabalho de parto e no parto, com as seguintes opções de respostas: (1) nada a ver com o que eu esperava; (2) muito pouco a ver com o que eu esperava; (3) um pouco a ver com o que eu esperava; (4) foi como eu esperava. Os itens Q39 e Q40 avaliam se a experiência com o trabalho de parto e o parto foi essencialmente uma experiência positiva ou negativa, com as seguintes opções de respostas: (1) foi muito negativa; (2) foi um pouco negativa; (3) foi um pouco positiva; (4) foi muito positiva. Cada participante pode alcançar o escore máximo de pontuação, composto pela soma de todos os pontos assinalados nos itens do questionário, correspondendo, desta forma, à satisfação total com o parto.⁽⁸⁾

Foi obtida autorização formal da autora do questionário, Marlene C. Mackey, PhD, RN, Professora Emérita, *University of South Carolina, College of Nursing*, em 12 de agosto de 2015, para a adaptação e validação do questionário para o português brasileiro (Anexo 4).

A adaptação transcultural (tradução, retrotradução, validação de conteúdo e face) para os itens Q1 a Q40 e validação fatorial exploratória (Q1 a Q34) foram realizadas para a escala MCSRS na língua portuguesa do Brasil, e foram publicadas na literatura científica.^(48,49)

4.6 Coleta de dados

A versão do questionário MCSRS na língua portuguesa do Brasil foi aplicada em puérperas, internadas na Maternidade Amparo Maternal, que atenderam aos critérios de inclusão. Para a coleta de dados, inicialmente, foram analisados os registros no posto de enfermagem na ala de internação das puérperas objetivando verificar a elegibilidade das participantes antes do convite para participação.

Confirmando-se o preenchimento dos critérios de inclusão propostos, foi apresentada a pesquisa para a mulher e solicitado o consentimento para participação e assinatura do TCLE. Na abordagem inicial, foi explicada a finalidade do estudo, o tempo de preenchimento do questionário, estimado em, aproximadamente, 20 minutos, e que todas as informações serão mantidas em sigilo. Como benefício da participação as puérperas tiveram a oportunidade de expor a percepção com relação ao parto. Foram respeitados os períodos de amamentação e de visita, procurando-se abordar a puérpera em momentos oportunos para o preenchimento do questionário com tranquilidade.

Os dados demográficos foram coletados e foi solicitado o preenchimento da versão final da escala MCSRS. A aluna pesquisadora ficou disponível para esclarecer qualquer dúvida que se apresentasse. Após o autopreenchimento da

escala MCSRS pelas puérperas, os prontuários foram consultados para coleta de informações adicionais sobre o parto e características da assistência. Os dados demográficos, antecedentes pessoais e obstétricos foram coletados mediante instrumento desenvolvido para este estudo (Anexo 5).

4.7 Variáveis estudadas

A pesquisa investigou características demográficas e variáveis do parto que possam estar associadas com maior satisfação no parto. Essas variáveis foram utilizadas na descrição da população e análise dos aspectos relacionados com a satisfação das mulheres no parto.

Características da população:

- Idade (anos);
 - Cor da pele (branca/preta/parda);
 - Escolaridade (ensino fundamental/médio e superior);
 - Renda familiar per capita (em reais);
 - Estado marital (com companheiro/sem companheiro);
 - Tabagismo durante a gestação (sim/não);
 - Etilismo durante a gestação (sim/não);
 - Uso de drogas ilícitas durante a gestação (sim/não);
 - Religião (sim/não);
-

Variáveis obstétricas:

- Paridade (n°);
- N° de gestações, partos, abortos (n°);
- Tipo de parto (vaginal ou cesariana);
- IG no nascimento (idade gestacional/semanas);
- Presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto (sim/não);
- Mobilidade materna durante o primeiro período (dilatação) do parto (sim/não);
- Banho de chuveiro durante o trabalho de parto (sim/não);
- Exercícios de bola de parto durante o trabalho de parto (sim/não);
- Massagem manual (sim/não);
- Profissional que atendeu segundo (expulsão) e terceiro (dequitação) períodos do parto (médico/enfermagem obstétrica);

Variáveis do recém-nascido:

- Peso do recém-nascido (gramas);
 - Sexo do recém-nascido (masculino/feminino);
 - Índices de Apgar (1° e 5° minuto ≥ 7);
 - Contato pele-a-pele com o recém-nascido (sim/não);
 - Amamentação durante a primeira hora após o parto (sim/não);
 - Pontuação total e das subescalas da Escala MCSRS.
-

4.8 Análise estatística

A análise das informações foi baseada na estatística descritiva empregando medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão) e frequência (por meio de valores absolutos e proporções).

4.8.1 Análise psicométrica

A avaliação das propriedades psicométricas, dimensionalidade, buscou analisar a estrutura interna. A AFC foi empregada para confirmar o modelo estrutural do instrumento MCSRS na língua portuguesa do Brasil.

O tamanho da amostra para a análise fatorial foi calculado com base no pressuposto de ser necessário incluir 10 participantes por item do questionário, e o tamanho amostral calculado foi de, no mínimo, 340 puérperas (34 itens). Ademais, foi realizada AFC para os itens Q37 a Q40 da escala MCSRS.^(8,25,32,33)

Na AFC, em função da natureza ordinal dos itens, foi dada preferência pela utilização da matriz de correlação policórica. O estimador *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS - Mínimos Quadrados Ponderados Diagonalmente), costumeiramente aplicado para análises envolvendo indicadores categóricos ordinais e o pacote *Lavaan* de Software R Core Team (versão 4.0) foi usado para confirmação do modelo estrutural.^(68,69)

Foram realizadas análises de correlações entre os itens e as dimensões para AFC. As estatísticas de ajuste empregadas para avaliar o modelo proposto incluíram: o teste do qui-quadrado (χ^2), GFI, CFI, RMSEA, TLI, IFI.^(23,25,34,36,37)

Para interpretação de ajuste como aceitável para o índice GFI, que varia de 0 (não ajuste) a 1 (ajuste perfeito), valores inferiores a 0,90 foram

considerados como falta de ajuste, valores entre 0,90 e 0,95 como ajuste razoável e valores acima de 0,95 como bom ajuste. Em comparação com o modelo de base foi utilizado o CFI, que assim como o TLI e o IFI variam de 0 a 1, valor maior que 0,9 o modelo “bem ajustado”. O RMSEA foi utilizado para analisar a discrepância entre a matriz de covariância do modelo proposto e a matriz de covariância populacional. Os valores variam entre 0 e 1 quando foi menor que 0,10 foi indicativo de modelo bem ajustado.^(25,36,37)

Para os parâmetros estimados da AFC, em um modelo bem ajustado, isto é, em um modelo “confirmado” para os itens Q1 a Q34 (seis subescalas) e Q37 a Q40 foram utilizados como ponto de corte para as cargas padronizadas (relação entre item e dimensão) os valores maiores que 0,4, sendo preferencialmente maiores do que 0,7. Para todas as correlações entre os itens e as respectivas dimensões e para as correlações entre as dimensões a significância estatística adotada foi de 5% ($p < 0,05$).^(25,32)

4.8.2 Análise da confiabilidade

A análise da confiabilidade buscou verificar a consistência, que consiste na precisão da escala MCSRS na língua portuguesa do Brasil. Para análise da fidedignidade das subescalas, foram utilizados o α de Cronbach e o ω de McDonald. Os valores do alfa de Cronbach e ômega de McDonald variam entre 0 e 1, o mínimo adotado para considerar o questionário confiável foi 0,7. Para os itens Q37 a Q40, como medida complementar para análise de confiabilidade foi aplicada a VME.^{(25, 34,38, 39,70).}

4.8.3 Validação discriminante

A validação discriminante foi obtida comparando-se o valor da VME de

cada dimensão da escala MCSRS com os valores das correlações ao quadrado de todas as outras dimensões. A validação discriminante foi considerada quando a VME calculada foi maior do que todas as correlações ao quadrado das dimensões analisadas.^(25,71)

4.8.4 Análise da satisfação com o parto

Para análise da satisfação com o parto, puérperas que tiveram parto vaginal tiveram suas respostas analisadas quanto aos 34 itens (Q1 a Q34) do instrumento MCSRS.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa Medcalc, versão 11.5.1.0 (Software Medcalc, Bélgica). Os dados foram comparados usando o teste de Mann Whitney U. As proporções foram comparadas utilizando-se o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. A regressão múltipla com a seleção stepwise foi aplicada para identificar variáveis independentes relacionadas ao score total do MCSRS. Os critérios de entrada em regressão múltipla foram variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na análise univariada. A significância estatística foi definida em $p < 0,05$.

5 RESULTADOS

Neste estudo participaram 411 puérperas que preencheram o instrumento MCSRS, versão traduzida e adaptada para o português brasileiro (Anexo 6). Durante o estudo, quatro puérperas (1%) foram excluídas pelo não interesse em participar da pesquisa. A análise da satisfação com o parto foi realizada com 372 mulheres que tiveram parto vaginal.

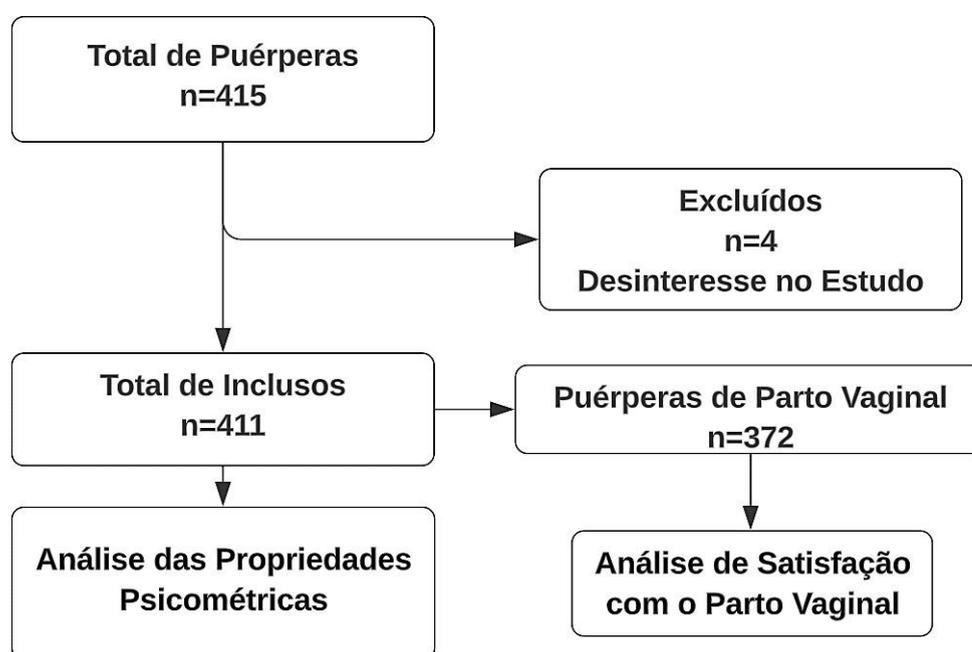


Figura 1 – Fluxograma da população analisada.

5.1 Características da população

A amostra de participantes para a análise das propriedades psicométricas para os itens Q1 a Q34 e Q37 a Q40 foi constituída por 411 puérperas. Nessa população, a idade gestacional apresentou média de 39,5 semanas (DP=1,19). Os partos vaginais corresponderam a 90,5% da amostra e 30,2% do total dos

partos foram assistidos por médicos. A renda familiar mensal média foi de R\$: 2.104,00 (dois mil e cento e quatro reais). As variáveis categóricas demográficas das puérperas, obstétrica e variáveis do recém-nascido estão representadas na tabela 1.

Tabela 1 – Características da população da validação dos itens Q1 a Q34 e Q37 a Q40 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) (n=411)

Variável	Resultados
Idade materna, anos, média	25,2 (4,4)
Cor da pele, n (%)	
Branca	117 (28,5)
Preta	47 (11,4)
Parda	247 (60,0)
Estado marital, n (%)	
Com companheiro	374 (91,0)
Sem companheiro	37 (9,0)
Educação, n (%)	
Ensino Médio/Superior	292 (71,0)
Ensino Fundamental	119 (29,1)
Paridade, n (%)	
Nulípara	214 (52,1)
Multípara	197 (47,9)
Sexo do recém-nascido, n (%)	
Masculino	199 (48,4)
Feminino	212 (51,6)
Peso ao nascer, gramas, média	3275 (425)
Índice de Apgar, n (%)	
1º minuto ≥ 7	404 (98,3)
5º minuto ≥ 7	411 (100)

5.2 Análise Psicométrica Q1 a Q34

5.2.1 Análise Descritiva

Para os 34 itens, Q1 a Q34, da escala de mensuração MCSRS são apresentadas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão) (Tabela 2).

5.2.2 Qualidade do Ajuste

A adequação dos dados para AFC foi avaliada. Os resultados indicaram qualidade do ajuste para o modelo de 34 itens (Q1 a Q34) na modelagem de equações estruturais. A estrutura do modelo fatorial foi definida por meio do modelo original do MCSRS proposto por Goodman *et al.* (2004),⁽⁸⁾ e foi realizada a análise para cada dimensão. O modelo produzido com seis subescalas apresentou valores de índices aceitáveis, exceto para o $\chi^2/df=1620$ (512, $p < 0,001$). Os índices para avaliação da qualidade do ajuste estão apresentados na tabela 3. As cargas fatoriais padronizadas, relações entre os itens e as dimensões apresentaram valores satisfatórios, os quais variaram de 0,73 a 0,98 ($p < 0,001$), representados na tabela 4.

Tabela 2 – Estatísticas descritivas da pontuação dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Itens	Média	Desvio-Padrão
Q1	4	0,92
Q2	4,20	0,90
Q3	4,04	0,86
Q4	4,14	0,82
Q5	3,42	1,21
Q6	3,85	1,04
Q7	4,01	0,95
Q8	3,71	1,09
Q9	3,98	0,93
Q10	3,74	0,95
Q11	3,92	0,85
Q12	4,43	0,90
Q13	4,41	0,91
Q14	4,53	0,67
Q15	4,43	0,81
Q16	4,27	0,87
Q17	4,39	0,72
Q18	4,40	0,73
Q19	4,38	0,72
Q20	4,38	0,74
Q21	4,30	0,76
Q22	4,28	0,78
Q23	4,27	0,76
Q24	4,28	0,78
Q25	4,29	0,75
Q26	4,26	0,77
Q27	4,21	0,89
Q28	4,19	0,80
Q29	4,36	0,71
Q30	4,34	0,75
Q31	4,27	0,80
Q32	4,23	0,79
Q33	4,36	0,75
Q34	4,43	0,80

Tabela 3 – Medidas da qualidade do ajuste da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Índices de Ajuste	Valor
CFI	0,994
GFI	0,993
RMSEA (IC 90%)	0,073 (0,069-0,077)
TLI	0,994
IFI	0,994

CFI: Índice de Ajuste Comparativo; GFI: Índice de Qualidade do Ajuste; RMSEA: Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação (IC: Intervalo de confiança); TLI: Índice de Tucker Lewis; IFI: Índice de Ajuste Corrigido.

Tabela 4 – Parâmetros da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ajustada dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Dimensões	Estimativa	Erro-padrão	t	p	Cargas Padronizadas*
Geral					
Q1	1	0			0,77
Q2	0,96	0,04	25,35	< 0,001	0,74
Q34	1,15	0,05	23,57	< 0,001	0,88
Própria					
Q3	1	0			0,81
Q4	1,05	0,03	34,48	< 0,001	0,85
Q5	0,90	0,04	23,20	< 0,001	0,73
Q6	0,98	0,04	25,50	< 0,001	0,79
Q7	1,06	0,03	30,31	< 0,001	0,85
Q8	0,93	0,03	26,15	< 0,001	0,75
Q9	0,97	0,03	27,29	< 0,001	0,78
Q10	1,01	0,03	29,42	< 0,001	0,82
Q11	1,01	0,03	28,99	< 0,001	0,82
Parceiro					
Q12	1	0			0,99
Q13	0,94	0,05	18,67	< 0,001	0,93
Bebê					
Q14	1	0			0,84
Q15	0,96	0,05	18,90	< 0,001	0,81
Q16	0,98	0,05	18,59	< 0,001	0,83
Enfermagem					
Q17	1	0			0,86
Q19	1,05	0,02	52,95	< 0,001	0,90
Q21	1,03	0,02	55,55	< 0,001	0,88
Q23	1,02	0,02	43,16	< 0,001	0,87
Q25	0,98	0,02	45,03	< 0,001	0,85
Q27	1,04	0,02	54,21	< 0,001	0,89
Q29	1,03	0,02	50,26	< 0,001	0,88
Q31	1,04	0,02	56,46	< 0,001	0,89
Q33	1,06	0,02	48,73	< 0,001	0,91
Médicos					
Q18	1	0			0,89
Q20	1,02	0,02	58,64	< 0,001	0,91
Q22	1,00	0,02	60,37	< 0,001	0,89
Q24	0,99	0,02	52,21	< 0,001	0,88
Q26	0,98	0,02	49,94	< 0,001	0,87
Q28	0,99	0,02	55,35	< 0,001	0,88
Q30	1	0,02	50,17	< 0,001	0,89
Q32	1,01	0,02	55,58	< 0,001	0,90

* Valor da carga fatorial;

5.2.3 Matriz de Correlação

A matriz de correlação entre as dimensões na AFC é apresentada na Tabela 5. Houve correlação significativa entre cada item e sua escala de correspondência ($p < 0,001$), com coeficientes relativamente altos, todos acima de 0,45, principalmente entre as dimensões referentes aos cuidados oferecidos pelos médicos e a equipe de enfermagem, com correlação de 0,95, o que mostra que essas duas dimensões podem estar medindo o mesmo construto.

Tabela 5 – Matriz de Correlação das dimensões dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Dimensões	Própria	Parceiro	Bebê	Enfermagem	Médicos	Geral
Própria	1,00	-	-	-	-	-
Parceiro	0,51	1,00	-	-	-	-
Bebê	0,52	0,53	1,00	-	-	-
Enfermagem	0,63	0,46	0,66	1,00	-	-
Médicos	0,56	0,45	0,64	0,95	1,00	-
Geral	0,86	0,48	0,61	0,76	0,68	1,00

$p < 0,001$

5.2.4 Confiabilidade da escala

A versão brasileira da escala MCSRS para os 34 itens (Q1 a Q34) apresentou alfa de Cronbach de 0,96 e ômega de McDonald de 0,97, o que representa uma consistência interna satisfatória. A análise da confiabilidade de cada dimensão é apresentada na tabela 6.

Tabela 6 – Coeficientes de confiabilidade alfa de Cronbach e ômega de McDonald das seis dimensões dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Dimensões	alfa de Cronbach	ômega de McDonald
Própria	0,93	0,88
Parceiro	0,96	0,91
Bebê	0,86	0,79
Enfermagem	0,97	0,95
Médicos	0,96	0,94
Geral	0,82	0,69

5.2.5 Validação Discriminante

A matriz de correlação entre as dimensões ao quadrado é apresentada na tabela 7. Observa-se que as correlações ao quadrado entre as dimensões que avaliam a satisfação “Própria e Geral” e “Enfermagem e Médicos” possuem valores maiores que a VME, sugerindo que as dimensões estariam mensurando construtos com intersecção, o que demonstra ausência de validação discriminante.

Tabela 7 – Correlações entre as dimensões ao quadrado e a Variância Média Extraída (VME) dos itens Q1 a Q34 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

	Dimensões					
	Própria	Bebê	Parceiro	Enfermagem	Médicos	Geral
Correlações						
Própria	1	-	-	-	-	-
Bebê	0,27	1	-	-	-	-
Parceiro	0,26	0,29	1	-	-	-
Enfermagem	0,40	0,43	0,21	1	-	-
Médicos	0,31	0,41	0,20	0,90	1	-
Geral	0,75	0,38	0,23	0,58	0,47	1
Validade Discriminante						
VME	0,64	0,69	0,92	0,78	0,78	0,64

5.3 Análise Psicométrica Q37 a Q40

5.3.1 Análise Descritiva

Para os 4 itens, Q37 a Q40, da escala de mensuração MCSRS são apresentadas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão), apresentadas na tabela 8.

Tabela 8– Estatísticas descritivas dos itens Q37 a Q40 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Itens	Média	Desvio-padrão
Q37- Expectativa TP	2,98	1,14
Q38- Expectativa P	3,01	1,16
Q39- Experiência TP	3,53	0,83
Q40- Experiência P	3,61	0,80

TP: Trabalho de parto; P: Parto.

5.3.2 Qualidade do Ajuste

Uma vez definida a estrutura do modelo fatorial, através do modelo teórico sugerido na literatura⁽⁸⁾, a adequação dos dados para os itens Q37 a Q40 da escala MCSRS foram avaliados. As medidas da qualidade do ajuste para AFC teve índices aceitáveis acima de 0,95 para CFI=0,98, GFI=0,98, TLI=0,95, IFI=0,98, exceto para RMSEA = 0,33 (IC 90% 0,28-0,39), que apresentou valor acima de 0,1. As cargas fatoriais padronizadas, relações entre os itens e as dimensões, apresentaram valores satisfatórios, os quais variaram de 0,84 a 0,96, logo os quatro itens (Q37 a Q40) representam uma mesma dimensão. A dimensão foi denominada “Experiência Geral no Parto” (Tabela 9).

Tabela 9 – Parâmetros da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) ajustada dos itens Q37 a Q40 da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Dimensão	Estimativa	Erro-padrão	t	p	Carga Padronizada*
Experiência Geral P					
Q37	1	0		< 0,001	0,86
Q38	0,98	0,05	18,39	< 0,001	0,84
Q39	1,08	0,04	29,72	< 0,001	0,93
Q40	1,10	0,04	29,10	< 0,001	0,96

*Valor da carga fatorial; P: Parto.

5.3.3 Confiabilidade da escala

A versão brasileira do MCSRS para os 4 itens (Q37 a Q40) que constitui uma única dimensão “Experiência Geral no Parto” apresentou alfa de Cronbach de 0,90 e ômega de McDonald de 0,89, o que representa uma consistência interna satisfatória. Os valores são superiores a 0,80, o que indica boa confiabilidade para a dimensão. A VME como medida de confiabilidade complementar obteve valor de 0,81, valor acima de 0,50 para uma medida aceitável.

5.4 Análise da satisfação com o parto

O total de 372 mulheres que tiveram parto vaginal foram incluídas para análise da satisfação com o parto. A tabela 10 apresenta as características sociodemográficas, obstétricas e do recém-nascido da população estudada. A etnia autodeclarada das mulheres foi em sua maioria etnia mista (61%) seguida pela caucasiana (29%). A maioria das mulheres relatou morar com seus parceiros, e 73% tiveram o parceiro presente ao nascer. Algumas mulheres (23%) escolheram outras pessoas como acompanhante de nascimento (mãe, irmã, parente ou amiga) e 5% não tinham acompanhante ao nascer. A grande maioria (99,5%) realizou o pré-natal. A análise de correlação (*rho*: coeficiente de Spearman) entre o escore total da escala MCSRS e as variáveis sociodemográficas e outras contínuas não mostraram associação significativa com nenhum dos seguintes parâmetros: idade materna (*rho*: -0,056; IC 95%-0,157 a 0,046; *p*=0,282), paridade (*rho*: 0,013; IC 95%-0,89 a 0,115; *p*=0,802), idade gestacional ao nascer (*rho*: -0,051; IC 95%-0,152 a 0,051; *p*=0,325) e peso ao nascer (*rho*: 0,016; IC 95%-0,086 a 0,118; *p*=0,754).

Tabela 10 – Dados demográficos, obstétricos e resultados perinatais das 372 puérperas, análise da satisfação com o parto vaginal, versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Característica	Valor
Idade materna, anos, média (DP)	25,0 (24,0 – 25,0)
Nulíparas	195 (52,4%)
Etnia Africana (Africana)	41 (11%)
Estado marital (Com companheiro)	334 (89,8%)
Escolaridade (Ensino Médio/Superior)	263 (70,7%)
Crença religiosa (sim)	277 (74,5%)
Uso de drogas ilícitas (sim)	7 (12,1%)
Uso de tabaco (sim)	28 (7,5%)
Uso de Álcool (sim)	45 (12,1%)
Presença do acompanhante durante o trabalho de parto (sim)	359 (96,5%)
Presença do acompanhante durante o parto (sim)	354 (95,2%)
Mobilidade materna (sim)	275 (73,9%)
Banho de chuveiro (sim)	218 (58,6%)
Exercícios de bola de parto (sim)	61 (16,4%)
Massagem manual (sim)	13 (3,5%)
Idade gestacional ao nascer, semanas, média (DP)	39,7 (39,4-39,9)
Peso ao nascer, g, média (DP)	3253 (406)
Apgar score <7 1 min (sim)	6 (1,6%)
Profissional que auxiliou o parto (parteira)	287 (77,2%)
Contato pele a pele do recém-nascido (sim)	359 (96,5%)
Amamentação precoce na primeira hora após o nascimento (sim)	325 (87,4%)

DP: Desvio-padrão

Análises univariadas da relação entre o escore total do MCSRS e parâmetros sociodemográficos e características do parto são apresentadas na Tabela 11. O escore total do MCSRS foi significativamente maior nas mulheres que vivem com o parceiro ($p=0,019$), naquelas que tiveram acompanhante presente no segundo período do parto em comparação a não ter o acompanhante ($p=0,047$); e em mães que amamentaram precocemente na primeira hora após o nascimento em comparação às mulheres que não o fizeram ($p=0,001$).

A análise de regressão múltipla foi realizada para encontrar os fatores independentes associados aos escores da escala MCSRS, abrangendo as seguintes variáveis: estado civil, presença do acompanhante durante o trabalho de parto, presença do acompanhante durante o parto e início precoce do aleitamento materno. A análise identificou os seguintes parâmetros como variáveis independentes relacionadas ao total de satisfação com o parto: convivência com parceiro ($p=0,043$) e aleitamento materno na primeira hora após o nascimento ($p=0,005$) (Tabela 12). Os procedimentos realizados durante o trabalho de parto (mobilidade materna, massagem, exercícios de bola e banho de chuveiro) não foram identificados como fatores independentes relacionados à satisfação materna com o parto.

Tabela 11 – Pontuação total da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS) de acordo com as características maternas e cuidados intraparto

	MCSRS total	<i>p</i> – valor [‡]
Nulíparas		
Sim	145,0 (140,3-147,0)	0,765
Não	144,0 (140,0-150,0)	
Estado marital (Com companheiro)		
Sim	145,5 (142,0-148,0)	0,019
Não	133,0 (127,0-149,5)	
Crença religiosa		
Sim	146,0 (146,0-149,0)	0,246
Não	141,0 (136,0-146,0)	
Escolaridade (Ensino Médio/Superior)		
Sim	144,0 (141,0-146,0)	0,238
Não	148,0 (139,0-152,0)	
Etnia Africana		
Sim	141,0 (135,8-147,7)	0,391
Não	145,0 (141,2-148,0)	
Uso de drogas ilícitas		
Sim	152,0 (117,2-161,8)	0,909
Não	144,0 (141,0-147,0)	
Uso de tabaco		
Sim	146,5 (124,0-156,3)	0,635
Não	144,0 (141,0-147,0)	
Uso de álcool		
Sim	139,0 (133,4-149,1)	0,266
Não	145,0 (142,0-148,0)	
Mobilidade materna		
Sim	145,0 (141,0-148,0)	0,859
Não	142,0 (139,0-150,3)	
Banho de chuveiro		
Sim	144,0 (140,0-148,0)	0,517
Não	144,5 (141,0-148,6)	
Exercícios de bola de parto		
Sim	142,0 (137,0-149,6)	0,762
Não	145,0 (141,0-147,3)	
Massagem manual		
Sim	152,0 (136,1-158,0)	0,319
Não	144,0 (141,0-147,0)	
Presença do acompanhante durante o trabalho de parto		
Sim	145,0 (142,0-148,0)	0,075
Não	135,0 (121,5-143,5)	
Presença do acompanhante durante o parto		
Sim	146,0 (142,0-148,0)	0,047
Não	136,5 (124,8-142,2)	
Profissional que auxiliou o parto (parteira)		
Sim	144,0 (141,0-148,0)	0,495
Não	144,0 (138,0-148,0)	
Amamentação precoce na primeira hora após o nascimento		
Sim	146,0 (142,0-149,0)	0,001
Não	137,0 (130,3-144,0)	

Dados expressos como mediana (intervalo de confiança de 95% para a mediana). ‡Teste U Mann Whitney.

Tabela 12 – Análise de regressão múltipla para os escores totais da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Variáveis independentes	Coefficiente	Erro padrão	t valor	P
Coabitado ou Casado	6,21	3,06	2,03	0,043
Amamentação precoce na primeira hora após o nascimento	7,86	2,79	2,81	0,005

A Tabela 13 apresenta a correlação de escores totais do MCSRS e as subescalas. Houve correlação positiva e significativa com todas as subescalas, e os maiores coeficientes foram com relação a satisfação com a enfermagem e os médicos.

Tabela 13 – Correlação entre as dimensões da versão em português brasileiro da Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS)

Dimensões	Coefficiente de Spearman (rho)	IC 95% para rho	P
Própria	0,82	0,78 a 0,85	< 0,001
Parceiro	0,53	0,45 a 0,60	< 0,001
Bebê	0,60	0,53 a 0,66	< 0,001
Enfermagem	0,89	0,87 a 0,91	< 0,001
Médicos	0,87	0,84 a 0,89	< 0,001
Geral	0,76	0,72 a 0,80	< 0,001

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise Psicométrica

6.1.1 Itens Q1 a Q34

A análise psicométrica, dimensionalidade, caracteriza-se como essencial para estudos de validação de questionários. No presente trabalho a AFC confirmou as seis dimensões (Q1-Q34) na população alvo-aplicada, concordantes com as seis dimensões do artigo original da escala MCSRS americana.⁽⁸⁾ As dimensões foram compostas pelas subescalas: satisfação “Própria” (Q3-Q11), “Parceiro” (Q12, Q13), “Bebê” (Q14-Q16), “Enfermagem” (Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31 e Q33), “Médicos” (Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30 e Q32) e três itens referentes à satisfação “Geral” (Q1, Q2 e Q34).

A análise da dimensionalidade caracterizada pela etapa subjacente ao processo de adaptação transcultural de instrumentos de medida, é fundamental para assegurar a validação fatorial em diferentes culturas. A finalidade é garantir a efetividade das normas recomendadas em guias de validação de questionários para obtenção de resultados precisos.^(25,29)

Há métodos descritos na literatura científica para análise da dimensionalidade, os quais permitem maior qualidade no processo de validação. Nesse estudo, a análise descritiva seguida da qualidade do ajuste para AFC foram as primeiras etapas do processo de validação.⁽²⁵⁾

Dessa forma, considerando as respostas aos itens como variáveis ordinais, a matriz de correlação policórica foi adequada para os itens da escala, assim como foi realizado no estudo da validação espanhola da escala MCSRS, por Caballero *et al.* (2016).⁽²³⁾ No presente estudo, a etapa para avaliar a qualidade do ajuste do modelo confirmatório utilizou-se dos índices

absolutos (X^2 , RMSEA e GFI) e relativos (CFI, TLI e IFI). Todos os índices foram considerados adequados e indicaram um excelente ajuste. A exceção foi com relação ao teste do qui-quadrado (X^2), o qual, valor- p maior que 0,05 sugere um bom ajuste do modelo e no modelo do estudo apresentou resultado significativo ($p < 0,001$). Portanto, outros índices de ajuste foram aplicados.

Na literatura, há estudos que mostram que o teste do qui-quadrado (X^2) é influenciado pelo tamanho da amostra, ou seja, quanto maior o tamanho da amostra, menor o valor- p (o ideal seria um qui-quadrado com um p -valor $> 0,05$ para adequado ajuste do modelo). Assim, o teste do X^2 não deve ser utilizado de forma conclusiva, visto a adequação dos demais índices de ajuste utilizados na análise do modelo pretendido.^(23, 25, 36)

Na validação espanhola, realizada por Caballero *et al.* (2016),⁽²³⁾ em índices absolutos, o teste do qui-quadrado (X^2) foi significativo ($p < 0,001$) para o modelo de 2 fatores, Fator I, designado “Família” e Fator II, “Cuidado”. Entretanto, para os demais índices utilizados na validação espanhola, RMSEA, SRMSR e GFI (absolutos) e CFI (relativo) foram satisfatórios, como no presente estudo. Caballero *et al.* (2016)⁽²³⁾ demonstraram que o modelo teórico original proposto por Goodman *et al.* (2004)⁽⁸⁾ obteve resultados semelhantes ao modelo de dois fatores para os índices de ajuste aplicados. Na validação espanhola realizada por Mas-Pons *et al.* (2012),⁽²²⁾ AFC não foi realizada.⁽²²⁾ Na validação fatorial iraniana do MCSRS,⁽²¹⁾ após validação transcultural e AFE, os índices para avaliação da qualidade do ajuste para AFC foram utilizados, incluindo o X^2/df , NFI, NNFI, RMSEA, CFI e SRMR. O modelo iraniano apresentou índices de ajuste aceitáveis.

No presente estudo, a comparação realizada entre as matrizes de covariâncias estimada (dados) e observada (modelo teorizado) obtiveram valores próximos; aceitos, então, que há adequado ajuste e as relações são

corroboradas. O ajuste caracteriza-se como critério útil na avaliação da validade do instrumento para posteriormente especificar o modelo de mensuração, ou seja, a designação de variáveis indicadoras para os construtos, os quais, estes devem representar. Nesse sentido, a significância das cargas fatoriais foi avaliada.^(25,36)

As cargas fatoriais padronizadas das relações entre os itens e as dimensões apresentaram valores maiores que 0,7 ($p < 0,001$). Dessa forma, os itens da versão brasileira da escala MCSRS estão relacionados com as respectivas dimensões, conforme a escala original MCSRS proposta por Goodman *et al.* (2004).⁽⁸⁾ Ademais, todas as dimensões da escala MCSRS, versão brasileira, são positivamente correlacionadas ($p < 0,001$). Há covariância entre as dimensões, um fator latente “*geral*” denominado “satisfação”. À vista disso, confirma-se o modelo estrutural original.⁽⁸⁾

Na literatura, estudos mostram que quanto maior o valor da carga fatorial, mais importante a carga para interpretação da matriz fatorial (cargas fatoriais de todas as variáveis sobre cada fator). Entretanto, cargas fatoriais com valores que variam entre $\pm 0,30$ a $\pm 0,40$ atendem o nível mínimo para interpretação dos resultados. Ademais, para nível de significância de 0,05 quanto aos valores mínimos das cargas fatoriais, é necessário que o tamanho da amostra seja elevado ($n \geq 200$).^(25,32,33)

À vista disso, neste estudo, as correlações entre as dimensões “Médicos” e “Enfermagem” foram elevadas, maior que 0,90 para o valor da carga fatorial, o que pode caracterizar a mensuração de um mesmo construto. Assim como para as dimensões que avaliam a satisfação “Própria” e a satisfação “Geral”, o valor da carga fatorial de 0,80.

Entretanto, há uma razão prática para essas correlações. O cenário do parto em determinadas instituições do Brasil ocorre conjuntamente pela presença de profissionais médicos e a equipe de enfermagem, permitindo a aplicabilidade do MCSRS para o cenário brasileiro. No entanto, no país, existem instituições cujo atendimento às parturientes de baixo risco é realizado principalmente por enfermeiras obstetras e obstetras, como Casas de Parto e assistência no pré-parto, parto e pós-parto por “Parteiras Tradicionais”; essas últimas, especialmente na região Norte e Nordeste do Brasil. Dessa forma, as dimensões da escala MCSRS mantêm-se separadamente, para adequada avaliação da “satisfação” dos integrantes do cenário do nascimento. À vista disso, os construtos analisados mantêm-se individualizados. Segundo Hair *et al.* (2009),⁽²⁵⁾ o pesquisador deve considerar não apenas a significância estatística dos resultados, mas a significância prática. Pode-se esperar que a mulher somente ficará satisfeita no geral quando estiver satisfeita consigo mesma.

Na validação espanhola por Caballero *et al.* (2016),⁽²³⁾ as cargas fatoriais para os modelos com 2 e 3 fatores foram abaixo do mínimo exigido (0,3) para a Q14, fator “Bebê” (“*condições físicas do seu bebê ao nascer*”). Contudo, os modelos com 4, 5 e 6 fatores, obtiveram cargas fatoriais acima do nível 0,3, sendo consideradas satisfatórias. Os autores recomendam utilizar para a prática clínica o modelo com seis fatores, os quais, obtiveram cargas fatoriais com valores, Fator I: Q1, Q3, Q5, Q6, Q8 e Q10 (“Trabalho de parto”) que variaram de 0,38 a 0,90; Fator II: Q2, Q4, Q7, Q9, Q11 e Q34 (“Parto”), valores entre 0,48 a 0,95; Fator III: Q12, Q13 (“Parceiro”), com 0,83 e 0,88, respectivamente; Fator IV: Q14, Q15 e Q16 (“Bebê”), cargas fatoriais 0,33, 0,60 e 0,72, na ordem. Para o Fator V: Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31 e Q33 (“Enfermagem”) e Fator VI: Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30 e Q32 (“Médicos”), os valores das cargas fatoriais variaram de 0,60 a 0,93, com

exceção dos itens Q30 e Q32 (“Médicos”), valores de 1,070 e 1,051.⁽²³⁾

A literatura mostra que quando a carga fatorial apresentar um valor maior do que 1 é necessário averiguar a variância residual (não explicada); sendo negativa, a variável não deve ser usada e sendo positiva, a variável pode ser mantida.^(23,25)

No estudo de Moudi & Tavousi (2016),⁽²¹⁾ as cargas fatoriais, após ajuste do modelo para AFC, foram todas significativas ($p < 0,001$). Para a subescala “Tomada de decisão” (Q3, Q4, Q6 e Q7), os valores das cargas fatoriais variaram de 0,70 a 0,83. Com relação aos itens referentes à subescala “Autocontrole” (Q5, Q8, Q9, Q10 e Q11), as cargas fatoriais foram acima de 0,70, exceto para Q5, com valor de 0,60. A subescala “Bebê” apresentou valores de 0,49, 0,78 e 0,89 para Q14, Q15 e Q16, respectivamente. Os valores das cargas fatoriais variaram de 0,67 a 0,85 para a subescala “Enfermagem” (Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31, Q33 e Q34). Com relação a subescala “Médicos”, os valores foram acima de 0,79 (Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30 e Q32). Para a satisfação “Geral” com o parto, as cargas fatoriais foram satisfatórias, acima de 0,81 (Q1, Q2). A correlação foi satisfatória para cada item e a escala correspondente, exceto para um item, Q34 (“*no geral, quão satisfeito ou insatisfeito você está com sua experiência de parto*”).⁽²¹⁾

Todavia, na validação iraniana,⁽²¹⁾ a AFC “confirmou” três das cinco subescalas (“Enfermagem, Médicos e Bebê”) que foram identificadas na escala original. Contudo, a subescala referente a satisfação “Própria” (Q3 a Q11) foi subdividida em “Tomada de decisão” (Q3, Q4, Q6 e Q7) e “Autocontrole” (Q5, Q8, Q9, Q10 e Q11). A dimensão “Tomada de decisão” envolve a participação e conforto da mulher durante o trabalho de parto e no parto.

A dimensão “Autocontrole” envolve a capacidade de gerenciar as contrações do trabalho de parto, o controle sobre as emoções e ações durante o trabalho de parto e no parto. O item final (Q34), foi atribuído à subescala “Enfermagem”, pois, segundo os autores, a satisfação geral depende, principalmente dessa equipe. No presente estudo, os itens da subescala referente a satisfação “Própria”: “*participação nas decisões, capacidade de lidar com as contrações, conforto, ações e controle das emoções*”, manteve-se conforme identificado na escala original MCSRS.⁽⁸⁾ Assim como, não houve subdivisão dos demais domínios no presente estudo.

Para análise das propriedades psicométricas, o tamanho da amostra recomendado é 10 sujeitos por item e foi determinado para a validação espanhola,⁽²³⁾ assim como, no presente estudo. A escala MCSRS para a língua espanhola e persa apresentou validação fatorial, tal como o instrumento para a língua portuguesa do Brasil.^(21,23)

6.1.2 Itens Q37 a Q40

Na literatura científica não há estudos que mostram a validação fatorial confirmatória para os 4 itens (Q37 a Q40) do instrumento MCSRS. Caballero *et al.* (2016)⁽²³⁾ e Moudi & Tavousi (2016)⁽²¹⁾ realizaram AFC somente para os 34 itens da escala MCSRS.

A adaptação transcultural (tradução, retrotradução, validação de conteúdo e face) para os 4 itens (Q37 a Q40) da versão em português brasileiro da escala MCSRS consta descrito na literatura científica.^(48, 49)

Dessa forma, no presente estudo, a validação fatorial pela AFC foi realizada para os 4 itens (Q37 a Q40), os quais, foram confirmados em uma única dimensão, denominada “Experiência Geral no Parto”.

À vista disso, a validação do modelo de mensuração depende da qualidade do ajuste. Os índices absolutos (RMSEA e GFI) e relativos (CFI, TLI e IFI) para os 4 itens foram satisfatórios. A exceção foi com relação ao RMSEA, maior que 0,10, contudo, não caracteriza índice suficiente para invalidação do modelo, visto o adequado ajuste das demais medidas aplicadas.^(25,36)

Assim, por conseguinte, foi avaliado quão bem as variáveis (Q37 a Q40) representam um construto latente, o qual, não é diretamente medido. Os valores das cargas fatoriais foram todos maiores que 0,8 estatisticamente significativos ($p < 0,001$), logo, representativos de uma mesma dimensão.^(25,32)

Portanto, a análise das propriedades psicométricas, dimensionalidade pela AFC, foi realizada para os 34 itens (Q1 a Q34) e para os 4 itens (Q37 a Q40) da escala MCSRS. As normas do processo de validação foram aplicadas e sucederam-se dois instrumentos para aplicabilidade clínica, os quais, podem ser usados conjuntamente ou individualmente, a depender dos objetivos da pesquisa.

6.2 Análise da Confiabilidade

6.2.1 Itens Q1 a Q34

O instrumento MCSRS do Brasil, após análise da dimensionalidade, confirmou que os itens compõem as seis dimensões, às quais, mensuram diferentes aspectos da assistência obstétrica.

Nesse contexto, posteriormente, foi realizado como critério do processo de validação, a análise da confiabilidade pela consistência interna. Caracteriza-se uma etapa importante para verificar o grau em que o conjunto de variáveis dos construtos estabelecidos são consistentes na mensuração.

Nesse estudo, os coeficientes de fidedignidade foram consideravelmente altos. A fidedignidade total para os 34 itens (Q1 a Q34) pelos coeficientes alfa de Cronbach (α) e ômega de McDonald (ω) foram de 0,96 e 0,97, respectivamente.

A análise individualizada por fatores (“Própria, Parceiro, Bebê, Enfermagem e Médicos”) (tabela 6) apresentou α e ω maiores que 0,70, indicando que quanto mais próximo os coeficientes de 1, menor erro o instrumento incorre ao ser aplicado. Com relação ao Fator VI (“Geral”) o α apresentou valor de 0,82, havendo diferença maior com o ω estimado de 0,69. Entretanto, como foram aplicadas duas medidas para análise da confiabilidade no estudo, o sexto fator (“Geral”), com ω moderado, não invalida os itens, pois o α de Cronbach é aceitável.^(25, 38)

Caballero *et al.* (2016)⁽²³⁾ na validação espanhola utilizaram para a análise da confiabilidade o ômega de McDonald (ω). A confiabilidade foi determinada para cada um dos cinco modelos, contendo de dois a seis fatores. Para o modelo de 2 e 3 fatores, o ω foi acima de 0,90. Para o modelo de 4 e 5 fatores, acima de 0,80 e o modelo de 6 fatores, recomendado para uso na prática clínica, $\omega > 0,70$. Todos os fatores de todos os modelos obtiveram ômegas justos e, portanto, nenhum fator pode ser rejeitado por falta de confiabilidade; assim como observado no presente estudo. A confiabilidade, consistência interna, avaliada pelo alfa de Cronbach não foi realizada no estudo de Caballero *et al.* (2016),⁽²³⁾ pois, segundo os autores, a avaliação pelo ômega de McDonald é mais recomendada.⁽²³⁾

Na validação para a língua persa do MCSRS⁽²¹⁾, a confiabilidade foi avaliada pela consistência interna utilizando o α de Cronbach, com valores aceitáveis $\geq 0,70$. Para a análise, 100 questionários foram preenchidos. Os fatores

que avaliaram a satisfação “Própria” (Fator I), “Enfermagem” (Fator III), “Médicos” (Fator IV) e “Geral” (Fator V) apresentaram α de Cronbach $> 0,7$, exceto para a subescala “Bebê” ($\alpha = 0,31$). A subescala “Bebê” apresentou consistência interna $\alpha = 0,49$ para “*condição física do seu bebê ao nascer*” (Q14), $\alpha = 0,72$ “*o tempo que passou antes de você segurar seu bebê pela primeira vez*” (Q15) e $\alpha = 0,78$ “*o tempo que passou antes de você alimentar seu bebê pela primeira vez*” (Q16). Segundo os autores, os itens relacionados à subescala “Bebê” precisam ser revistos ($\alpha = 0,31$).⁽²¹⁾

Estudos mostram que o alfa de Cronbach pode ser influenciado pelo número de itens por “*fator*”, ou seja, quanto menor o número de itens, menor pode ser a consistência interna.⁽²⁵⁾ Contudo, pode-se averiguar, se a retirada do item aumenta ou diminui a consistência interna. Todavia, recomenda-se a utilização de uma medida complementar, como o Ômega de McDonald, o qual não é influenciado pelo número de itens por fator, e, a partir da análise, determina-se a permanência ou não dos itens no instrumento.^(25,38)

No presente estudo, os valores para consistência interna, alfa de Cronbach e o ômega de McDonald foram satisfatórios, força de correlação $\geq 0,70$ entre os itens, indicando maior homogeneidade e permanência dos itens por “*fator*”.

Outros estudos,^(17,18) os quais, realizaram adaptação transcultural do MCSRS determinaram análise da confiabilidade pelo alfa de Cronbach com resultados satisfatórios. Mas-Pons *et al.* (2012)⁽²²⁾ obtiveram a confiabilidade, com valor de alfa de Cronbach de 0,94 para a escala total. Assim como, observado na escala original, proposta por Goodman *et al.* (2004)⁽⁸⁾ valor de alfa de Cronbach de 0,94 para a escala total e valores entre 0,70 e 0,97 para as demais subescalas (“Própria, Parceiro, Bebê, Enfermagem, Médicos e Geral”).

O presente estudo obteve valores semelhantes de confiabilidade alfa de

Cronbach, conforme estudo original realizado por Goodman *et al.* (2004).⁽⁸⁾

6.2.2 Itens Q37 a Q40

As respostas das questões de Q37 a Q40 (37-experiência esperada no Trabalho de Parto (TP); 38-experiência esperada no Parto (P); 39-experiência positiva ou negativa no (TP); 40- experiência positiva ou negativa no (P)) foram descritas na tabela 8. A fidedignidade para esses itens da escala MCSRS apresentou α de Cronbach e ω de McDonald satisfatórios.

Ademais, a VME caracteriza-se como uma medida de consistência interna complementar, a qual, mensura a quantidade geral da variância dos itens explicada pela variável latente. Para os quatro itens da versão MCSRS-Brasil, a VME obteve valor adequado, maior que 0,5.^(25,39)

Atualmente, a VME é considerada uma evidência de validade da estrutura interna.^(45,72) A VME têm sido discutida na literatura científica, especialmente com relação à utilização dos termos “validade” e “precisão”. Para os quatro itens, a VME foi utilizada como medida complementar, “*precisão*”, qualidade de uma medida. No entanto, a VME também é aplicada na análise discriminante, “*validação*”. Expõe-se que, ainda que análises para “fidedignidade” e “validade” sejam complementares, são definições distintas.^(71,72)

6.3 Validação discriminante

6.3.1 Itens Q1 a Q34

Nesse estudo, a validade, a qual, constitui um dos parâmetros no processo de adaptação transcultural e análise psicométrica, avalia o grau que o instrumento possui de medir sem erros.

Assim, uma das formas mais amplamente aceita da análise da validade é a discriminante, a qual foi realizada no estudo. A validade discriminante é sustentada quando a VME para cada fator deve ser, segundo Fornell & Larcker (1981),⁽⁷¹⁾ superior ao quadrado da correlação entre os fatores. Dessa forma, há validade discriminante, ou seja, fatores mensuram construtos distintos.⁽²⁵⁾

No estudo, a VME foi avaliada para cada fator que compõem o instrumento MCSRS e comparada com as correlações quadradas entre os construtos associados ao respectivo fator (Tabela 7). A VME do Fator II (“Parceiro”) apresentou-se superior ao quadrado das correlações para as dimensões (“Própria, Bebê, Enfermagem, Médicos e Geral”). Tal como, o Fator III (“Bebê”), com valor superior da VME para as dimensões (“Própria, Parceiro, Enfermagem, Médicos e Geral”).

Nota-se, a presença da validade discriminante para os construtos que apresentaram VME maior que as correlações ao quadrado das dimensões; dessa forma, pode-se afirmar a mensuração de construtos distintos. Entretanto, para as dimensões satisfação “Própria” e satisfação “Geral” (Fator I e Fator VI), tal como, para as dimensões “Médicos e Enfermagem” (Fator IV e Fator V), as VME’s foram inferiores ao quadrado das correlações para as dimensões avaliadas entre si. Dessa forma, justifica-se que essas dimensões estariam medindo construtos que se interceptam, portanto, poderiam ser unidas.⁽⁷³⁾

Todavia, todas as outras medidas de ajuste do modelo pretendido apontaram para a confirmação da escala e há explicação prática para alta correlação entre as dimensões, como anteriormente observado na análise da dimensionalidade. Todas as cargas fatoriais padronizadas (relação entre o item e a dimensão) foram maiores do que 0,7, e estatisticamente significativas a uma significância estatística de 0,1% ($p < 0,001$) (Tabela 4). Concluimos assim que

os itens das seis dimensões estão relacionados com as suas respectivas dimensões, como menciona a teoria.⁽⁸⁾ Portanto, as seis dimensões, mantêm-se separadamente. Ademais, de forma concordante, todas as seis dimensões estão positivamente correlacionadas entre si, a uma significância estatística de 0,1% ($p < 0,001$) (Tabela 5).

A validade não é uma característica do instrumento e sim uma característica do uso do instrumento em um determinado contexto.⁽⁷⁴⁾ A análise estrutural do instrumento para confirmação do modelo original requer que três condições, mesmo que avaliadas de forma independente, se complementem, isto é, análise psicométrica, confiabilidade e validade, como realizado no presente estudo.⁽²⁵⁾

6.4 Análise da Satisfação com o parto

Na análise da satisfação com o parto vaginal espontâneo em um hospital público, por meio da escala MCSRS-Brasil, questionário de autopreenchimento, a satisfação foi independentemente relacionada aos seguintes fatores: convivência com o parceiro e aleitamento materno na primeira hora após o parto. Esses achados sugerem a importância de tais aspectos na experiência do parto, contribuindo para a experiência positiva da mulher.

No cenário da assistência obstétrica, a presença do parceiro é recomendada pela OMS (2018) e consolidada em Lei no Brasil. A figura do parceiro se mostra importante para a satisfação das mulheres com o parto.⁽⁵⁴⁾

Os benefícios do vínculo marital com a presença do parceiro no trabalho de parto e parto, segundo estudos, facilitam a comunicação e informação com

a equipe médica, apoio físico (como, auxílio na mudança de posição no parto), apoio emocional (medo, depressão e ansiedade) e redução da experiência da dor (auxílio na massagem e deambulação, entre outros suportes).^(54,75-78)

Revisão da Cochrane realizada por Bohren *et al.* (2017)⁽⁷⁹⁾ mostrou que a presença do parceiro no nascimento contribuiu para melhores desfechos com relação à menor duração do trabalho de parto, aumento na taxa de parto vaginal espontâneo, diminuição da cesariana e analgesia intraparto, além do aumento da satisfação com a experiência do parto. O suporte contínuo do parceiro favoreceu bebês menos propensos aos índices de Apgar baixos no 5º minuto de vida.⁽⁷⁹⁾

Expõe-se, contudo, que apesar da mudança de paradigma para o atendimento humanizado ao parto, como, presença do parceiro no parto, há instituições de saúde que não possuem adequada infraestrutura, contribuindo para a falta de privacidade, além da escassez de recursos financeiros. Ademais, há carência das práticas de educação pré-natal com a inserção do parceiro, e outras lacunas, às quais, constituem-se desafios para mudanças efetivas da assistência obstétrica.^(80,81)

No campo investigado, em países desenvolvidos, a presença do acompanhante, seja o parceiro ou sujeito de escolha da mulher ocorre em mais de 90% dos casos, ao contrário dos países de baixa e média renda.^(54,63,81) Assim exposto, a atuação empírica sobre modelos de assistência coexiste para o espaço argumentativo e plural do estudo fenomenológico do parto, e reconstrução, base em evidências científicas, das práticas em saúde.^(81,82)

À vista dessa categoria analítica, há culturas que não permitem a presença do parceiro no parto, mostrando que o gênero é elemento constitutivo das relações sociais.⁽²¹⁾ E conseqüentemente, mesmo a presença do acompanhante, como o parceiro sendo satisfatória, políticas ou diretrizes

nacionais, de forma global, não atingem 80% da recomendação.⁽²¹⁾ No Mediterrâneo Oriental, de acordo com os dados da OMS (2018),⁽⁸³⁾ a recomendação para o acompanhante de escolha no parto não atingiu 20%, enquanto nas Américas, o índice alcançou os 73%.⁽⁸⁴⁾

No Brasil, estudos mostram que a presença paterna no parto proporciona maior segurança para às mulheres, com relação ao fortalecimento familiar, segurança e suporte emocional. Além de estudos mostrarem que as gestantes brasileiras possuem conhecimento prévio e orientação no pré-natal sobre o direito do acompanhante. Contudo, a realidade para as práticas direcionadas à experiência satisfatória diverge-se em regiões socioeconômicas precárias do país, como observado na Pesquisa Nascer no Brasil (2014), mulheres autodeclaradas pardas, região Norte e Centro-Oeste, baixa renda salarial, com maiores índices de ausência de acompanhante no parto.^(65, 85-87)

Essas observações mostram que o conceito satisfação é amplo, polissêmico, sobretudo, apresenta uma conotação vista à não “normatização”, mas a construção de evidências científicas para as práticas que favoreçam uma experiência positiva do parto. Nesse eixo, instrumentos que avaliam a satisfação das mulheres com o parceiro no parto, ademais, medidas psicológicas para avaliação da percepção paterna tornam-se relevantes para transformações do *status* da qualidade em saúde.⁽⁴⁵⁾

A autoeficácia para amamentar melhora à medida que o nível de apoio social aumenta,⁽⁸⁸⁾ como a presença do parceiro. No presente estudo, a satisfação materna foi maior entre as mulheres que amamentaram durante a primeira hora de vida de seus bebês, confirmando a importância dessa prática no cuidado do parto. Outros estudos corroboram essa prática para a experiência mais positiva do parto.^(54,89)

Além disso, estudos mostram que o tipo de parto está associado à alta satisfação com o aleitamento materno. Mulheres que tiveram parto normal iniciaram o aleitamento materno mais precocemente.^(88,90) Gayatri & Dasvarma (2020)⁽⁹¹⁾ mostraram que os partos cesáreos reduziram a probabilidade da amamentação precoce e que o contato pele a pele exerceu maior influência na amamentação na primeira hora de vida. O mesmo pode ser observado no estudo realizado por Karim *et al.* (2019)⁽⁹²⁾ as mulheres que tiveram cesariana foram menos propensas a iniciar a amamentação logo após o nascimento do que as mulheres que tiveram parto vaginal, assim como observado em outros estudos.⁽¹¹⁰⁾ Na presente pesquisa, a prática do aleitamento materno foi associada à satisfação materna, mas não ao tipo de parto.

No estudo de Caballero *et al.* (2016),⁽²³⁾ 86,5% das mulheres iniciaram a amamentação na primeira hora após o parto. Entretanto, não foi averiguado os níveis de satisfação com relação a prática do aleitamento materno precoce, conforme observado no presente estudo.

A iniciação precoce do aleitamento materno é uma das estratégias de maior custo-benefício para reduzir a mortalidade neonatal⁽⁹⁰⁾ e estima-se que evite 22% da mortalidade neonatal em todo o mundo.⁽⁹²⁾

Programas que favorecem a promoção do aleitamento materno protegem contra o abandono dessa prática e possui implicações consideráveis para a qualidade de vida da mãe e do bebê. Iniciativas, como o “Hospital Amigo da Criança” (HAC) desenvolvido no ano de 1991 pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estão presentes em países do mundo, incluindo o Brasil.^(93,94)

Na população do estudo não foram observadas diferenças na satisfação com o parto relacionadas ao nível educacional. Esse fato pode ser devido às

características da população estudada, uma vez que realizamos este estudo em um hospital público e filantrópico. A influência da escolaridade na satisfação do parto foi observada por Goodman *et al.* (2004)⁽⁸⁾ que descobriram que as mulheres com alto nível educacional apresentaram maior satisfação geral com a experiência de parto. Em contraste, estudo conduzido por Kabakian-Khasholian *et al.* (2017)⁽¹⁷⁾ no Egito, Síria e Líbano, adaptação transcultural da escala MCSRS, descobriram que eram as mulheres com baixos níveis educacionais que tinham níveis mais elevados de satisfação no parto.

A saúde baseada em evidências científicas reflete o cenário para mudanças, desde objeções às práticas proscritas na assistência ao parto à avaliação dos níveis de satisfação com o cuidado e a qualidade em saúde. A natureza da igualdade, princípio do SUS, como não discriminação e a natureza dos fatos, segundo evidências⁽⁹⁵⁾ constituem esforços para releitura das normas constitucionais, especialmente no Brasil, considerando as questões discriminatórias. Segundo Foucault (1970) na obra “*A ordem do discurso*”, “o princípio do autor não é só a pessoa física, é a instituição que o representa e o procedimento com o qual está acostumado”.⁽⁹⁶⁾

Dessa forma, no campo político-científico, considerar os determinantes sociais em saúde são essenciais, pois subjazem à contextualização da área obstétrica, integração entre planejamento familiar, pré-natal, parto e pós-parto. O triple está voltado à organicidade (caráter biomédico), ao campo social e cultural, e ao cumprimento de expectativas.⁽⁹⁵⁾

Tal consideração é exemplarmente vista na Maternidade Amparo Maternal, foco do estudo. Fundada em 1939, possui o Lema: “*nunca recusar ninguém*”, especialmente às mulheres de “risco social”, como, violência doméstica, condições financeiras desfavoráveis e refugiadas. Adjacente à

maternidade, voltado à reinserção social, familiar e comunitária, a instituição possui o “Alojamento Social”. A natureza da estrutura organizacional, à vista dos determinantes sociais, possui releitura do processo de parir.⁽⁹⁷⁾

Essa maternidade vinculada ao SUS, integra equipe multiprofissional nos atendimentos, especialmente, às gestantes de risco-habitual. O caráter “*humanizado*”, integral, do modelo de atenção, potencializa a participação da parturiente na tomada de decisão, disposição de métodos não farmacológicos para alívio da dor, doulas, escuta ativa, entre outros benefícios que minimizam riscos, especialmente psicológicos (trabalho de parto e parto traumáticos), protegendo o protagonismo materno. Tal assistência proporciona resultados satisfatórios pelas usuárias, elevando-se a demanda pelo “acolhimento diferencial”.⁽⁹⁷⁾

Iniciativas institucionais da maternidade Amparo Maternal e boas práticas da assistência ao parto, reafirmam equidade em saúde. Especialmente, com contribuições das doulas, o reforço do portfólio exemplificado do exímio atendimento, é especialmente voltado aos grupos sociais segmentados do país. E habitualmente, na atualidade, a presença das doulas no parto é prática de investigação científica.⁽⁹⁷⁾

Concordante à iniciativa da Maternidade Amparo Maternal, presença de doulas no parto, Thomas *et al.* (2022),⁽⁹⁸⁾ de Brooklyn, Nova York, EUA, mostraram que a “*mulher que serve*” (doula), especialmente, voltada às parturientes de baixo status socioeconômico e predominantemente negras e hispânicas, tiveram menores chances de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Prática que contribui para reflexões das questões sociais que envolvem as principais causas de mortalidade infantil.⁽⁹⁸⁾ Além disso, essa prática pode proporcionar aumento de parto vaginal (encorajamento), amamentação e

satisfação, especialmente na etnia africana, diminuindo disparidades raciais em saúde. ⁽⁹⁹⁾

Nesse envolvimento com a questão social, a integração universidade e sociedade, por meio de investigações científicas, o atendimento discriminatório interpõe-se às questões morais, éticas e políticas à violação de direitos, marginalização da vulnerabilidade de cada mulher.

Em oposição à satisfação na assistência ao parto, hoje encontra-se no palco das atenções, a questão sobre a violência obstétrica.

Segundo a pesquisa *Nascer no Brasil* (2014),⁽⁶²⁾ o panorama da violência obstétrica (verbal, psicológica ou física) ocorre mais frequentemente em mulheres autodeclaradas pretas, baixa renda salarial, ensino fundamental incompleto, parto vaginal realizado em hospital público, sem acompanhante e da região Nordeste do Brasil. Tais disparidades possivelmente estariam associadas com o “*poder*” das violências estruturais, a partir da ruptura dos direitos constitucionais e humanos. Em oposição a isso, o “*acolhimento diferencial*”, humanizado, assume-se ser o modelo para mudanças nos cenários global e nacional, o que se observa na Maternidade Amparo Maternal. ⁽⁹⁷⁾

Arteaga *et al.* (2022),⁽¹⁰⁰⁾ estudo qualitativo, São Francisco, Califórnia, EUA, mostrou que motivações, demanda por doulas comunitárias, refletem maus-tratos experimentados por mulheres negras. Contudo, parturientes retratam experiência positiva do parto voltada ao apoio da doula nas tomadas de decisões, informações sobre cuidados perinatais e direitos das mulheres, “*elas estarão lá para me defender, então eu não estou sozinha*”. ⁽¹⁰⁰⁾

Os parâmetros deliberados, repressivos, realidade perturbadora, expõe a violação à não “*sujeitos de direitos*”, característica ausente da materialização

das leis. O “*setting*” existencial, dinâmico e empírico da corporeidade “*não*” integrável à segurança, retrata horizonte, à “*não*” cumprimento das expectativas individuais.

A Maternidade Amparo Maternal possui prática diferenciada à assistência ao parto, qualidade do atendimento, o qual está em consonância com as recomendações da OMS.⁽⁵⁴⁾ Assim é retratado, a presença de doulas, que auxiliam no suporte emocional no trabalho de parto, parto e pós-parto. Entretanto, boas práticas, especialmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, desigualdades sociais são abrangentes. O país possui direito à saúde universal e gratuita. Todavia, mulheres em vulnerabilidade social estão à margem dos direitos sociais, quiçá contemplando as recomendações da OMS (2018) para uma experiência positiva de parto. ^(54, 97,101,102)

Em outros países, o cenário não se difere, como descrito no estudo realizado por Bohren *et al.* (2020)⁽¹⁰³⁾ que envolveu Gana, Guiné, Mianmar e Nigéria, numa amostra de 2672 mulheres, onde 35,4% passaram por abuso físico, verbal ou discriminação. O pico dos “maus-tratos”, aproximadamente 30 minutos e até 15 minutos, antes e após o parto, respectivamente. Em consonância, Yalley *et al.* (2023),⁽¹⁰⁴⁾ mostraram que a falta de confidencialidade, abandono, mães adolescentes, solteiras, complicações no parto e sem condições financeiras de assumir gastos da instituição, são mais propensas aos “maus-tratos” no decurso do parto, no país da África, Gana.

Segundo a pesquisa “Nascer na Prisão”, Brasil (2016), a violência verbal, psicológica ou física foi vivenciada por 15% das parturientes. Além disso, 20,6% (2018) foram submetidas ao uso de algemas durante o parto e puerpério imediato, apesar da lei que veda essa ação (Lei nº 13.434/2017).^(105,106)

Ademais, outras práticas de violência são reveladas. Ausência de consentimento para exame físico: toque vaginal e exposição das mamas, como motivos de insatisfação das parturientes. Segundo Adu-Bonsaffoh *et al.* (2021), em seu estudo, o percentual de insatisfação foi maior nos cuidados não consentidos (58,9%), seguido de órgãos genitais expostos (27,8%), mamas expostas (24,9%) e informações privadas compartilhadas (16,4%) (n=1430).⁽¹⁰⁷⁾

Nessa conjuntura, a violação de direitos, está notadamente associada, às desigualdades sociais, majoritariamente, mulheres negras, tangenciáveis aos mecanismos estruturais de igualdade. Além disso, no Brasil, a mortalidade materna (2018) representou 65% das mulheres negras e pardas, de acordo com Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2020), predominando as causas obstétricas diretas (2018-2019),^(108,109) principalmente, a hipertensão arterial. Por conseguinte, com base neste cenário, a meta do desenvolvimento sustentável até 2030, consiste na redução da mortalidade materna global, essencialmente em países em desenvolvimento.⁽¹¹⁰⁾

A maioria das mulheres do presente estudo, autodeclararam-se pardas e negras (71,5%). Pela proximidade da localização entre o Amparo Maternal e a UNIFESP, certas parturientes foram gestantes que realizaram pré-natal no Ambulatório de Pré-Natal Antroposófico – Núcleo de Medicina Antroposófica (NUMA) – Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP. A Medicina Antroposófica compõe uma das racionalidades médicas incluídas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) da Portaria nº 853 de 17 de novembro de 2006 do Ministério da Saúde. Esta medicina, tem por definição, ser ampliada pela espiritualidade (do ser humano), que, diferentemente de outros animais, possuem a sua individualidade (Eu: vivência material do espírito). Desta

forma, a compreensão da saúde-doença está baseada na integração corpo- alma-espírito, o que denota o seu caráter transdisciplinar, fazendo com que a equipe da assistência em saúde seja composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos.⁽¹¹¹⁻¹¹³⁾

O propósito do Ambulatório NUMA constituía-se à preparação para maternidade e paternidade. O cuidado assistencial abrange o somático (fisioterapia, massagens, hidroterapia, nutrição, fitoterapia), psíquico (psicologia e terapia artística) e individualidade (biográfico), bem como medicamentos antroposóficos que atuam nesses três níveis. Tem caráter preventivo, assistencial e educacional. O atendimento no pré-natal incentiva a presença do parceiro não só no ambulatório como também na parturição. Especialmente, nas aulas de grupo são abordadas quanto à evolução clínica do parto, preparação para o parto, com ênfase no períneo, bem como métodos não farmacológicos de analgesia, de forma que os acompanhantes são convidados a aprender sobre respiração, banho e massagem. Além disso, discute-se os temas como hábitos de vida saudável, empoderamento (resiliência), níveis de ansiedade, amamentação, cuidados estéticos com relação à pele, e sexualidade.⁽¹¹³⁾ A parentalidade no pré-natal, parto e pós- parto contribui para saúde física e mental, especialmente com relação ao estresse materno.⁽¹¹⁴⁻¹¹⁶⁾

O NUMA incentiva o parto normal: e para tal, o preparo psicofísico é realizado pela equipe, parecendo ser esse um fator decisivo na escolha do parto, especialmente pela gestante de risco-habitual. Outrossim, contribui prontamente para programas do Ministério da Saúde, visando escolha mais adequada, com relação ao parto vaginal (risco habitual), e menores índices de cesarianas; conjuntamente, assim, como a Maternidade Amparo Maternal. Segundo Agência Nacional de Saúde, Brasil (2019),⁽¹¹⁷⁾ cesarianas

corresponderam 84% dos partos realizados em instituições privadas.^(118,119)

No estudo de Mousavi *et al.* (2022), um dos fatores para não escolha do parto vaginal é o medo do parto. Entretanto, a educação pré-natal (preparação para o parto) presencial ou utilizando-se de ferramentas de mídias sociais favorecem a preferência pela via de parto vaginal, especialmente no Irã, com altas taxas de cesarianas.⁽¹²⁰⁾

Na revisão sistemática e metanálise, Taheri *et al.* (2018)⁽¹²¹⁾ mostraram que preparação para o parto no pré-natal, apoio durante o trabalho de parto constituem-se estratégias para experiência de parto positiva. Além disso, no pré-natal, a implementação do plano de parto favorece melhores desfechos maternos e neonatais, contribuindo para maior segurança, redução do medo, sintomas de depressão, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e preferência pelo parto vaginal.⁽¹²²⁾

Ressalta-se que os piores desfechos na saúde materna e perinatal estão associados à falta de planejamento familiar, gravidez indesejada, principalmente em mulheres desfavorecidas. Segundo Goossens *et al.* (2016),⁽¹²³⁾ o risco é maior em mulheres menos escolarizadas, sem coabitação, vítimas de violência doméstica e usuárias de drogas. Além desses determinantes sociais, também há associação com algumas ocorrências da própria parturição, como menor contato pele a pele, não orientação para amamentação e separação da puérpera e recém-nascido no alojamento conjunto.^(102,124)

Dessa forma, os profissionais de saúde que assumem papéis diferenciados, com a devida ênfase para o Pré-Natal e a Maternidade Amparo Maternal, com boas práticas, alicerçadas na medicina baseada em evidências, alcançam desfechos satisfatórios, como foi observado no presente estudo, com

a amamentação na primeira hora de vida e convivência com parceiro. No Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), Ministério da Saúde, Brasil, 62,4% (dois em cada três bebês) foram amamentados na primeira hora de vida, sendo meta da OMS para 2030, 70% na primeira hora de vida.⁽¹²⁵⁾

A reconfiguração da assistência em saúde envolve os determinantes sociais, a atingir metas. Assim, diferenciando-se, contribuindo para perspectiva de “*aperfeiçoamento do cuidado*”.⁽⁹⁵⁾ O “*empoderamento*” para o parto vaginal, tal como, repudiando-se à atos “*violentos*”, interface da desigualdade social.

A centralidade do poder, o “*biopoder*”, sobrepõe-se aos fatores de opressão⁽⁹⁶⁾, gênero (como, heterossexuais/cis, LGBTQIA+), social (como, indígenas, capacitismo, refugiadas, carcerárias), ao exercício da maternidade, às violências institucionais. Mecanismo discriminatório sistêmico, o qual a “Universidade” junto à “Sociedade” possuem responsabilidades para rompimento de fronteiras do que não é aceitável.^(102,106)

A análise da satisfação com o parto voltada à qualidade do setor saúde estão imbricadas, se interpenetram para formulação e aprimoramento de políticas públicas nas dimensões macro e micro, estrutura e ação, na gestão (como, os profissionais de saúde), no biológico (como, a gestação), e no social (como, o exercício da maternidade).

Um ponto forte desse estudo é a metodologia adequada para a validação de questionários. O instrumento constituiu-se adequado para avaliar a satisfação com o parto em mulheres que tiveram parto vaginal, e mulheres com cesariana intraparto foram incluídas no estudo da validação, estendendo o uso do MCSRS. Existem limitações; a amostra restringiu-se à maioria, a partos

vaginais e, portanto, não pode ser generalizada para toda a população. A ferramenta MCSRS foi aplicada em um hospital público e as mulheres entrevistadas eram todas de famílias de média e baixa renda. O MCSRS é um questionário de autopreenchimento, o que significa que as participantes são livres para verificar o que consideram ser escolhas socialmente desejáveis, em vez do que é realmente consoante com a sua realidade.

O apoio contínuo e a assistência obstétrica adequada durante o trabalho de parto e o parto podem melhorar os desfechos maternos e neonatais. Melhorar a qualidade da assistência obstétrica é desenvolver melhores estratégias para aumentar a satisfação das mulheres com o parto. Por isso, é fundamental ponderar sobre o desempenho dos profissionais de saúde durante o parto, considerando todos os cenários sociais.

7 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu obter as seguintes conclusões:

- A AFC dos 34 itens (Q1 a Q34) confirmou a existência de seis dimensões da versão em português brasileiro da escala *Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale* (MCSRS).
 - A AFC dos 4 itens (Q37 a Q40) confirmou uma única dimensão descrita como “Experiência Geral no Parto”, estabelecendo-se em uma versão reduzida da escala MCSRS para o português brasileiro.
 - Residir com o companheiro e iniciar precocemente a amamentação no pós-parto são fatores independentes que aumentam a satisfação das mulheres com o parto vaginal nas que receberam atendimento em um hospital público brasileiro.
-

8 REFERÊNCIAS

-
1. Stepurko T, Pavlova M, Groot W. Overall satisfaction of health care users with the quality of and access to health care services: a cross-sectional study in six Central and Eastern European countries. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(a):342. Doi: 10.1186/s12913-016-1585-1.
 2. Dia Nacional da Saúde (05.08). Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/05-8-dia-nacional-da-saude/>. Acesso em: 01 mai. 2022.
 3. Griffiths JC, Vries J, McBurney MI, Wopereis S, Serttas S, Marsman DS. Measuring health promotion: translating science into policy. *Eur J Nutr.* 2020;59 (Suppl 2):S11–S23. Doi: 10.1007/s00394-020-02359-1.
 4. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica.* 2004;20(5):1281-9. Doi:10.1590/S0102-311X200400050002.
 5. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):627-37. Doi: 10.1590/S1413-81232005000300019.
 6. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 1 mar. 2022.
 7. Bishaw KA, Temesgen H, Amha H, Desta M, Bazezew Y, Ayenew T, et al. A systematic review and meta-analysis of women's satisfaction with skilled delivery care and the associated factors in Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2022.
 8. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004;46(2):212-9. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x.
 9. Graaff LF, Honig A, Van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(6):648-56. Doi:10.1111/aogs.13291.
 10. Kjerulff KH, Attanasio LB, Sznajder KK, Brubaker LH. A prospective cohort study of post-traumatic stress disorder and maternal-infant bonding after first childbirth. *J Psychosom Res.* 2021; 144:110424. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2021.110424.
-

-
11. Urbanová E, Škodová Z, Bašková M. The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10458. Doi: 10.3390/ijerph181910458.
 12. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, et al. Born and Bred in Yorkshire (BaBY) team. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):45. Doi: 10.1186/s12884-017-1229-4.
 13. Walsh TB, Carpenter E, Costanzo MA, Howard L, Reynders R. Present as a partner and a parent: Mothers' and fathers' perspectives on father participation in prenatal care. *Infant Ment Health J*. 2021;42:386-99. Doi: 10.1002/imhj.21920.
 14. Haller A, Haller A, Tirić D, Tomić V. Assessment of mothers' satisfaction with health care during childbirth in a tertiary-level maternity ward. *Med Glas (Zenica)* 2021; 18(2):510-5. Doi: 10.17392/1373-21.
 15. Lazzarini M, Mariani I, Semenzato C, Valente EP. Association between maternal satisfaction and other indicators of quality of care at childbirth: a cross-sectional study based on the WHO standards. *BMJ Open* 2020;10:e037063. Doi:10.1136/bmjopen-2020-037063.
 16. Maung TM, Mon NO, Mehrtash H, Bonsaffoh KA, Vogel JP, Aderoba AK, et al. Women's experiences of mistreatment during childbirth and their satisfaction with care: findings from a multicountry community-based study in four countries. *BMJ Glob Health*. 2022;5:e003688. Doi: 10.1136/bmjgh-2020-003688.
 17. Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, Kharouf M, Sheikha S, Lakany NE, et al. Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reprod Health Matters*. 2017;25(S1):S16-26. Doi: 10.1080/09688080.2017.1381533.
 18. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social Psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007; 7:26. Doi: 10.1186/1471-2393-7-26.
 19. Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*. 2007;25, e11-e19.
-

-
20. Christiaens W, Gouwy A, Bracke P. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Serv Res.* 2007; 1:9. Doi: 10.1186/1472-6963-7-109
 21. Moudi Z, Tavousi M. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What are the Psychometric Properties? *Nurs Midwifery Stud.* 2016;5(2):e29952. Doi: 10.17795/nmsjournal29952.
 22. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit.* 2012;26(3):236-42.
 23. Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:78.
 24. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG.* 2009;116(13):1755-61. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02363.x
 25. Hair JF, Black B, Babin B, Anderson R, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados.* 6 ed. Sant'Anna AS, tradutor. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688p.
 26. Anastasi A. Evolving concepts of test validation. *Ann Rev Psychol.* 1986;37(1):1-15. Doi: 10.1146/annurev.ps.37.020186.000245.
 27. Slaney KL, Garcia DA. Constructing Psychological Objects: The Rhetoric of Constructs. *APA PsycNet.* 2015; 35 (4): 244-59. Doi: 10.1037/teo0000025.
 28. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review. *J Edu Res.* 2006; 99(6): 323-338. Doi: 10.3200/JOER.99.6.323-338
 29. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, Vet HCW, Terwee CB. The Consensus- based Standards for the selection of health Measurement Instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther.* 2016;20(2):105-13. Doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0143.
-

-
30. Anastasi A. Testes psicológicos. 2.ed. Leite DM tradutor. São Paulo: EPU. 1977.798p.
 31. Floyd RG, Widaman KF. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*. 1995;7(3):286-99. Doi: 10.1037/1040-3590.7.3.286.
 32. Lomax RG, Schumaker RE. A beginner's guide to structural equation modeling. New York: Routledge Academic. 2012;p.33-53.
 33. MacCallum RC, Widaman KF, Zhang S, Hong S. Sample Size in Factor Analysis. *Psychol. Methods*.1999;4(1):84-99.
 34. Marôco JP, Campos JADB, Vinagre MG, Pais-Ribeiro JL. Brazil-Portugal Transcultural Adaptation of the Social Support Satisfaction Scale for College Students. *Psicol-Reflex Crit*. 2014; 27(2):247-56. Doi: 10.1590/1678-7153.201427205.
 35. Jackson DL, Gillaspay JA, Purc-Stephenson R. Reporting Practices in Confirmatory Factor Analysis: An Overview and Some Recommendations. *Psychol Methods*. 2009; 14 (1): 6-23. Doi: 10.1037/a0014694.
 36. Schmitt TA. Current Methodological Considerations in Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *J Psychoeduc Assess*. 2011;29(4):304-21.
 37. Anunciação L, Caregnato M, Silva FSC. Psychometric aspects of the Beck Depression Inventory-II and the Beck Depression Inventory for Primary Care in Facebook users. *J Bras Psiquiatr*. 2019; 68(2):83-91.
 38. Kalkbrenner MT. Alpha, Omega, and H Internal Consistency Reliability Estimates: Reviewing These Options and When to Use Them. *CORE*. 2021; 1-12. Doi: 10.1080/21501378.2021.1940118
 39. Sbicigo JB, Bandeira R, Dell'Aglio D. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*. 2010;15(3):395-403. Doi: 10.1590/S1413-82712010000300012.
 40. Fernández-Carrasco FJ, Silva-Muñoz GA, Vázquez-Lara JM, Gómez Salgado J, García-Iglesias JJ, Rodríguez-Díaz L. Satisfaction with the Care Received and the Childbirth and Puerperium Experience in Christian and Muslim Pregnant Women. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(4):725. Doi:10.3390/healthcare10040725
-

-
41. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2017;22(3):219-24. Doi: 10.4103/1735-9066.208161.
 42. Shekoofehsadat M, Roghaiyeh N, Fatemeh M, Sevil H, Jalil B, Saeed M. Determinants Of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study. *CJMB.*2020; 7(2): 254-9.
 43. Nahae J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbas-Alizadeh F, Martin CR, Martin CJH, Mirghafourvand M, et al. Pre and during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: a prospective analytical study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020;20,408. Doi:10.1186/s12884-020-03105-5.
 44. Jameei-Moghaddam M, Mirghafourvand M. The Relationship Between Women's Satisfaction with Personnel's Support During Labor, Fear of Childbirth, and Duration of Labor Stages. *Shiraz Med. J.*2022;e119086. Doi:10.5812/semj.119086.
 45. Howarth AM, Swain NR. Low-cost self-paced interventions increase birth satisfaction in first time fathers. *Sex Reprod Healthc.* 2020;24:100503. Doi: 10.1016/j.srhc.2020.100503
 46. Chen CC, Lee JF. Effectiveness of the doula program in Northern Taiwan. *Tzu Chi Med J.* 2020;32(4):373-379. Doi:10.4103/tcmj.tcmj_127_19
 47. Akin B, Saydam BK. The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore (NY).* 2020;16(5):310-7. Doi:10.1016/j.explore.2020.05.017
 48. Lopes F, Carvas Júnior N, Nakamura MU, Nomura RMY. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2019;41(6):371-8. Doi: 10.1055/s-0039-1692125.
 49. Lopes F, Júnior NC, Nakamura MU, Nomura RMY. Psychometric properties of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale cross-culturally adapted to Brazilian Portuguese. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(13):2173-79. Doi: 10.1080/14767058.2019.1660763.
-

-
50. Lopes F. Tradução, adaptação transcultural e validação de questionário sobre a satisfação das mulheres com o parto. [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2018. p.143.
 51. Ghanbari-Homaie S, Meedy S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. Recommendations for improving primiparous women's childbirth experience: results from a multiphase study in Iran. *Reprod Health*. 2021;18:146.
 52. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth*. 2018;S1871-5192(17):30629-7. Doi: 10.1016/j.wombi.2018.03.004.
 53. Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barbieri M. Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*. 2018;24(3):e12642. Doi: 10.1111/ijn.12642.
 54. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>. Acesso em: 3 mar. 2022.
 55. Demšar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med*. 2018. 23;46(2):151-4. Doi: 10.1515/jpm-2016-0282.
 56. Berhanu RD, Abathun AD, Negessa EH, Amosa LG. The magnitude and associated factors of childbirth fear among pregnant women attending antenatal care at public hospitals in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):222. Doi: 10.1186/s12884-022-04544-y.
 57. Grundström H, Malmquist A, Ivarsson A, Torbjörnsson E, Walz M, Nieminen K. Fear of childbirth postpartum and its correlation with post-traumatic stress symptoms and quality of life among women with birth complications - a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(2):485-91. Doi: 10.1007/s00737-022-01219-7.
 58. Bossano CM, Townsend KM, Walton AC, Blomquist JL, Handa VL. The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(3):342.e1-342.e8.
-

-
59. Benute GR, Nomura RY, dos Santos AM, Zarvos MA, de Lucia MC, Francisco RP. Preference in the process of parturition: a comparison between primiparous and nulliparous women. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(6):281-5. Doi: 10.1590/s0100-72032013000600008.
 60. Zang Y, Lu H, Zhang H, Huang J, Ren L, Li C. Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(12):3293-3306. Doi: 10.1111/jan.14587.
 61. González-de la Torre H, Miñarro-Jiménez S, Palma-Arjona I, Jeppesen-Gutierrez J, Berenguer-Pérez M, Verdú-Soriano J. Perceived satisfaction of women during labour at the Hospital Universitario Materno-Infantil of the Canary Islands through the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E). *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021;31(1):21-30.
 62. d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saude Publica*. 2014; Sup (30):S1-S15. Doi: 10.1590/0102-311X00087813.
 63. Madsen SA, Munck H. Fathers' presence at deliveries in Denmark. *Sante Ment Que*. 2001;26(1):27-38. Doi: 10.7202/014509ar.
 64. Sioma-Markowska U, Poręba R, Machura M, Skrzypulec-Plinta V. Paternal engagement during childbirth depending on the manner of their preparation. *Ginekol Pol*. 2016;87(9):639-43. Doi: 10.5603/GP.2016.0059.
 65. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30:S140-S153. Doi: 10.1590/0102-311X00127013.
 66. Sioma-Markowska U, Poręba R, Krawczyk P, Skrzypulec-Plinta V. The preferences of parturient women and the participation of the child's father during birth. *Neuro Endocrinol Lett*. 2015;36(5):447-51.
 67. Balde MD, Nasiri K, Mehrtash H, Soumah AM, Bohren MA, Diallo BA, et al. Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e003564. Doi: 10.1136/bmjgh-2020-003564.
-

-
68. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna. 2018. Disponível em: <https://www.R-project.org>. Acesso em: 29 jun. 2022.
 69. Rosseel, Y. lavaan: Um pacote R para modelagem de equações estruturais. *J Statistical Software*. 2012; 48 (2):1-36.
 70. Engelman R, Fracasso EM, Schmidt S, Muller HF. Absorptive capacity: scale adaptation and validation in south-brazilian firms. *Revista Base (Administração e Contabilidade) UNISINOS*. 2016; 13 (3):235-247. Doi: 0.4013/base.2016.133.04.
 71. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res*. 1981;18(1): 39-50. Doi: 10.2307/3151312.
 72. Valentin F, Damásio BF. Variância Média Extraída e Confiabilidade Composta: Indicadores de Precisão. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2016; 32 (2):1-7. Doi: 10.1590/0102-3772e322225.
 73. Silva MA, Wendt GW, Argimon IIL. Propriedades psicométricas das medidas do Questionário Psicossocial de Copenhague I (COPSOQ I), versão curta. *REGE Rev. Gest. (Online)*. 2017; 24: 348-59. Doi: 10.1016/j.rege.2017.05.007.
 74. Knekta E, Runyon C, Eddy S. One Size Doesn't Fit All: Using Factor Analysis to Gather Validity Evidence When Using Surveys in Your Research. *CBE Life Sci Educ*. 2019;18(1):rm1. Doi: 10.1187/cbe.18-04-0064.
 75. Wilson AN, Melepia P, Suruka R, Hezeri P, Kabiu D, Babona D, et al. Partnership-defined quality approach to companionship during labour and birth in East New Britain, Papua New Guinea: A mixed-methods study. *PLOS Glob Public Health*. 2022; 2(2): e0000102.
 76. Kashaija D, Mselle L, Mkoka D. Husbands' experience and perception of supporting their wives during childbirth in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 85. Doi: 10.1186/s12884-019-2715-7.
 77. Yakupova V, Suarez A. Postpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*. 2022; 27; 112:103385. Doi: 10.1016/j.midw.2022.103385.
-

-
78. Chaote P, Mwakatundu N, Dominico S, Mputa A, Mbanza A, Metta M, et al. Birth companionship in a government health system: a pilot study in Kigoma, Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21,304. Doi: 10.1186/s12884-021-03746-0.
 79. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *CDSR*. 2017;(7):CD003766. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
 80. Schmitt N, Striebich S, Meyer G, Berg A, Ayerle GM. The partner's experiences of childbirth in countries with a highly developed clinical setting: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22,742. Doi: 10.1186/s12884-022-05014-1.
 81. Afulani P, Kusi C, Kirumbi L, Walker D. Companionship during facility-based childbirth: results from a mixed-methods study with recently delivered women and providers in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;10;18(1):150. Doi: 10.1186/s12884-018-1806-1.
 82. Rahman AE, Perkins J, Salam SS, Mhajabin S, Hossain AT, Mazumder T, et al. What do women want? An analysis of preferences of women, involvement of men, and decision-making in maternal and newborn health care in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20: 169.
 83. World Health Organization. Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey 2018. Geneva: WHO; Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-survey-questionnaires/en-rmncah-policy-survey-final.pdf>. Acesso em: 6 jan 2023
 84. Wilson AN, Melepia P, Suruka R, Hezeri P, Kabiu D, Babona D, et al. Partnership-defined quality approach to companionship during labour and birth in East New Britain, Papua New Guinea: A mixed-methods study. *PLOS Glob Public Health*. 2022; 2(2): e0000102.
 85. Souza CR, Lorena VFP, Lima LC, Ribeiro LB, Lima DCS, Ferreira MVR, et al. A presença paterna no momento do parto. *Rev Enferm UFSM*. 2022; 11(3): 435-50. Doi: 10.36239/revisa.v11.n3.p435a450.
 86. Mazzetto FMC, Mattos TB, Siqueira FPC, Ferreira MLSM. Presence of a companion from the perspective of the woman during labor, birth, and postpartum. *J Nurs UFPE on line*. 2022;16:e252582. Doi: 10.5205/1981-8963.2022.252582.
-

-
87. Veiga MBA, Maciel MR, Lemos A. “I was in the outside...”: The place occupied by the young father in the prenatal care and the Childbirth. *Res., Soc. Dev.* 2022; 11 (5): e25811528059. Doi: 10.33448/rsd-v11i5.28059.
 88. Mercan Y, Tari Selcuk K. Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLoS One.* 2021; 2;16(4):e0249538.
 89. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, Senna AFKS, Paiz JC, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women Birth.* 2021;34(4):e337-e345. Doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.003.
 90. Hernández-Vásquez A, Chacón-Torrico H. Determinants of early initiation of breastfeeding in Peru: analysis of the 2018 Demographic and Family Health Survey. *Epidemiol Health.* 2019;41:e2019051.
 91. Gayatri M, Dasvarma GL. Predictors of early initiation of breastfeeding in Indonesia: A population-based cross-sectional survey. *PLoS One.* 2020; 15(9): e0239446. Doi: 10.1371/journal.pone.0239446.
 92. Karim F, Khan ANS, Tasnim F, Chowdhury MAK, Billah SM, Karim T, Arifeen SE, Garnett SP. Prevalence and determinants of initiation of breastfeeding within one hour of birth: An analysis of the Bangladesh Demographic and Health Survey, 2014. *PLoS One.* 2019; 25;14(7):e0220224. Doi: 10.1371/journal.pone.0220224.
 93. Ragusa R, Marranzano M, La Rosa VL, Giorgianni G, Commodari E, Quattrocchi R, et al. Factors Influencing Uptake of Breastfeeding: The Role of Early Promotion in the Maternity Hospital. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9):4783. Doi: 10.3390/ijerph18094783.
 94. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr.* 2018; 203:190-196.e21.
 95. Lucchese PTR. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Cien Saude Colet.* 2003;8(2):439-48.
 96. Foucault MF. A Ordem do Discurso (1970). Disponível em: https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1867820/mod_resource/content/1/FOUCAULT%2C%20Michel%20-%20A%20ordem%20do%20discurso.pdf. Acesso em: 12 mai. 2022.
-

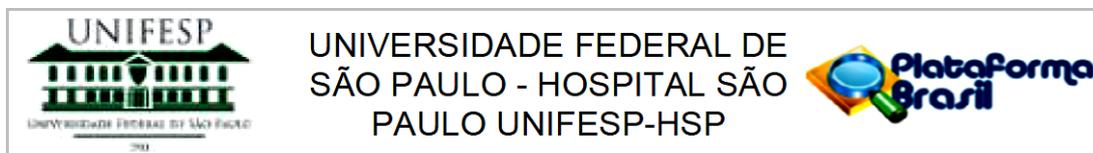
-
97. Maternidade Amparo Maternal. Disponível em: www.amparomaternal.org. Acesso em: 29 mar. 2023.
 98. Thomas MP, Ammann G, Onyebeke C, Gomez TK, Lobis S, Li W, et al. Birth equity on the front lines: Impact of a community-based doula program in Brooklyn, NY. *Birth*. 2023;50(1):138-150. Doi: 10.1111/birt.12701.
 99. Ramey-Collier K, Jackson M, Malloy A, McMillan C, Scraders-Pyatt A, Wheeler SM. Doula Care: A Review of Outcomes and Impact on Birth Experience. *Obstet Gynecol Surv*. 2023;78(2):124-127. Doi: 10.1097/OGX.0000000000001103.
 100. Arteaga S, Hubbard E, Arcara J, Cuentos A, Armstead M, Jackson A, et al. “They’re gonna be there to advocate for me so I’m not by myself”: A qualitative analysis of Black women’s motivations for seeking and experiences with community doula care. *Women Birth*. 2022; 1:7 Doi:10.1016/j.wombi.2022.08.007.
 101. Dalenogare G, Vieira LB, Maffaccioli R, Riquinho DL, Coelho DF. Childbirth and pregnancy in prison: social belonging and vulnerabilities. *Cien Saude Colet*. 2022; 27(1):263-272. Doi: 10.1590/1413-81232022271.33922020.
 102. Nunes LRC, Deslandes SF, Jannotti CB. Narrativas sobre as práticas de maternagem na prisão: a encruzilhada da ordem discursiva prisional e da ordem discursiva do cuidado. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(12):e00215719. Doi: 10.1590/0102-311X00215719.
 103. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, et al. How women are treated during facility-based Childbirth in Four Countries: A Cross-sectional Study With Labour Observations and Community-Based Surveys. *Obstet Gynecol Surv*. 2020;75(4):219-22. Doi: 10.1097/01.ogx.0000659624.79175.0c.
 104. Yalley AA, Abioye D, Appiah SCY, Hoeffler A. Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Front Public Health*. 2023;11:988961. Doi: 10.3389/fpubh.2023.988961.
 105. Leal MC, Ayres BVS, Esteves-Pereira AP, Sánchez AR, Larouzé B. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(7):2061-70. Doi: 10.1590/1413-81232015217.02592016.
-

-
106. Relatório estatístico: Visita às mulheres grávidas e lactantes privadas de liberdade. Conselho Nacional de Justiça. Secretária de Comunicação Social. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2018/10/a988f1dbdd2a579c9dcf602c37ebfbbd_c0aacbe4a781a772ee7dce8e4c9a060.pdf. Acesso em: 29 mar 2023.
 107. Adu-Bonsaffoh K, Mehrtash H, Guure C, et al. Vaginal examinations and mistreatment of women during facility-based childbirth in health facilities: secondary analysis of labour observations in Ghana, Guinea and Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2021;5(Suppl 2):e006640. Doi: 10.1136/bmjgh-2021-006640.
 108. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, V 51, nº 20; 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2023.
 109. Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, V 52, nº 29; 2021. Disponível em: file:///C:/Users/ferlo/Desktop/Boletim_epidemiologico_SVS_29%20-%20imp.pdf. Acesso em: 2 abr. 2023.
 110. Objetivo 3 - Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>. Acesso em: 1 abr. 2023.
 111. Santos Neto CHD, Oliveira FS, Gomes GF, Araujo Júnior E, Nakamura MU, Souza E. Type of Childbirth and its Association with the Maternal-Filial Interaction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020;42(10):597-606. Doi: 10.1055/s-0040-1712133.
 112. Götz DP, Hosomi JK, de Moraes MM, Nakamura MU. Usual-Risk Pregnant Women's Health-Related Quality of Life through Pregnancy and Puerperium with Anthroposophical Prenatal Care: A Retrospective Study. *Complement Med Res*. 2021;28(5):427-434. Doi: 10.1159/000512671.
 113. Nakamura MU, Hosomi JK, Moraes MM, Follador E, Benevides IA. Assistência pré-natal multimodal com orientação integrativa: a experiência de 10 anos do Núcleo de Medicina Antroposófica da Universidade Federal de São Paulo. *JMPHC*. 2017; 8(2):163-180.
-

-
114. Abbaspoor Z, Sharifipour F, Javadnoori M, Moghadam ZB, Cheraghian B, Najafian M. Evaluation of the effectiveness of a postnatal support education program for husbands in promotion of their primiparous wives' perceived social support: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health*. 2023;23(1):139. Doi: 10.1186/s12905-023-02270-x.
 115. Osuafor GN, Akokuwebe ME, Idemudia ES. Male Involvement in Family Planning Decisions in Malawi and Tanzania: What Are the Determinants? *IJERPH*. 2023; 20(6):5053. Doi:10.3390/ijerph20065053.
 116. Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191620. Doi: 10.1371/journal.pone.0191620.
 117. Agência Nacional de Saúde (ANS). Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/cesareas-respondem-por-84-dos-partos-realizados-por-planos-em-2019>. Acesso em: 15 abr. 2023.
 118. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri M, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *CDSR*. 2018; 28;9(9):CD005528. Doi: 10.1002/14651858.
 119. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Disponível em: datasus.gov.br. Acesso em: 16 abr. 2023.
 120. Mousavi SR, Amiri-Farahani L, Haghani S, Pezaro S. Comparing the effect of childbirth preparation courses delivered both in-person and via social media on pregnancy experience, fear of childbirth, birth preference and mode of birth in pregnant Iranian women: A quasi-experimental study. *PLoS One*. 2022;17(8):e0272613. Doi: 10.1371/journal.pone.0272613.
 121. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*. 2018; 2;15(1):73. Doi: 10.1186/s12978-018-0511-x.
 122. Ahmadpour P, Moosavi S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC*
-

- Pregnancy Childbirth. 2022; 22:862. Doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5.
123. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Hecke AV, Verhaeghe S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Hum Reprod.* 2016;31(12):2821-2833. Doi: 10.1093/humrep/dew266.
124. Sacks E, Mehrtash H, Bohren M, Balde MD, Vogel JP, Adu-Bonsaffoh K, et al. The first 2 h after birth: prevalence and factors associated with neonatal care practices from a multicountry, facility-based, observational study. *Lancet Glob Health.* 2020; 9: e72–80. Doi: 10.1016/S2214-109X(20)30422-8.
125. Amamentação no Brasil. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/>. Acesso em: 19 abr. 2023.
-

Anexo 1 – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO SOBRE A SATISFAÇÃO DAS MULHERES COM O PARTO

Pesquisador: ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51125515.7.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.373.595

Apresentação do Projeto:

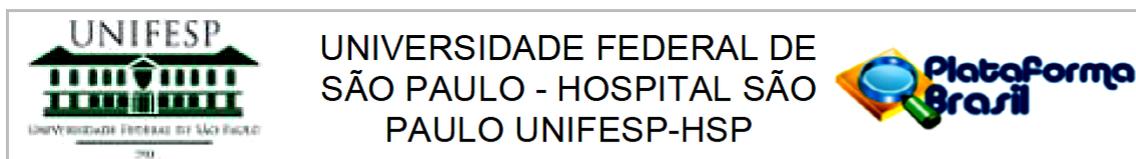
Projeto CEP/UNIFESP n: 1449/2015

O processo de parto e nascimento é evento único na vida da mulher, e a experiência vivenciada pode influenciá-la de forma positiva ou negativa. A satisfação materna no parto é pouco estudada no nosso meio, bem como as características que possam influenciar a vivência da mulher nesse período. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar e compreender os fatores associados com a satisfação das mulheres, acerca do parto e da assistência obstétrica nesse período. Os objetivos específicos são: traduzir, validar e adaptar culturalmente a versão original da escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale - MCSRS, da língua inglesa para a portuguesa; e determinar o grau de satisfação das mulheres no parto.

Objetivo da Pesquisa:

-Objetivo Primário: Traduzir, validar e adaptar culturalmente a versão original da escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale - MCSRS, da língua inglesa para a portuguesa; e determinar o grau de satisfação das mulheres no parto. - Hipótese: É possível validar um questionário sobre a satisfação das mulheres com relação ao processo de parto e nascimento e aplicar em população de mulheres no pós-parto.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.373.595

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-Riscos: Nesta investigação, não há riscos físicos significativos para as puérperas, exceto pelo tempo demandado para o preenchimento do questionário e o confronto emocional com algum aspecto de insatisfação com o parto. Caso se observe alguma anormalidade, as dúvidas serão encaminhadas para acompanhamento específico.

- Benefícios: As mulheres poderão se beneficiar do estudo, pois será uma forma de expor suas percepções sobre o processo de parto-nascimento e avaliar o suporte recebido, o cuidado personalizado, a privacidade, a atenção imediata, as informações oferecidas, as ações da equipe médica, entre outros fatores, se sentindo mais participativas no período pós-parto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo com o objetivo acadêmico de Mestrado, da aluna FERNANDA LOPES, vinculada ao Departamento de Obstetria, Campus Vila Clementino, com orientação PROF^a DR^a ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA.

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de estudo de validação de instrumento e descritivo observacional. A pesquisa utilizará escala Mackey Childbirth Satisfaction Rating (MCSRS) A fase de aplicabilidade do instrumento será realizada em estudo de corte transversal, com coleta prospectiva dos dados.

LOCAL:HSP-HU (A fase de adaptação transcultural com validação) e Hospital Amparo Maternal (fase de aplicabilidade)

PARTICIPANTES: Serão convidadas 60 puérperas do Hospital São Paulo na fase de adaptação transcultural com validação e 300 puérperas do Hospital Amparo Maternal na fase de aplicabilidade do questionário. Serão convidadas mulheres com os seguintes critérios: pós-parto de gestação com feto vivo; idade entre 18 e 34 anos; Serão excluídas as que apresentarem quaisquer dos seguintes critérios: não compreensão das questões ou não apresentarem interesse em participar do estudo. Grupos: -Pré-teste: 10 participantes (aplicação de questionários) -Validação interna: 50 participantes (aplicação de questionários) - Satisfação com o parto: 300 participantes (aplicação de questionários)

PROCEDIMENTOS: Após o segundo dia pós-parto e antes da alta hospitalar, serão convidadas mulheres com nível de escolaridade que possibilite a compreensão da escala MCSRS. O questionário MCSRS é composto de 34 itens, subdivididos em cinco subescalas

sobre o grau de satisfação com os seguintes aspectos: ela mesma (nove itens), seu parceiro (dois itens), o recém-nascido (três itens), a enfermagem (nove itens) e os médicos (oito itens). Cada item

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

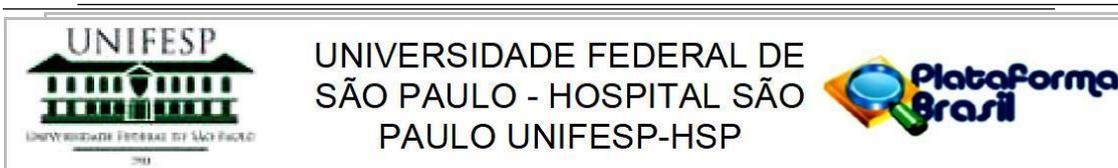
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.373.595

Submissão 2 ;DOCUMENTO:Mensagem_Amparo.pdf) b) cópia do cadastro CEP/UNIFESP (PASTA: Outros-Submissão 2 ;DOCUMENTO:Cadastro_CEP_Projeto_satisfacao.pdf) c) carta de autorização da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do HU/HSP (PASTA: Outros-Submissão 2 ;DOCUMENTO: Ciencia_Coordenadoria_HSP.pdf.pdf) 3- Os instrumentos de coleta de dados, a Escala MCSRS e copia do e-mail com autorização formal dos autores do instrumento para a validação em língua portuguesa, estão anexados no final d projeto detalhado..

Recomendações:

Projetos de pós-graduação devem ser submetidos em nome do aluno e não em nome do orientador. Solicitamos que após a aprovação deste projeto, seja feita a alteração do nome do pesquisador principal (que deve ser a aluna FERNANDA LOPES)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

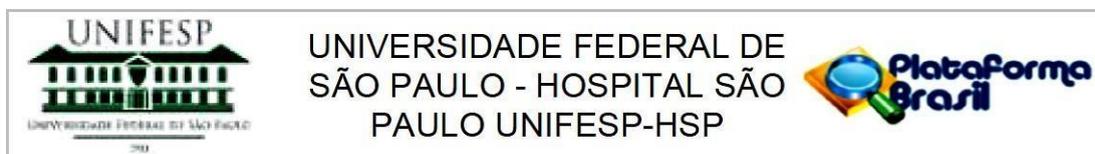
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios semestrais (no caso de estudos pertencentes à área temática especial) e anuais (em todas as outras situações). É também obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_614418.pdf	19/11/2015 11:22:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_validacao_fernanda.doc	04/11/2015 21:19:13	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito
Outros	Ciencia_Coordenadoria_HSP.pdf	04/11/2015 21:16:54	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito
Outros	Cadastro_CEP_Projeto_satisfacao.pdf	04/11/2015 21:16:18	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_proj_satisfacao.pdf	04/11/2015 21:15:27	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.373.595

Outros	Mensagem_Amparo.pdf	22/10/2015 22:12:40	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_fernanda.doc	22/10/2015 21:48:34	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Fernanda_Satisfacao.pdf	22/10/2015 21:48:18	ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 17 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



*Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.
Departamento de Obstetrícia*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do protocolo de pesquisa: Propriedades psicométricas do questionário “*Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale*” na avaliação da satisfação das mulheres com o parto.

- 1 Estamos convidando você a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar sua satisfação em relação ao parto;
 - 2 Gostaríamos que você respondesse a um questionário, o que deve demorar cerca de 20 minutos, com perguntas sobre seu grau de satisfação em relação ao período que você ficou com as contrações de parto, o parto e o nascimento de seu bebê, e o período logo depois do parto. Também tem questões sobre como a equipe de médicos e enfermeiros se comunicaram com você e a participação de seu acompanhante;
 - 3 Todas as informações que você fornecer serão mantidas em segredo, seu nome não será divulgado em nenhuma publicação, e os dados serão utilizados somente para esta pesquisa;
 - 4 Como benefício com sua participação, você poderá expor seus sentimentos com relação ao parto, se ficou satisfeita ou não, e apresentar dúvidas, se houver. Participando desta pesquisa você irá contribuir para melhorar o atendimento das mulheres durante o parto;
 - 5 Você pode solicitar qualquer orientação e esclarecimento quanto aos objetivos desta pesquisa;
 - 6 Você pode optar por não participar da pesquisa, sem prejudicar seu acompanhamento pós-parto, bem como solicitar a retirada de qualquer documento ou questionário com os seus dados;
 - 7 A qualquer momento você poderá esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora responsável: Profa. Roseli Nomura, que pode ser encontrada nesta instituição no endereço Rua Napoleão de Barros nº 875, tel 50817279 ou pelo telefone (11) 999373001, ou com a aluna Fernanda Lopes pelo telefone (19) 993547602. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UNIFESP – e-mail: cepunifesp@unifesp.br;
-

8 A qualquer momento você pode retirar este consentimento e deixar de participar do estudo, sem qualquer problema;

9 Este documento é elaborado em duas vias, assinado ao final e rubricado em todas as páginas, e uma das vias será entregue a você;

10 Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, qualquer prejuízo ou dano decorrente desta pesquisa poderá receber indenizações a que tem direito. Não há compensação financeira relacionada à sua participação, mas qualquer gasto será ressarcido.

Assinatura do sujeito/representante legal

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

Anexo 3 – Escala *Mackey Childbirth Satisfaction Raing Scale* - versão original em lingual inglesa

MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATING SCALE

(Please circle one answer code to the right of each question unless otherwise instructed.)

Case #

I am interested in your evaluation of your childbirth experience.

For each of the following items listed below, indicate how satisfied or dissatisfied you are with that aspect of your childbirth experience. (Circle one response for each item. You may write in comments about your answer.)

	very dissatisfied	dissatisfied	neither satisfied nor dissatisfied	satisfied	very satisfied
1. Your overall labor experience Comments:	1	2	3	4	5
2. Your overall delivery experience Comments:	1	2	3	4	5
3. Your level of participation in decision-making during labor Comments:	1	2	3	4	5
4. Your level of participating in decision-making during delivery Comments:	1	2	3	4	5
5. Your ability to manage your labor contractions Comments:	1	2	3	4	5
6. Your level of Comfort during labor Comments:	1	2	3	4	5
7. Your level of comfort during delivery Comments:	1	2	3	4	5
8. The control you had over your emotions during labor Comments:	1	2	3	4	5
9. The control you had over your emotions during delivery Comments:	1	2	3	4	5
10. The control you had over your actions during labor Comments:	1	2	3	4	5
11. The control you had over your actions during delivery Comments:	1	2	3	4	5
12. Your husband's help and support during labor Comments:	1	2	3	4	5
13. Your husband's help and support during delivery Comments:	1	2	3	4	5

	very dissatisfied	dissatisfied	neither satisfied nor dissatisfied	satisfied	very satisfied
14. Your baby's physical condition at birth	1	2	3	4	5
Comments:					
15. The amount of time which passed before you first held our baby	1	2	3	4	5
Comments:					
16. The amount of time which passed before you first feed your baby	1	2	3	4	5
Comments:					
17. The physical care you received from the nursing staff during labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
18. The physical care you received from the medical staff during labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
19. The technical knowledge, ability, and competence of the nursing staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
20. The technical knowledge, ability, and competence of the medical staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
21. The amount of explanation or information received from the nursing staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
22. The amount of explanation or information received from the medical staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
23. The personal interest and attention given you by the nursing staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
24. The personal interest and attention given you by the medical staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
25. The help and support with breathing and relaxation which you received from the nursing staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
26. The help and support with breathing and relaxation which you received from the medical staff in labor and delivery	1	2	3	4	5
Comments:					
27. The amount of time the nurses spent with you during labor	1	2	3	4	5
Comments:					
28. The amount of time the doctors spent with you during labor	1	2	3	4	5
Comments:					
29. The attitude of the nurses in labor and delivery	1	2	3	4	5

Comments:

	very dissatisfied	dissatisfied	neither satisfied nor dissatisfied	satisfied	very satisfied
30. The attitude of the doctors in labor and delivery Comments:	1	2	3	4	5
31. The nursing staff's sensitivity to your needs during labor and delivery Comments:	1	2	3	4	5
32. The medical staff's sensitivity to your needs during labor and delivery Comments:	1	2	3	4	5
33. Overall, the care you received during labor and delivery Comments:	1	2	3	4	5
34. Overall, how satisfied or dissatisfied are you with your childbirth the experience? Comments:	1	2	3	4	5

35. Name what contributed to your overall satisfaction/dissatisfaction with your childbirth experience.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

36. Using the items you named in question #35 above, number them in order of importance. Place "1" in front of the item which contributed the most to your satisfaction/dissatisfaction; place "2" in front of the next most important item and so on until you number all of the items.

37. Generally, was your labor experience like what you expected it would be? **(Circle one answer code.)**

- Not at all like I expected it to be..... 1
 Very little like I expected it to be..... 2
 Some what like I expected it to be..... 3
 Just like I expected it to be..... 4

Comments:

38. Generally, was your delivery experience like what you expected it would be? **(Circle one answer code.)**

- Not at all like I expected it to be..... 1
 Very little like I expected it to be..... 2
 Some what like I expected it to be..... 3
 Just like I expected it to be..... 4

Comments:

39. Overall, would you rate our labor as being primarily a positive or primarily a negative experience? **(Circle one answer code.)**

- It was very negative 1
 It was somewhat negative 2

It was some what positive3
It was very positive4

Comments:

40. Overall, would you rate your delivery as being primarily a positive or primarily a negative experience?
(Circle one answer code.)

Comments:

It was very negative 1
It was some what negative 2
It was some what positive 3
It was very positive..... 4

THANK YOU FOR YOUR COOPERATION

Anexo 4 – Permissão dos autores para utilização do questionário “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale”

Dear Researcher:

Thank you for your interest in the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. I am attaching a copy of the instrument. You may use it with the understanding that you will acknowledge the source. There is an error on page 215, Table 1, of the JAN article. Under “satisfaction with nurse”, the 95% CI is = 27.77-52.93. You have my permission to change “husband” to ‘partner’ or ‘support person’ as a husband is not necessarily the person providing support during labor. Good luck. I would like to be informed of the publication of your study. Thank you. Marlene C. Mackey, PhD, RN, FAAN. Professor Emerita, University of South Carolina, College of Nursing

RE: Permission to use MCSRS

De: **MACKEY, MARLENE** (MCMACKEY@mailbox.sc.edu)

Enviada: quarta-feira, 12 de agosto de 2015 18:52:46

Para: Roseli Nomura (roseli.nomura@hotmail.com)

3 anexos

permission letter to instru users 2revised.docx (12,0 KB) , CB rating scale.docx (17,2 KB) , JAN 2004 article.pdf (82,1 KB)

Roseli--I'm attached the instrument and permission to use it. You may translate it into Portuguese. Good luck.
Marlene

Anexo 5 – Ficha de coleta de dados da aplicabilidade do questionário
“Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale”

Título da pesquisa: Propriedades psicométricas do questionário “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale” na avaliação da satisfação das mulheres com o parto.

IDENTIFICAÇÃO

Nome:
 Idade: Cor: Registro:
 Escolaridade: Renda familiar: nº pessoas na família:
 Estado civil: Estado conjugal:
 Endereço:
 Bairro: Cidade:
 Telefones de contato:
 Religião:
 Hábitos e Vícios: Tabagismo () sim () não
 Etilismo () sim () não
 Uso de drogas ilícitas () sim () não

DADOS OBSTÉTRICOS

DUM: DPP: USG compatível? sim não IG:
 IG atual:
 Gestações..... Partos..... Abortos..... Óbitos fetais..... Neomortos..... Obs:
 Data e hora de internação: Data e hora do parto:

DADOS DO PARTO

Data: / / Tipo de Parto:
 IG:
 Mobilidade materna durante a primeira etapa do parto (dilatação) () sim () não
 Banho de chuveiro durante o trabalho de parto () sim () não
 Exercícios de bola de nascimento durante o trabalho de parto () sim () não
 Massagem manual () sim () não
 Profissional que atendeu a segunda (expulsão) e terceira (dequitação) etapas do parto
 () médico () enfermagem obstétrica
 Acompanhante no pré-parto: ()sim () não
 Acompanhante no parto: ()sim () não

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Sexo: Peso:
 Índice de Apgar (minuto ≥ 7) () 1º () 5º
 Contato pele-a-pele com o recém-nascido () sim () não
 Amamentação durante a primeira hora após o parto () sim () não

Anexo 6 – Versão em língua portuguesa do Brasil da Escala “Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale”

MACKEY CHILDBIRTH SATISFACTION RATINGS SCALE

Caso # _____

(Por favor, circule o código de uma resposta correta para cada questão, a menos que seja instruída de outra forma.)

Estou interessada na sua avaliação sobre sua experiência no parto.

Para cada um dos seguintes itens listados abaixo, indique **quão satisfeita ou insatisfeita você está** com esse aspecto de sua experiência no parto. (Circule uma resposta para cada item).

	Muito insatisfeita	Insatisfeita	Nem satisfeita ou		Muito Satisfeita
			insatisfeita	Satisfeita	
1. A sua experiência geral durante o trabalho de parto.....1		2	3	4	5
2 A sua experiência geral durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê)..... 1		2	3	4	5
3 A sua participação nas decisões durante o trabalho de parto.....1		2	3	4	5
4. A sua participação nas decisões durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....1		2	3	4	5
5. A sua capacidade de lidar com as contrações durante o trabalho de parto.....1		2	3	4	5
6. O seu conforto ou bem estar geral durante o trabalho de parto.....1		2	3	4	5
7. O seu conforto ou bem estar geral durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê)1		2	3	4	5
8 O controle que você teve sobre suas emoções durante o trabalho de parto1		2	3	4	5
9. O controle que você teve sobre suas emoções durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê).....1		2	3	4	5

	Muito	Nem satisfeita		Muito
	insatisfeita	Insatisfeita	insatisfeita	Satisfeita
			Satisfeita	Satisfeita
10. O controle que você teve sobre suas ações durante o trabalho de parto.....1	2	3	4	5
11. O controle que você teve sobre suas ações durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê)..... 1	2	3	4	5
12. A colaboração do seu marido/companheiro durante o trabalho de parto.....1	2	3	4	5
13. A colaboração do seu marido/companheiro durante o parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê)1	2	3	4	5
14. As condições físicas e de saúde do seu bebê no nascimento.....1	2	3	4	5
15. O tempo que demorou para você segurar seu bebê pela 1ª vez1	2	3	4	5
16. O tempo que demorou para você amamentar seu bebê pela 1ª vez1	2	3	4	5
17. Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....1	2	3	4	5
18. Os cuidados com o seu corpo que recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto.....1	2	3	4	5
19. O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto..... 1	2	3	4	5
20. O conhecimento técnico, a habilidade e competência da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto.....1	2	3	4	5
21. A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e o parto.....1	2	3	4	5
22. A quantidade de explicações ou informações que você recebeu da equipe médica durante o trabalho de parto e o parto1	2	3	4	5

	Nem satisfeita				
	Muito insatisfeita	Insatisfeita	ou insatisfeita	Satisfeita	Muito Satisfeita
23. O interesse pessoal da equipe de enfermagem e a atenção dada a você durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
24. O interesse pessoal da equipe médica e a atenção dada a você durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
25. A ajuda da equipe de enfermagem e apoio com a respiração e o relaxamento que você recebeu durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
26. A ajuda da equipe médica e apoio com a respiração e o relaxamento que você recebeu durante o trabalho de parto e o parto.....	1	2	3	4	5
27. O tempo que os enfermeiros (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
28. O tempo que os médicos (as) dedicaram a você durante o trabalho de parto.....	1	2	3	4	5
29. A atitude dos enfermeiros (as) durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
30. A atitude dos médicos (as) durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
31. A sensibilidade da equipe de enfermagem às suas necessidades, durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
32. A sensibilidade da equipe médica às suas necessidades, durante o trabalho de parto e no parto.....	1	2	3	4	5
33. Sua satisfação geral sobre os cuidados que você recebeu durante o trabalho de parto e no parto	1	2	3	4	5
34. No geral, qual o seu grau de satisfação ou insatisfação com a sua experiência no nascimento do seu bebê?	1	2	3	4	5

35. Anote o que contribuiu para a sua satisfação / insatisfação geral com a sua experiência no nascimento do seu bebê.

-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____
-	_____	_____

36. Usando os itens que você anotou na questão 35 acima, numere-os em ordem de importância: Coloque "1" na frente do item que mais contribuiu para a sua satisfação / insatisfação; coloque "2" a partir do próximo item mais importante e assim por diante até numerar todos os itens.

37. De forma geral, a sua experiência no trabalho de parto foi como você esperava? **(Circule uma resposta.)**

- Nada a ver com o que eu esperava 1
- Muito pouco a ver com o que eu esperava... 2
- Um pouco a ver com o que eu esperava..... 3
- Foi como eu esperava..... 4

38. De forma geral, a sua experiência no parto (o momento em que ocorreu a expulsão do bebê) foi como você esperava? **(Circule uma resposta.)**

- Nada a ver com o que eu esperava 1
- Muito pouco a ver com o que eu esperava... 2
- Um pouco a ver com o que eu esperava..... 3
- Foi como eu esperava..... 4

39. No geral, você avaliaria o seu trabalho de parto como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa? **(Circule uma resposta.)**

- Foi muito negativa..... 1
- Foi um pouco negativa 2
- Foi um pouco positiva 3
- Foi muito positiva 4

40. No geral, você avaliaria o seu parto como sendo essencialmente uma experiência positiva ou negativa? **(Circule uma resposta.)**

- Foi muito negativa..... 1
- Foi um pouco negativa 2
- Foi um pouco positiva 3
- Foi muito positiva 4

OBRIGADA PELA SUA COOPERAÇÃO

Anexo 7 – Artigo publicado: *Birth: Issues in Perinatal Care*

Received: 7 May 2020 | Revised: 13 January 2021 | Accepted: 16 January 2021

DOI: 10.1111/birt.12534

ORIGINAL ARTICLE

BIRTH ISSUES IN PERINATAL CARE WILEY

Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil

Fernanda Lopes student DSc  | Mary Uchiyama Nakamura MD, PhD  |
Roseli Mieko Yamamoto Nomura MD, PhD 

Department of Obstetrics, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo, São Paulo, Brazil

Correspondence

Roseli Mieko Yamamoto Nomura, MD, PhD, Rua Napoleão de Barros, 875, São Paulo, SP, Brazil, CEP 04024002.

Funding information

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior—Brasil (CAPES)—Finance Code 001.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to evaluate women's satisfaction with vaginal birth in a public hospital in São Paulo, Brazil.

Methods: A total of 372 low-risk postpartum women were interviewed. Maternal satisfaction was measured by the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS), validated to Brazilian Portuguese. The scale is divided into six subscales: self-evaluation, partner, baby, nursing, physicians, and overall satisfaction. Childbirth care data were related to maternal mobility, shower bath, birth ball exercises, manual massage, and the health care providers assisting delivery.

Results: The MCSRS total score was significantly higher in women living with their partners than those not living with a partner (median 145.5 vs 133.0; $P = 0.019$), in women with a companion during childbirth than those with no labor support (146.0 vs 136.5; $P = 0.047$), and in women who early breastfed within the first hour compared with those who did not (146.0 vs 137.0; $P = 0.001$). Multiple regression identified 'living with partner' (coefficient 6.205; $P = 0.043$) and 'breastfeeding within the first hour' (coefficient 7.856; $P = 0.005$) as independent variables that determine the total score of MCSRS.

Conclusions: Our findings indicate that living with one's partner and early initiation of breastfeeding are key factors enhancing satisfaction with vaginal birth in women who received care at a public Brazilian hospital.

KEYWORDS

breastfeeding, childbirth, obstetrics, patient satisfaction, questionnaires

1 | INTRODUCTION

Maternity is a transitional phenomenon in a woman's life. It corresponds to a period in which changes take place in biological, psychological, and social spheres of her life. Childbirth is a woman's very own and unique experience, and it is an important milestone in her personal path in life.¹ Evaluating women's satisfaction with childbirth has become increasingly relevant to health care providers, as it is an important indicator of the quality of care given to the mother.^{2,3}

Satisfaction with childbirth is multidimensional as it involves several interrelated aspects.⁴ Childbirth may be a positive experience or the source of traumas, which may interfere in maternal well-being and the mother-child bond. Traumatic experiences may contribute postpartum depression and post-traumatic stress disorder symptoms⁵ and may negatively affect mother-child interaction.⁶

Tools for assessing maternal satisfaction have been developed^{4,7-9} which evaluate factors related to positive⁴ and negative⁷ childbirth experiences. Such instruments gather

data that may lead to the adoption of procedures and strategies for improving childbirth experience.¹⁰ The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS) was developed in the United States⁴ enabling the analysis of women's satisfaction with childbirth by addressing multiple factors: self-satisfaction, baby, partner, doctors, midwives, and overall assessment. However, the authors have not published the validation of their scale, analyzing the psychometric properties. Despite this, the tool has been adapted and studied in other countries and in diverse languages,¹¹⁻¹⁵ and the psychometric structure was established for the Spanish version by Caballero et al.¹³

Goodman et al⁴ first studied MCSRS and concluded that a woman's individual control was a major feature related to satisfaction with the childbirth experience. Women's satisfaction was found to be strongly associated with the fulfillment of expectations concerning pain management in accordance with their preferences.^{12,16} Another study also found that perceived control was directly linked to satisfaction and that women with low education levels reported the highest satisfaction with childbirth.¹⁵

In Brazil today, changes in childbirth care are taking place, such as an effort to reduce cesarean birth rates. Care is becoming more centered on the mother, and her active participation in a protagonist role is increasingly better supported. Knowledge of the perspectives of women who have experienced childbirth is crucial to support change proposals aimed at improvement in the quality of childbirth care. The objective of this study was to report on the satisfaction of women who have birth vaginally in a public hospital in Brazil and to determine the social, obstetric, and intrapartum care features related to their satisfaction.

2 | MATERIAL AND METHODS

This was a prospective study conducted in a public maternity hospital which cares for low-risk pregnant women in the city of São Paulo, Brazil. At this institution, childbirth care is provided by doctors who are specialists in obstetrics and gynecology, and by midwives; over 3000 births are assisted yearly.

The inclusion criteria were the following: 18-34 years of age, gave birth vaginally, delivery of a single and living fetus, interview conducted between the second-day postpartum day and before discharge, and ability to understand the questionnaire. Postpartum women were invited to answer the MCSRS questionnaire during a face-to-face interview. The researcher remained available to answer any questions and to clarify specific aspects of the questionnaire items. Breastfeeding and visiting hours were avoided; interviews were carried out when the questionnaire could be completed without interruption. The doctors or midwives were not aware of the study, only the managers of the institution.

Sociodemographic data were collected through direct interviews, asking age, parity, how they self-identified ethnically, whether the woman was living with her partner, educational level, religious belief, habits, and any substance use issues, whether there was a companion at birth, and whether they received prenatal care.

In the study institution, maternity care is provided by trained doulas, and the health care team is motivated to offer procedures for nonpharmacological analgesia, guiding par-turient and companions to perform back massage, birth ball exercises, and encouraging the women's mobilization and ambulation. Intrapartum epidural analgesia is not available because of the birth center structure and the limited number of anesthetists available.

The variables were characterized as follows: maternal age (years); parity (primiparous or multiparous); ethnicity (1 = white or Caucasian; 2 = mixed; 3 = black or African); marital status (0 = single; 1 = married or cohabiting); educational level (0 = no higher education; 1 = high school or college); religious belief (0 = no; 1 = yes); use of illicit drugs (0 = no; 1 = yes); smoking (0 = no; 1 = yes); and alcohol consumption (0 = no; 1 = yes). In addition, obstetric data, and information about the procedures performed and aspects related to patient care during labor, were collected by consulting medical charts. These included the following: presence of a companion during labor and birth; maternal mobility during the first stage of delivery; shower or bath during labor; birth ball exercises during labor; massage (0 = no; 1 = yes); the health professional who assisted the second and third stages (0 = doctor; 1 = midwife); gestational age at birth (weeks); birthweight (grams); 1-minute Apgar score (0 = score >7; 1 = score ≤7); newborn's sex (male, female); skin-to-skin contact with the newborn (0 = no; 1 = yes); and breastfeeding during the first hour after delivery (0 = no; 1 = yes).

The MCSRS is a 34-item questionnaire measuring women's childbirth satisfaction. It contains six subscales, five of which cover the behaviors of the following major participants in the birth process: self (nine items: Q3-Q11), partner (two items: Q12 and Q13), baby (three items: Q14-Q16), midwives (nine items: Q17, Q19, Q21, Q23, Q25, Q27, Q29, Q31, and Q33), and doctors (eight items: Q18, Q20, Q22, Q24, Q26, Q28, Q30, and Q32). The remaining subscale aims to characterize an overall evaluation of labor and delivery (three items: Q1, Q2, and Q34). In conformity with the 5-point Likert scale, each item had five choices for responses: (a) very dissatisfied; (b) dissatisfied; (c) neither satisfied nor dissatisfied; (d) satisfied; and (e) very satisfied. The scores represent a woman's perception of the behavior of the major participants involved in the process and of her childbirth experience. The overall score is the sum of the individual scores. High overall scores indicate woman's total or near-total satisfaction with her childbirth experience. The MCSRS tool was translated, culturally adapted, and validated

for Brazilian Portuguese (supplementary material)¹⁷ reaching a reliability coefficient (McDonald's ω) of 0.97.

Data were analyzed using the Medcalc program, version 11.5.1.0 (Medcalc Software). The sample size ($n = 370$) was calculated based on an estimated difference of 5% on the MCSRS total score in nulliparous women considering a power of 80% and a significance level of 5%.

Descriptive statistics are presented as mean and standard deviation (SD), median and a 95% confidence interval, or frequency and percentage. Data were compared using the Mann-Whitney U test. Proportions were compared using the chi-square test or Fisher's exact test. Multiple regression with stepwise selection was applied to identify independent variables related to the MCSRS total score. Criteria for entry into multiple regression were variables that presented $P < 0.10$ in the univariate analysis. Statistical significance was set at $P < 0.05$.

3 | RESULTS

In total, 376 women were invited to participate in the study; four (1.1%) declined to participate. The 372 remaining women comprised the total sample. All were interviewed by the same researcher, and Table 1 displays the sociodemographic and birth characteristics of the study population. The self-reported ethnicity of the women was mostly mixed ethnicity (61%), followed by Caucasian (29%). Most women reported living with their partners, and 73% had the partner present at birth. Some women (23%) chose other people as their birth companion (mother, sister, relative, or friend), and 5% had no companion at birth. The vast majority (99.5%) received at least some prenatal care from health professionals.

The correlation analysis between total score of MCSRS and the sociodemographic and other continuous variables showed no significant association with any of the following parameters: maternal age ($\rho = -0.056$; 95% CI -0.157 to 0.046 ; $P = 0.282$), parity ($\rho = 0.013$; 95% CI -0.89 to 0.115 ; $P = 0.802$), gestational age at birth ($\rho = -0.051$; 95% CI -0.152 to 0.051 ; $P = 0.325$), and birthweight ($\rho = 0.016$; 95% CI -0.086 to 0.118 ; $P = 0.754$).

Univariate analyses of the relationship between MCSRS total score and sociodemographic parameters and characteristics of childbirth are presented in Table 2. Total MCSRS was significantly higher in women living with their partner ($P = 0.019$); in those who had a companion present during second stage of delivery as opposed to having no companion ($P = 0.047$); and in mothers who breastfed early within the first hour after birth relative to those who did not ($P = 0.001$). Multiple regression analysis was performed to find the independent factors associated with the MCSRS scores, and it encompassed the following variables: marital status, presence of a companion during labor, presence of a

TABLE 1 Maternal sociodemographic and childbirth characteristics of the 372 women included in the analyses of satisfaction with childbirth

Characteristic	Value
Maternal age, years	25.0 (24.0-25.0)
Nulliparous	195 (52.4%)
African ethnicity (African)	41 (11%)
Marital status (cohabiting or married)	334 (89.8%)
Education level (high school/ university)	263 (70.7%)
Religious belief (yes)	277 (74.5%)
Use of illicit drugs	7 (12.1%)
Smoking	28 (7.5%)
Use of alcohol	45 (12.1%)
Presence of the companion during labor (yes)	359 (96.5%)
Presence of the companion during birth (yes)	354 (95.2%)
Maternal mobility (yes)	275 (73.9%)
Shower bath (yes)	218 (58.6%)
Birth ball exercises (yes)	61 (16.4%)
Manual massage (yes)	13 (3.5%)
Gestational age at birth, weeks	39.7 (39.4-39.9)
Birthweight, g	3253 (406)
Apgar score < 7 at 1 min (yes)	6 (1.6%)
Professional who assisted birth (midwife)	287 (77.2%)
Skin-to-skin contact of the newborn (yes)	359 (96.5%)
Early breastfeeding within the first hour after birth (yes)	325 (87.4%)

Note: Data expressed as n (%), mean (SD), or median (95% interval).

companion during birth, and early initiation of breastfeeding. Our analyses identified the following parameters as independent variables related to total MCSRS: living with a partner ($P = 0.043$) and early breastfeeding within the first hour after birth ($P = 0.005$) (Table 3). Procedures performed during labor (maternal mobility, massage, ball exercises, and shower bath) were not identified as independent factors related to maternal satisfaction with childbirth.

Table 4 summarizes total MCSRS and subscale score correlations. There was a positive and significant correlation with all of the subscales, and the highest coefficients were satisfaction with the midwife and doctor.

4 | DISCUSSION

In this study, we interviewed women who experienced spontaneous vaginal delivery in a public hospital. We found that maternal satisfaction with childbirth was independently related to the following factors: living with a partner and early breastfeeding within the first hour after childbirth. The existence of a stable relationship, living with one's partner, in a family, is

TABLE 2 Total scores of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale according to maternal characteristics and intrapartum care

	MCSRS total	P-value ^a
Nulliparous		
Yes	145.0 (140.3-147.0)	0.765
No	144.0 (140.0-150.0)	
Marital status (cohabiting or married)		
Yes	145.5 (142.0-148.0)	0.019
No	133.0 (127.0-149.5)	
Religious belief		
Yes	146.0 (146.0-149.0)	0.246
No	141.0 (136.0-146.0)	
Education level (high school/university)		
Yes	144.0 (141.0-146.0)	0.238
No	148.0 (139.0-152.0)	
African ethnicity		
Yes	141.0 (135.8-147.7)	0.391
No	145.0 (141.2-148.0)	
Use of illicit drugs		
Yes	152.0 (117.2-161.8)	0.909
No	144.0 (141.0-147.0)	
Smoking		
Yes	146.5 (124.0-156.3)	0.635
No	144.0 (141.0-147.0)	
Use of alcohol		
Yes	139.0 (133.4-149.1)	0.266
No	145.0 (142.0-148.0)	
Maternal mobility		
Yes	145.0 (141.0-148.0)	0.859
No	142.0 (139.0-150.3)	
Shower bath		
Yes	144.0 (140.0-148.0)	0.517
No	144.5 (141.0-148.6)	
Birth ball exercises		
Yes	142.0 (137.0-149.6)	0.762
No	145.0 (141.0-147.3)	
Manual massage		
Yes	152.0 (136.1-158.0)	0.319
No	144.0 (141.0-147.0)	
Presence of the companion during labor		
Yes	145.0 (142.0-148.0)	0.075
No	135.0 (121.5-143.5)	
Presence of the companion during birth		
Yes	146.0 (142.0-148.0)	0.047
No	136.5 (124.8-142.2)	

(Continues)

TABLE 2 (Continued)

	MCSRS total	P-value ^a
Professional who assisted birth (midwife)		
Yes	144.0 (141.0-148.0)	0.495
No	144.0 (138.0-148.0)	
Early breastfeeding within the first hour after birth		
Yes	146.0 (142.0-149.0)	0.001
No	137.0 (130.3-144.0)	

Note: Data expressed as median (95% confidence interval for the median).

^aMann-Whitney U test.

desirable to many people who experience mothering. Although providers are generally unable to affect this variable, supports for early breastfeeding within the first hour after birth may be easily implemented by health managers, requiring only the training of all professionals involved in childbirth.

Our findings align with previous work on intrapartum care and maternal satisfaction. Aghdas et al,¹⁸ in a study with primiparous women, demonstrated that immediate skin-to-skin contact improves breastfeeding self-efficacy and contributes to extended duration of exclusive breastfeeding. Early initiation of breastfeeding plays an important role in childbirth satisfaction and is a contributing factor in the baby's health and well-being; it can also enhance the mother-child bond. Hinic¹⁹ reported that breastfeeding self-efficacy was positively correlated with women's satisfaction and concluded that strategies that involve partners in breastfeeding education can be helpful. In the present study, maternal satisfaction scored highest among women who breastfed during their babies' first hour of life, supporting the importance of such practices in routine childbirth care.

We found a high proportion of women living with their partner; however, not all partners could be present at the birth to support the woman and to participate in this important moment. Partner support is a positive factor, with benefits for family establishment. In many high-resource countries, the partner is commonly present during labor and childbirth.^{20,21} However, this is not common in the Brazilian population seeking care for childbirth in the public sector. A study carried out in Denmark showed that approximately 90% of partners were present in labor and childbirth and that 98% of them had a positive experience.²¹ Studies suggest that partners being informed about labor progression are important.²² In the present study, the partner's support was found to be instrumental in increasing satisfaction with vaginal birth. A stable marital relationship, which was characterized as living with one's partner, was an independent factor connected with a higher score on the MCSRS. Furthermore, the partner's presence during childbirth may be a factor in pain relief, favoring labor progression and childbirth.²³

TABLE 3 Multiple regression analysis for total scores of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (n = 372)

Independent variables	Coefficient	Standard error	t value	P
Cohabiting or married	6.205	3.062	2.026	0.043
Early breastfeeding within the first hour after birth	7.856	2.791	2.814	0005

TABLE 4 Rank correlations between the subscales and Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale

Subscale	Spearman's coefficient (rho)	95% CI for rho	P
Satisfaction with self	0.819	0.782-0.850	<0.001
Satisfaction with baby	0.601	0.532-0.662	<0.001
Satisfaction with partner	0.529	0.452-0.598	<0.001
Satisfaction with midwife	0.896	0.874-0.915	<0.001
Satisfaction with doctor	0.868	0.840-0.891	<0.001
Overall satisfaction	0.762	0.716-0.802	<0.001

Nonpharmacological techniques for pain relief should be offered to woman during labor and birth as studies have shown that these can be effective for some. For example, Yuksel et al²⁴ demonstrated that breathing exercises during the second stage of labor are effective in reducing pain perception. However, in this study, the nonpharmacological techniques for pain relief, such as a shower or bath, massage, and birth ball exercises, were not associated with childbirth satisfaction as assessed by the MCSRS.

In our study population, no differences in satisfaction were observed related to educational level. This fact may be because of the characteristics of the study population, given that we conducted this study in a public and philanthropic hospital. The influence of education on childbirth satisfaction was examined by Goodman et al⁴ who found that women with a high educational level had a higher overall satisfaction with their childbirth experience. In contrast, a study conducted by Kabakian-Khasholian et al¹⁵ in Egypt, Syria, and Lebanon found that it was women with low educational levels who had higher levels of childbirth satisfaction.

4.1 | Study limitations

The present study has limitations. The confirmatory factor analysis used to confirm the structural model of the instrument proposed by the original authors still needs to be developed and thoroughly studied in the Brazilian version of

MCSRS. In addition, our sample was limited only to vaginal births, and thus, findings cannot be generalized to the entire population as cesarean births are increasingly common cross-culturally. Regional and socioeconomic factors and ethnic differences were present. The MCSRS tool was applied in a public hospital, and the interviewed women were all from middle- and low-income families. The MCSRS is a self-completion questionnaire, which means the participants are free to check what they consider to be socially desirable choices, rather than what is actually consonant with their reality. In addition, levels of satisfaction and reflections on the childbirth experience can change as time since birth passes.

4.2 | Conclusions

Women's satisfaction with childbirth was assessed across diverse domains. Our findings indicate that living with one's partner and early initiation of breastfeeding are key factors enhancing satisfaction with vaginal birth in women who received care at a public Brazilian hospital. Continuous labor support and high-quality, respectful care during labor and childbirth are likely to improve maternal and neonatal outcomes. To improve the quality of obstetric care, it is critical that all nations and systems work to develop better strategies to enhance women's satisfaction. As such, it is essential to study and to reflect on the performance of health care providers during childbirth. Their behaviors should take into account the social, economic, and cultural differences in the population. Public policies that support social support for childbearing people and early breastfeeding should be centered as we work to provide the best possible start in life to all.

ACKNOWLEDGMENTS

We thank Kathia Sakamoto Reynolds and Maria Luisa Moraes Barros Flynn for the translation and back-translation of the questionnaire.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare they have no conflicts of interest.

ETHICAL APPROVAL

This study was approved by the local Human Research Ethics Committee (CAAE: No. 51 125 515.7.0000.5505, Dec 17, 2015), and written informed consent was obtained from all participants.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

The data that support the findings of this study are available on request from the corresponding author.

ORCID

Fernanda Lopes  <https://orcid.org/0000-0002-9943-6861>

Mary Uchiyama Nakamura  <https://orcid.org/0000-0002-4972-7863>

Roseli Mieko Yamamoto Nomura  <https://orcid.org/0000-0002-6471-2125>

REFERENCES

- Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009;25(2):e49-e59.
- Redshaw M. Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*. 2008;35(1):73-76.
- Al Ahmar E, Tarraf S. Assessment of the socio-demographic factors associated with the satisfaction related to the childbirth experience. *Open J Obstet Gynecol*. 2014;4:585-611.
- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46(2):212-219.
- Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: a longitudinal population-based study. *Midwifery*. 2017;55:29-37.
- Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016;77:153-166.
- Carquillat P, Vendittelli F, Perneger T, Guittier MJ. Development of a Questionnaire for assessing the childbirth experience (QACE). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:279.
- Jha P, Larsson M, Christensson K, Skoog Svanberg A. Evaluation of the psychometric properties of Hindi-translated Scale for Measuring Maternal Satisfaction among postnatal women in Chhattisgarh, India. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211364.
- Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:203.
- Gregory KD, Korst LM, Saeb S, et al. Childbirth-specific patient-reported outcomes as predictors of hospital satisfaction. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;220(201):e1-201.e19.
- Christiaens W, Bracke P. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery*. 2009;25(2):e11-e19.
- Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguí-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escribà-Agüir V. Women's satisfaction with the experience of childbirth: validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. *Gac Sanit*. 2012;26(3):236-242.
- Caballero P, Delgado-García BE, Orts-Cortes I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of Mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:78.
- Moudi Z, Tavousi M. Evaluation of Mackey childbirth satisfaction rating scale in Iran: what are the psychometric properties? *Nurs Midwifery Stud*. 2016;5(2):e29952.
- Kabakian-Khasholian T, Bashour H, El-Nemer A, et al. Women's satisfaction and perception of control in childbirth in three Arab countries. *Reprod Health Matters*. 2017;25(suppl 1):16-26.
- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2007;7-26.
- Lopes F, Carvas Júnior N, Nakamura MU, Nomura RMY. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2019;41(6):371-378.
- Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. 2014;27(1):37-40.
- Hinic K. Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(5):649-660.
- d'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad Saude Publica*. 2014; 30:S1-S15.
- Madsen SA, Munck H. Fathers' presence at deliveries in Denmark. *Sante Ment Que*. 2001;26(1):27-38.
- Hildingsson I, Cederlöf L, Widén S. Fathers' birth experience in relation to midwifery care. *Women Birth*. 2011;24(3):129-136.
- Emelonye AU, Vehviläinen-Julkunen K, Pitkääho T, Aregbesola A. Midwives perceptions of partner presence in childbirth pain alleviation in Nigeria hospitals. *Midwifery*. 2017;48:39-45.
- Yuksel H, Cayir Y, Kosan Z, Tastan K. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *J Integr Med*. 2017;15(6):456-461.

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section.

How to cite this article: Lopes F, Nakamura MU, Nomura RMY. Women's satisfaction with childbirth in a public hospital in Brazil. *Birth*. 2021;00:1-6. <https://doi.org/10.1111/birt.12534>