



Adaptação transcultural e validade de conteúdo da *Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS)* para o português brasileiro

Cross-cultural adaptation and content validity of the
Postpartum Specific Anxiety Scale into Brazilian Portuguese

Adaptación transcultural y validez de contenido de la Escala de
Ansiedad Específica Posparto al portugués brasileño

Kydja Milene Souza Torres de Araújo¹, Jaqueline Wendland², Bianca de Fátima Ramos Souza¹,
Maria Gabriella de Melo¹, Luciana Torres Araújo³, Rosilene Santos Baptista⁴.

RESUMO

Objetivo: Descrever o processo de adaptação transcultural e validação de conteúdo da *Postpartum Specific Anxiety Scale* para o português brasileiro. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido em cinco etapas: tradução, síntese, retrotradução, avaliação por especialistas e pré-teste. O comitê de especialistas, composto por 6 doutores, avaliou a equivalência semântica, idiomática, experiencial, cultural e a relevância de cada item através do Índice de Validade de Conteúdo. O pré-teste foi realizado com 30 mulheres nos primeiros 6 meses após o parto. **Resultados:** Após avaliação dos especialistas, seis itens não alcançaram a concordância de 80% em alguma das equivalências. Entretanto, todos os itens obtiveram concordância superior a 80% em relação à relevância. As participantes do pré-teste sugeriram alteração em um item para facilitar a compreensão. **Conclusão:** A *Postpartum Specific Anxiety Scale* foi adaptada para o português brasileiro. Contudo, é necessária a realização de estudos que avaliem suas propriedades psicométricas para que seja realizada a validação da mesma.

Palavras-chave: Pesquisa Metodológica em Enfermagem, Ansiedade, Período Pós-Parto.

ABSTRACT

Objective: To describe the process of cross-cultural adaptation and content validation of the *Postpartum Specific Anxiety Scale* into Brazilian Portuguese. **Methods:** This is a methodological study carried out in five stages: translation, synthesis, back-translation, evaluation by specialists and pre-test. The expert committee, composed of 6 doctors, evaluated the semantic, idiomatic, experiential, cultural equivalence and the relevance of each item through the Content Validity Index. The pre-test was performed with 30 women in the first 6 months after childbirth. **Results:** After expert evaluation, six items did not reach 80% agreement in any of the equivalences. However, all items obtained agreement greater than 80% regarding relevance. The pre-test participants suggested changing an item to facilitate understanding. **Conclusion:** The *Postpartum Specific*

¹Universidade de Pernambuco (UPE) / Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG), Recife – PE.

²Universidade de Paris, Île-de-France, França.

³Unidade de Pronto Atendimento Mestre Camarão, Brejo da Madre de Deus – PE.

⁴Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande – PB.

Anxiety Scale was adapted to Brazilian Portuguese. However, it is necessary to carry out studies that evaluate its psychometric properties in order to validate it.

Keywords: Nursing Methodology Research, Anxiety, Postpartum Period.

RESUMEN

Objetivo: Describir el proceso de adaptación transcultural y validación de contenido de la Escala de Ansiedad Específica Posparto para el portugués brasileño. **Métodos:** Se trata de un estudio metodológico realizado en cinco etapas: traducción, síntesis, retrotraducción, evaluación por especialistas y pre-test. El comité de expertos, integrado por 6 doctores, evaluó la equivalencia semántica, idiomática, experiencial, cultural y la relevancia de cada ítem a través del Índice de Validez de Contenido. El pretest se realizó con 30 mujeres en los primeros 6 meses después del parto. **Resultados:** Tras la evaluación de expertos, seis ítems no alcanzaron el 80% de concordancia en ninguna de las equivalencias. Sin embargo, todos los ítems obtuvieron una concordancia superior al 80% en cuanto a la relevancia. Los participantes de la prueba previa sugirieron cambiar un elemento para facilitar la comprensión. **Conclusión:** La Escala de Ansiedad Específica Posparto fue adaptada al portugués brasileño. Sin embargo, es necesario realizar estudios que evalúen sus propiedades psicométricas para poder validarlo.

Palabras clave: Investigación Metodológica en Enfermería, Ansiedad, Periodo Posparto.

INTRODUÇÃO

Na última década a “ansiedade no pós-parto” tem se tornado uma condição de interesse para pesquisadores e profissionais da área perinatal devido à sua prevalência e seu impacto na relação mãe-filho. Pesquisadores têm sugerido que ela ocorre independentemente da depressão pós-parto (ASHFORD MT, et al., 2017).

Alguns estudos, ao utilizar instrumentos específicos para a ansiedade na gestação, descobriram que podem prever com maior eficácia resultados perinatais quando comparados a instrumentos para rastreio da ansiedade no geral. Porém, na maioria destes instrumentos para rastreio da ansiedade no geral são utilizados para investigar a ansiedade no pós-parto, o que pode ou poderia ser problemático, aumentando a probabilidade de um diagnóstico falso positivo (FALLON V, et al., 2016).

Alguns instrumentos já foram desenvolvidos para avaliar ansiedades específicas no período gestacional, dentre os quais pode-se citar a *Pregnancy Anxiety Scale* e a *Pregnancy-Related Anxiety Scale* (SINESI A, et al., 2019). Estes incluem aspectos como o medo do parto, a saúde e bem-estar fetal, as mudanças nos relacionamentos e na aparência (FALLON V, et al., 2016). Semelhantemente, algumas escalas específicas para uso no pós-parto foram produzidas para rastreio da depressão: *Edimburg Depression Postpartum Scale* (EPDS) (COX JL, et al. 1987) e a *Postpartum Depression Screening Scale* (BECK CT e GABLE RK, 2000).

Também foram criadas outras duas escalas de ansiedade relevantes para puérperas: a *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS) (SOMERVILLE S, et al., 2014) e a *Postpartum Worry Scale-Revised* (PWS-R) (MORAN TE, et al., 2014). Ambas objetivam detectar clinicamente níveis de ansiedade com base em critérios diagnósticos já existentes para transtornos de ansiedade, embora a PWS-R se concentre apenas no transtorno de ansiedade generalizada (MORAN TE, et al., 2014).

Entretanto, evidências mostram que um grande número de puérperas não atende aos critérios diagnósticos de um transtorno de ansiedade existente e mesmo assim, ainda experienciam um grau clinicamente significativo de preocupação com a maternidade. Dessa forma, acredita-se que os itens desses instrumentos podem não abranger todos os possíveis sintomas de ansiedade vivenciados no período pós-parto (FALLON V, et al., 2016). Nesse sentido, é de suma importância a utilização de um instrumento que possa capturar especificamente os sintomas ansiosos nesse momento da vida da mulher. Assim, em busca de um instrumento específico para a ansiedade no pós-parto, identificou-se na literatura científica

internacional a existência da *Postpartum Specific Anxiety Scale* (PSAS) desenvolvida em 2016 por pesquisadores da Universidade de Liverpool.

A PSAS objetiva avaliar a frequência de ansiedades específicas nos primeiros seis meses após o parto. Sua primeira versão contempla 51 itens distribuídos em 4 domínios (competência e ansiedades de apego, ansiedade de segurança e bem-estar do bebê, ansiedades da prática do cuidado, ajuste psicossocial à maternidade). Por ser um instrumento desenvolvido e formatado nos princípios metodológicos do tipo Likert, cada item contempla quatro opções de resposta que variam de 1 a 4. Uma opção “não aplicável” foi criada para 7 itens relacionados ao companheiro, familiares e trabalho, para evitar respostas ambíguas das mulheres que podem não os ter (FALLON V, et al., 2016).

Assim, tendo em vista a notoriedade da temática e reconhecendo-se cada vez que a saúde mental não pode ser dissociada da saúde física em nenhuma etapa da vida (BRASIL, 2013) este estudo teve como objetivo descrever o processo de adaptação transcultural da *Postpartum Specific Anxiety Scale* para o Brasil, uma vez que não foram encontrados no país instrumentos específicos para avaliação da ansiedade no período pós-parto.

MÉTODOS

Estudo metodológico que traduziu e adaptou transculturalmente a *Postpartum Specific Anxiety Scale*, originalmente desenvolvida em inglês, para o português brasileiro. O referencial teórico adotado para desenvolvimento foi o proposto por Beaton D, et al. (2007), e contemplou as seguintes etapas: tradução, síntese das traduções, retrotradução, avaliação por um comitê de especialistas e pré-teste. A pesquisa foi desenvolvida no período de dezembro de 2020 a setembro de 2021. Antes da realização deste estudo, foi solicitada formalmente aos autores da versão original, através de correio eletrônico, a autorização para uso da PSAS. Por tratar-se de um estudo de adaptação transcultural de um instrumento de medida, as etapas de tradução, síntese das traduções, retrotradução e avaliação pelo comitê de especialistas ocorreram por meio de correio eletrônico; entretanto, a etapa do pré-teste ocorreu num hospital público estadual e numa policlínica municipal, ambas instituições localizadas em Recife, capital de Pernambuco.

Na tradução (1ª etapa) é sugerido que sejam feitas no mínimo duas traduções do instrumento, do idioma original para o idioma-alvo. Assim, o primeiro passo para a elaboração da primeira versão da escala foi a tradução do idioma primário (inglês) para o secundário (português escrito e falado no Brasil) por dois tradutores independentes, surgindo assim os instrumentos T1 e T2. Esta etapa foi realizada por dois tradutores brasileiros nativos e juramentados para o inglês. Ressalta-se que apenas o tradutor 1 foi informado dos objetivos do estudo bem como do instrumento em questão.

Na síntese das traduções (2ª etapa), realiza-se a comparação das traduções e avalia-se as divergências semânticas; idiomáticas; conceituais; linguísticas e contextuais com o objetivo de construir uma única e preliminar versão (BORSA JC, et al., 2012; PASQUALI L, 2013). Para realização desta etapa, as versões T1 e T2 foram comparadas em sua totalidade pela autora deste estudo, um outro tradutor independente profissional da área de linguística, professor especialista em tradução e fluente em inglês, com experiência em ensino do idioma há 10 anos, além dos tradutores que participaram na etapa 1. Assim, foi gerada a versão T12.

Objetivando seguir as orientações do referencial teórico adotado, foi realizada a retrotradução (3ª etapa) da versão T12 para o idioma inglês. Para tal, participaram desta fase dois tradutores nativos da língua inglesa e com fluência no português falado e escrito no Brasil. Assim, foram gerados os instrumentos RT1 e RT2. Em seguida, foi iniciada a quarta etapa do processo de adaptação transcultural. Esta fase é caracterizada pela avaliação do instrumento gerado (versão T12) realizada por um comitê de especialistas. Neste momento foram avaliadas as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual além da relevância de cada item que compõe a escala. A busca pelos especialistas ocorreu através da Plataforma Lattes (<https://lattes.cnpq.br/>) utilizando-se os filtros por assunto (ansiedade e puerpério) e atuação profissional (área da saúde). Os critérios de seleção para os profissionais que compuseram o comitê de especialistas foram:

ser profissional da saúde com vivência prática no contexto de saúde da mulher (obstetrícia e/ou puericultura) e/ou saúde mental, ou possuir conhecimento sobre o processo de construção e/ou validação de instrumentos, ou ser especialista, mestre ou doutor na área.

Os currículos foram lidos e a partir de então realizada a seleção. O convite inicial ocorreu por meio eletrônico enviado através da Plataforma Lattes. Após aceitação, os integrantes do comitê receberam por via eletrônica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; todas as versões do instrumento PSAS: versão original, tradução 1 (T1), tradução 2 (T2), retrotradução 1 (RT1), retrotradução 2 (RT2); bem como o instrumento para avaliação quanto às equivalências e relevância dos itens da *Postpartum Specific Anxiety Scale* (PSAS). Foi solicitado um prazo de 30 dias para que as avaliações fossem realizadas.

Dentre os diferentes métodos descritos na literatura utilizados para quantificar o grau de concordância entre especialistas, foi escolhido para este estudo o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método bastante utilizado na área da saúde. Trata-se de um método que utiliza uma escala do tipo Likert com pontuação que varia de 1 a 4. O índice é calculado através da soma dos itens 3 e 4 que foram marcados e dividido pelo número de respondentes (ALEXANDRE NMC e COLUCI MZO, 2011).

Para a validade de conteúdo, os especialistas indicaram a relevância e o grau de equivalência entre os itens da versão original e da versão traduzida. Além disso, também indicaram sugestões de mudança dos termos quando necessário. A partir desse conjunto de respostas, foi realizada a avaliação quantitativa do nível de concordância através do Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Para este estudo foi considerado para a validação de conteúdo o IVC mínimo de 0,80.

Para que fosse realizado esse cálculo, o instrumento utilizado para esta avaliação continha uma escala do tipo Likert com 4 opções de resposta para cada uma das equivalências: 1 (não equivalente), 2 (pouco equivalente), 3 (equivalente) e 4 (muito equivalente). Para a avaliação da relevância, as opções de resposta foram: 1 (irrelevante), 2 (pouco relevante), 3 (relevante) e 4 (muito relevante). Após conclusão da etapa anterior, realizou-se o pré-teste (5ª etapa) com o objetivo de compreender o grau de entendimento dos itens traduzidos. Nesse sentido, aplica-se o instrumento em populações semelhantes à população alvo do estudo.

Assim, o pré-teste foi realizado com 30 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e que estavam vivenciando os primeiros 6 meses após o parto. A seleção das participantes para esta etapa ocorreu de maneira aleatória nas unidades de saúde em que a pesquisa foi realizada. As entrevistas foram realizadas individualmente face a face em ambiente reservado para tal. Os instrumentos utilizados para esta etapa foram: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, questionário sociodemográfico e a escala traduzida.

Após assinatura do TCLE, aplicou-se, individualmente, a escala em questão e foi cronometrado o tempo para resposta de todos os itens, sendo posteriormente aplicado o questionário sociodemográfico. Optou-se por aplicar primeiro a escala traduzida e, em seguida, o questionário sociodemográfico para evitar que a escala estudada fosse respondida de maneira automática, ou seja, sem que as respostas representassem a real percepção dessas mulheres nos últimos sete dias quanto às ansiedades no pós-parto.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética sob o CAAE 39277020.8.0000.5192 / Parecer nº 4.955.198. Foram respeitados os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012): autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, e também acatadas as determinações éticas das Resoluções nº 510/2016 (BRASIL, 2016) e 580/2018 (BRASIL, 2018) que tratam respectivamente sobre os riscos da pesquisa e divulgação dos seus dados.

RESULTADOS

Na etapa de tradução foram produzidas as versões em português T1 e T2. Após finalizada a etapa das traduções, foi realizada a síntese das duas versões construídas. Assim, ao final desta etapa foi criada a Versão T12. Objetivando seguir as orientações do referencial teórico adotado, foi realizada a retrotradução da Versão T12 para o idioma da versão original (inglês). Para tal, participaram desta fase dois tradutores nativos da língua inglesa e com fluência no português falado e escrito no Brasil. Assim, foram gerados os

instrumentos RT1, RT2 que após análises, foi identificado que os instrumentos gerados não apresentaram grandes divergências de sentido em relação à versão original.

Para a etapa de avaliação pelo comitê de especialistas participaram os seguintes: 1 psicólogo doutor em Saúde mental com experiência em Transtornos de Ansiedade; 1 médico doutor em Medicina (Ginecologia e Obstetrícia) com experiência na área de Saúde mental da Mulher nos diferentes ciclos da vida; 1 psicóloga doutora em Psicologia com experiência na área de Psicopatologia Parental Perinatal e Validação de instrumentos de avaliação; 1 enfermeira doutora em Enfermagem com experiência na área de Saúde da Mulher, Enfermagem em Obstetrícia e Neonatologia e Adaptação cultural e validação de instrumentos; 1 enfermeira doutora em Enfermagem com experiência na área de Enfermagem familiar e estudos com a família; 1 enfermeira doutora em Ciências Humanas com experiência na área de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

Na primeira avaliação realizada pelos especialistas, dos 51 itens que compõem a escala traduzida, seis (3, 11, 15, 27, 34, 45) não alcançaram o IVC de 0,80, valor mínimo estabelecido para esse estudo. Quanto à relevância, todos os itens alcançaram valor mínimo superior a 0,80 (**Tabela 1**).

Assim, os especialistas sugeriram modificações na redação dos itens 3, 11, 15, 27, 34, 45 para que os mesmos alcançassem as equivalências (**Quadro 1**). As sugestões fornecidas foram avaliadas pela pesquisadora, pelo mesmo profissional de linguística que trabalhou na etapa de síntese das traduções e pelos especialistas para que se pudesse obter o consenso.

Ao fim dessa avaliação, as sugestões foram acatadas e os itens modificados, gerando assim, com consenso dos especialistas, a versão pré-final da PSAS que foi utilizada no pré-teste (5ª etapa).

Na etapa do pré-teste os significados dos itens foram explorados, assim, cada entrevistada teve oportunidade de relatar suas impressões sobre o instrumento. Participaram do pré-teste 30 mulheres com idade que variou de 18 a 43 anos (média 29,9 anos) e que estavam vivenciando os primeiros 6 meses após o parto, houve predomínio de mulheres pardas (53,4%), casadas ou que têm companheiro (66,7%), com tempo de estudo que variou de 9 a 11 anos (60%) e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (50%). Com relação à administração da versão pré-final foi possível avaliar a compreensão dos itens, a facilidade de resposta e o tempo necessário para responder a PSAS em sua totalidade.

Ao final de cada formulário foi disponibilizado em espaço para sugestões. A versão pré-final foi bem aceita pelas entrevistadas, sendo de fácil aplicação e preenchimento. O tempo médio necessário para sua aplicação foi de 12 minutos.

Em relação à compreensão dos itens, 1 participante apresentou dúvida no termo “conciliar” (item 1); 1 no termo “assustada” (item 8); 1 no termo “benéfica” (item 32) e 6 apresentaram dúvidas em relação ao termo “ressentimento” (item 48). Os significados dos respectivos termos foram trabalhados e as dúvidas solucionadas.

Contudo, considerando que 20% da amostra apresentou dúvidas em relação ao termo “ressentimento”, e levando-se em consideração as sugestões das participantes, optou-se por modificar o referido termo para facilitar a compreensão.

Assim, considerando que o significado da palavra “ressentimento” segundo o dicionário de língua portuguesa é: (ato ou efeito de ressentir(-se), mágoa que se guarda de uma ofensa ou de um mal que se recebeu; rancor), a mesma foi substituída por “mágoa” que significa: (sensação dolorosa causada por uma decepção, por uma ofensa ou indelicadeza; ressentimento, estado de espírito de quem sente desgosto, tristeza) (**Quadro 2**). Assim, após esta avaliação e modificação, a tradução e adaptação da PSAS para o Brasil foi finalizada e posteriormente enviada via correio eletrônico para os autores da versão original para aprovação.

Tabela 1 - Índices percentuais de concordância entre os especialistas quanto às equivalências avaliadas e a relevância de cada item da PSAS.

Item	Equivalência Semântica / IVC	Equivalência Idiomática / IVC	Equivalência Experiencial / IVC	Equivalência Conceitual / IVC	Relevância / IVC
1	0,83	0,83	1	0,83	1
2	1	1	1	1	1
3	0,66	0,83	0,83	0,83	1
4	1	1	1	1	1
5	0,83	1	1	1	1
6	1	0,83	1	1	0,83
7	1	1	1	1	0,83
8	0,83	1	1	1	1
9	0,83	0,83	1	0,83	1
10	1	1	1	1	1
11	0,66	1	1	1	0,83
12	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1
14	0,83	1	1	1	1
15	0,5	0,66	0,83	0,83	0,83
16	0,83	1	1	1	0,83
17	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1
19	0,83	1	0,83	0,83	0,83
20	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1
23	0,83	1	0,83	0,83	0,83
24	0,83	1	1	1	1
25	1	0,83	1	1	1
26	1	1	0,83	1	0,83
27	0,33	0,66	0,83	0,83	1
28	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	0,83
30	1	1	1	1	1
31	0,83	0,83	1	1	1
32	1	1	0,83	1	1
33	0,83	0,83	1	1	1
34	0,66	0,83	0,83	0,83	1
35	1	1	1	1	1
36	0,83	1	1	1	1
37	0,83	0,83	1	0,83	0,83
38	1	1	1	1	1
39	0,83	0,83	1	0,83	0,83
40	0,83	1	1	0,83	1
41	0,83	0,83	1	1	1
42	1	0,83	1	1	1
43	1	1	0,83	1	0,83
44	0,83	0,83	1	0,83	1
45	0,83	0,83	0,66	1	1
46	1	1	1	1	0,83
47	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	0,83
49	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1
51	0,83	0,83	1	1	0,83

Fonte: Araújo KMST, et al., 2023.

Quadro 1 – Sugestões de redação para itens que obtiveram IVC < 0,80.

Itens (Versão T12)	Objetivo das sugestões fornecidas	Sugestão de nova redação do item
Item 3 - Tenho me preocupado em acidentalmente machucar meu bebê.	Equivalência semântica.	Tenho me preocupado em machucar meu bebê acidentalmente.
Item 11 - Tenho me preocupado que meu bebê se sinta mais feliz com os cuidados de outra pessoa.	Equivalência semântica.	Me preocupo que meu bebê se sinta melhor sob os cuidados de outra pessoa.
Item 15 - Tenho medo de ficar doente demais para cuidar do meu bebê.	Equivalência semântica e idiomática.	Tenho medo de ficar muito doente e não conseguir cuidar do meu bebê.
Item 27 - Não tenho participado de atividade cotidiana com meu bebê porque temo que ele possa se machucar.	Equivalência semântica e idiomática.	Não tenho participado de atividades cotidianas com meu bebê porque temo que ele possa se machucar.
Item 34 - Tenho usado a Internet para esclarecimentos sobre a saúde do meu bebê.	Equivalência semântica.	Tenho usado a Internet para me tranquilizar sobre a saúde do meu bebê.
Item 45 - Tenho me preocupado que outras pessoas pensem que minhas competências parentais são inadequadas.	Equivalência experiencial.	Me preocupo que outras pessoas pensem que minhas competências como mãe sejam inadequadas.

Fonte: Araújo KMST, et al., 2023.

Quadro 2 – Item alterado após aplicação da PSAS à população na etapa do pré-teste.

Pré-teste	Alteração
Item 48 - Tenho sentido ressentimento em relação ao meu parceiro.	Item 48 - Tenho sentido mágoa em relação ao meu parceiro.

Fonte: Araújo KMST, et al., 2023.

DISCUSSÃO

O processo de adaptação de um instrumento já existente apresenta vantagem em relação à construção de um novo, pois, possibilita a comparação entre dados de diferentes contextos (BORSA JC, et al., 2012). Nesse sentido, o presente estudo mostrou o processo de adaptação transcultural da *Postpartum Specific Anxiety Scale* para o português escrito e falado no Brasil. Atualmente a versão em inglês está sendo utilizada no Reino Unido, Canadá, Austrália, Irlanda, Ruanda e nos Estados Unidos da América. O processo de tradução e adaptação transcultural já foi realizado na França, Itália, China, Espanha, Países Baixos e Irã. (SILVERIO SA, et al., 2021). Desde sua primeira publicação em 2016, outras duas versões reduzidas já foram desenvolvidas, sendo uma com 16 itens (PSAS-RSF) (DAVIES SM, et al., 2021) e uma com 12 itens (PSAS-RSF-C) para uso durante o período de crise da pandemia causada pela COVID-19 (SILVERIO SA, et al., 2021).

Por ser uma condição menos estudada quando comparada à outras desordens mentais no período pós-parto, como a depressão pós-parto, entende-se que a ansiedade pós-parto necessita de esclarecimentos quanto aos seus fatores de risco, etiologia e influência na vida dos pais e dos filhos. Além disso, acredita-se que devido à má identificação e rastreamento, a ansiedade pós-parto é uma condição frequentemente subdiagnosticada (COSTAS-RAMÓN N, et al., 2023).

Nesse sentido entende-se que a triagem para as condições comuns de saúde mental no puerpério deve ser realizada utilizando-se instrumentos validados e adaptados culturalmente, uma vez que, se as ferramentas de triagem não forem culturalmente adaptadas, as mulheres que não tem conhecimento do idioma original dos instrumentos poderão ser excluídas do rastreamento, principalmente quando tratar-se de um instrumento para autoadministração, o que poderia potencialmente levar à desigualdade, pois entende-se que a triagem pode favorecer a equidade, especialmente quando existirem programas para gerenciamento das condições encontradas (WHO, 2022). É válido ressaltar que não há consenso estabelecido sobre o processo de adaptação transcultural no Brasil, no entanto, é necessário seguir uma normatização que vai desde à tradução inicial até o pré-teste (BORSA JC, et al., 2012). Assim, utilizou-se nesse estudo o protocolo proposto por Beaton D, et al. (2007) com o objetivo de elaborar um instrumento adequado à cultura brasileira.

As avaliações e sugestões realizadas pelos especialistas e pela população alvo da referida escala contribuíram para o rigor desse processo, mantendo assim o objetivo inicial da escala. Na etapa de tradução ao comparar as versões T1 e T2 observou-se semelhança entre ambas. No entanto, considerou-se a versão T1 mais compreensível. Acredita-se que tal fato se dá pelo motivo de que o Tradutor 1 é especialista em traduções da área da saúde, o que provavelmente contribuiu com a construção semântica das frases para o português.

Contudo, em decorrência da possibilidade de falhas e limitações, apenas a tradução do instrumento não o torna aplicável (PASQUALI L, 2013). Devido isso, é de grande importância a construção de um comitê de especialistas para que seja alcançada a equivalência transcultural do instrumento traduzido (BEATON D, et al., 2007). Neste estudo, a análise realizada por esse comitê quanto às equivalências e relevância de cada item da PSAS, foi uma etapa primordial para que fosse gerado um instrumento compreensível para o público a que se destina. Na etapa de avaliação pelo comitê de especialistas, a principal dificuldade esteve relacionada ao tempo de resposta dos profissionais. Embora tenha sido utilizado correio eletrônico, método fácil e rápido, faz-se necessário o comprometimento e a disponibilidade dos especialistas convidados (LIMA FMA, et al., 2020).

Na realização do pré-teste as participantes sugeriram modificar o termo “ressentimento” por “mágoa” considerando os respectivos significados segundo dicionário de língua portuguesa. Nesta etapa é possível identificar falhas como: inconsistência, complexidade das perguntas/questões, linguagem de difícil compreensão ou ambígua, número excessivo de questões, se estas obedecem a uma determinada ordem (BEATON D, et al., 2007). Logo, identificando-se falhas, o instrumento poderá ser reformulado podendo ocorrer a eliminação, a conservação, a modificação ou ampliação de itens. Ou seja, trata-se de uma etapa fundamental para o processo de tomada de decisões no que se refere ao melhoramento e aperfeiçoamento dos itens, nas mudanças dos termos de acordo com o vocabulário cotidiano das entrevistadas e para fornecer maior clareza aos itens analisados, bem como possibilita que o pesquisador avalie a compreensão do instrumento e o tempo necessário para aplicação do mesmo (BEATON D, et al., 2007).

Um aspecto a ser observado é que a escala em questão é composta por 51 itens, sendo considerada extensa pela maioria das participantes, entretanto, de fácil compreensão. Acredita-se que o tempo de estudo das participantes, que foi de 9 a 11 anos, tenha influenciado no entendimento dos itens, além do que, em sua versão original a escala foi desenvolvida para ser compreensível por pessoas com 5 anos de estudo ou com idade a partir de 10 anos (FALLON V, et al., 2016). Com a finalização das etapas do processo de adaptação transcultural, a versão brasileira da PSAS foi enviada para os autores da versão original. No entanto, para que um instrumento possa ser utilizado adequadamente para medir o que se propõe, faz-se necessária a avaliação das suas propriedades psicométricas, que inclui a análise de sua validade e fidedignidade (VILARINHO LRG, 2018).

Tal como referido pela Organização Mundial de Saúde, “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidades” (OMS, 2013). Neste sentido, a saúde mental é parte integral da saúde e do bem-estar. Entretanto, nas políticas públicas nacionais voltadas à saúde da mulher, percebe-se uma lacuna quanto à promoção da saúde mental no período pós-parto, embora no Caderno de Atenção Básica nº 32 sobre Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco publicado pelo Ministério da Saúde, cita-se como um dos objetivos da visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê a avaliação da interação da mãe com o recém-nascido, além do mais também é recomendado que sejam levantados questionamentos sobre sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, etc) (BRASIL, 2012). Sobre o estado psíquico da mulher, o mesmo manual sugere que este seja avaliado, porém, não traz maiores esclarecimentos sobre como e qual(is) instrumento(s) utilizar durante essa avaliação. Assim, considera-se importante a realização de estudos metodológicos nesta área com o objetivo de disponibilizar instrumentos que possam subsidiar a prática clínica, uma vez que este tipo de estudo implica na investigação de métodos de obtenção, organização e elaboração de dados e trata da construção, validação e avaliação de instrumentos e estratégias de pesquisa, buscando elaborar instrumentos confiáveis que possam ser utilizados por pesquisadores e profissionais (POLIT DF e BECK CT, 2019).

CONCLUSÃO

A partir deste estudo foi possível adaptar para o português brasileiro a *Postpartum Specific Anxiety Scale* (PSAS), que em sua versão brasileira permaneceu com o mesmo quantitativo de itens que consta na versão original, além disso, foram mantidas as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual dos itens. Contudo, faz-se necessária a realização de estudos psicométricos para que seja alcançada a validação da mesma. Com a versão brasileira da PSAS validada, será possível mensurar as principais ansiedades nos primeiros seis meses após o parto e com isso estabelecer estratégias para melhor enfrentamento da ansiedade nos primeiros seis meses após o parto.

AGRADECIMENTOS

À autora da escala Dr^a Vicky Fallon pela autorização para realizar o processo de adaptação transcultural da PSAS no Brasil. Aos tradutores pela contribuição com a etapa de tradução e demais envolvidos que contribuíram de alguma maneira para que este estudo fosse realizado, em especial à todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa. À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ) pela concessão da bolsa para realização do doutorado, o que contribuiu financeiramente com os custos deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. ALEXANDRE NMC e COLUCI MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(07): 3061-3068.
2. ASHFORD MT, et al. Supporting women with postpartum anxiety: exploring views and experiences of specialist community publichealth nurses in the UK. *Health Social Care Commun*. 2017; 25(3): 1257-1264.
3. BEATON D, et al. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures. Toronto: Institute for Work and Health; 2007. Disponível em: https://dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf. Acessado em: 15 de setembro de 2022.
4. BECK CT e GABLE RK. Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nurs Res*. 2000; 49(5): 272-82.
5. BORSA JC, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments. *Paidéia*. 2012; 22(53): 423-32.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde. 2013; 1: 176.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acessado em: 10 de maio de 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acessado em: 10 de maio de 2022.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre cuidados especiais por parte dos pesquisadores em pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2018b. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acessado em: 10 de maio de 2022.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica [Internet] Brasília. 2012; 32(1): 318.
11. COSTAS-RAMÓN N, et al. Psychometric evaluation and validation of the Postpartum Specific Anxiety Scale for the Spanish-speaking population: PSAS-ES. *Gen Hosp Psychiatry*, 2023; 83: 59-65.

12. COX JL, et al. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150: 782-6.
13. DAVIES SM, et al. Creation and validation of the Postpartum Specific Anxiety Scale Research Short-Form (PSAS-RSF). *Arch Womens Ment Health*. 2021; 24(6): 957–969.
14. FALLON V, et al. The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(6): 1079-1090.
15. LIMA FMA, et al. Cross-cultural adaptation of the Heart Disease Knowledge Questionnaire: a methodological study. *Online Braz J Nurs*. 2020; 20: e20216532.
16. MORAN TE, et al. The Postpartum Worry Scale-Revised: an initial validation of a measure of postpartum worry. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17(1): 41-8.
17. OMS. Organización Mundial de La Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Geneva, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf Acessado em 25 de setembro de 2022.
18. PASQUALI L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes. 2013; 5: 392.
19. POLIT DF e BECK CT. Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 2019; 9: 456.
20. SILVERIO SA, et al. A validation of the Postpartum Specific Anxiety Scale 12-item research short-form for use during global crises with five translations. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(112): 1–12.
21. SINESI A, et al. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open*. 2019; 5(5): 1–13.
22. SOMERVILLE S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17(5): 443-54.
23. VILARINHO LRG. Validade e confiabilidade em estudos avaliativos. In: Elliot LG, Vilarinho LRG, organizadoras. *Construção e validação de instrumentos de avaliação: da teoria à exemplificação prática*. São Paulo: Pimenta Cultural. 2018; 1: 11-29.
24. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf>. Acessado em: 15 de junho de 2022.