

Adaptação transcultural da escala *The Postpartum Childcare Stress Checklist* para o Português-Brasileiro

Rafaela Cristina Abreu ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1657-1962>

Eliane Traebert ³

 <https://orcid.org/0000-0001-9667-7216>

Rodrigo Dias Nunes ²

 <https://orcid.org/0000-0002-2261-8253>

Jefferson Traebert ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-7389-985X>

^{1,2} Curso de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina. Palhoça, SC, Brasil.

^{3,4} Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade do Sul de Santa Catarina. Av. Pedra Branca, 25. Cidade Universitária Pedra Branca. Palhoça, SC, Brasil. CEP: 88.132-270. E-mail: jefferson.traebert@gmail.com

Resumo

Objetivos: proceder a adaptação transcultural da escala *The Postpartum Childcare Stress Checklist* para ser utilizada no Brasil.

Métodos: o processo de adaptação transcultural seguiu diretrizes definidas internacionalmente: dupla tradução, síntese e retrotradução, análise por comitê de especialistas, proposta de uma versão pré-final e pré-teste, avaliação das propriedades psicométricas e geração da versão final. A confiabilidade e validade da versão final foram analisadas por meio de estudo epidemiológico transversal envolvendo 190 mulheres em período pós-parto. Foram estimados o indicador α -Cronbach para análise da confiabilidade e análise fatorial exploratória com extração de componentes principais para análise da validade.

Resultados: o indicador α -Cronbach foi de 0,894. A versão brasileira testada mostrou-se unidimensional e a análise fatorial apontou quatro fatores distribuídos de maneira muito próxima e que explicaram 57,8% da variância. Todos os itens do instrumento original foram mantidos na versão final proposta.

Conclusão: a versão brasileira proposta mostrou-se válida e confiável para aplicação em populações brasileiras.

Palavras-chave Saúde materno-infantil, Depressão pós-parto, Escalas, Questionários



Introdução

Juntamente com a maternidade advêm significativas mudanças no estilo de vida da família, especialmente da mãe, as quais englobam tanto a reestruturação da vida conjugal quanto social, além de mudanças corporais experienciadas pela mãe.^{1,2} Há uma necessidade de constantes estímulos maternos, principalmente nos primeiros 18 meses de vida da criança, e a falta destes pode ocasionar impactos no desenvolvimento infantil.¹ Esses estímulos auxiliam a criança no desenvolvimento de suas capacidades sociais e motoras, sendo nesse período o momento em que a criança passa a desenvolver habilidades importantes para sua futura integração social.³ O período pós-natal apresenta-se, portanto, como uma etapa importante e de potencial risco para a saúde mental materna. As mulheres sentem-se amplamente afetadas pelo nível de estresse decorrentes da brusca mudança de estilo de vida pelas quais são submetidas.⁴ O transtorno mental neste período não se restringe apenas à depressão que ocorre de 15 a 20%, podendo ocorrer também a ansiedade em 16%, transtorno de estresse pós-traumático em 4% e psicose pós-parto em menos de 1%.⁵

O diagnóstico precoce de estresse materno possibilita não apenas o alcance de tratamento eficaz, como também a identificação e prevenção do desenvolvimento de doenças psicológicas, como ansiedade e depressão materna. Tais agravos mostram grande potencial de gerar intercorrências no desenvolvimento infantil e na saúde mental da mãe.^{6,7}

Nesse contexto, foi proposta no Canadá, a escala *The Postpartum Childcare Stress Checklist* (PCSC).⁷ A escala elaborada para ser autoaplicável, se propõe a aferir o nível de estresse materno relacionado ao cuidado com a criança no período pós-parto por meio de 19 questões acerca de fatores estressantes vivenciados nas últimas quatro semanas. Segundo os autores, o instrumento é válido e confiável para o constructo em questão, apresentando-se de forma unidimensional e com um índice α -Cronbach de 0,960. Uma pesquisa em base de dados não identificou instrumento similar. No Brasil desconhece-se escala ou questionário validado para aferição do estresse materno com o cuidado infantil, de modo que permita conhecer o comportamento deste fenômeno e por consequência, viabilizar intervenções preventivas no nível individual e coletivo.

Assim, o presente estudo objetivou proceder a adaptação transcultural da escala PCSC para ser utilizada no Brasil, disponibilizando um instrumento confiável e válido para aferir o nível de estresse materno relacionado ao cuidado com a criança. Acredita-se que uma versão brasileira validada poderia ser utilizada tanto na atenção à gestante no período pós-parto quanto como instrumento de pesquisas em diferentes áreas da saúde.

Métodos

O processo de adaptação transcultural seguiu diretrizes definidas por Beaton *et al.*⁸ e Wild *et al.*⁹ e atendeu aos critérios metodológicos propostos pela *Standards for International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR).¹⁰

Na primeira etapa foi realizada a tradução do instrumento original em inglês para o idioma português falado no Brasil. A tradução foi executada por dois tradutores independentes, um de nacionalidade brasileira e outro de idioma nativo inglês. A segunda etapa foi constituída pela síntese das traduções. As duas traduções foram comparadas e sintetizadas em uma única versão brasileira pelos autores da pesquisa. Na terceira etapa, a retrotradução foi realizada por dois professores de inglês, nativos, sem qualquer conhecimento médico e da escala original. Um comitê de especialistas foi composto pelos pesquisadores, um médico obstetra, um epidemiologista e uma enfermeira especialista em atenção à gestante, com o objetivo de avaliar as equivalências semântica, idiomática, experiencial e conceitual de maneira teórica e cultural, baseado na experiência clínica e no entendimento da população conforme vivenciado pelos especialistas. Além disso, foram revistas as regras literárias da língua portuguesa. A compilação das etapas foi realizada pelos participantes do comitê.

Após identificar e discutir discrepâncias, foi proposta a versão pré-final (PCSC-Br), que foi aplicada em dez puérperas, com até oito semanas após o nascimento. Foi solicitado às participantes que opinassem sobre a compreensão dos itens e respostas, além da adequabilidade da redação. Os pesquisadores avaliaram possíveis dificuldades de interpretação, eventuais constrangimentos e não adequação às respostas determinadas. Após os ajustes necessários, os pesquisadores aprovaram a versão brasileira proposta.

Para a avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira proposta, foi realizado um estudo epidemiológico de delineamento transversal. A população de estudo foi composta por mulheres em período pós-parto, com até oito semanas após o nascimento. A amostra foi composta por 190 mulheres, o que corresponde a proporção de dez mulheres incluídas para cada item da escala.¹¹⁻¹³ A seleção da amostra foi realizada pelo método consecutivo, nos dias estabelecidos de coleta de dados, no período de maio a outubro de 2019. Os critérios de inclusão foram: mulheres com pelo menos 18 anos de idade; brasileiras; com fluência para ler e escrever em português; que levaram seus filhos para a consulta puerperal no serviço de pediatria da Policlínica da Universidade do Sul de Santa Catarina, no município de Palhoça/SC. Foram excluídas da pesquisa acompanhantes que levaram a criança para a consulta puerperal, mas que não fossem as mães biológicas da criança. Além da aplicação da PCSC-Br, em que as mulheres preenchiam diretamente o questionário,

também foram coletadas a idade, escolaridade, se viviam com parceiro estável, se o parto havia sido em instituição pública, se já haviam passado por cesariana prévia e por perda gestacional precoce, por meio de entrevista direta.

As informações foram inseridas no programa Excel e os dados exportados para o programa computacional SPSS 18.0, onde foram analisados. Para aferição da confiabilidade da escala, foi avaliada sua estabilidade por intermédio do indicador α -Cronbach, calculado para a análise geral e no caso de cada item ser removida da escala. Uma segunda aplicação da escala foi realizada após uma semana de intervalo, em 20% do total da amostra, para análise de estabilidade nas duas aplicações por meio do coeficiente de correlação de Pearson e o coeficiente de correlação intraclass. Além disso, a correlação entre as diferenças entre ambas as aplicações e as médias dos resultados foram observadas por meio do gráfico de Bland-Altman. A validade de conteúdo foi avaliada pela opinião dos especialistas envolvidos no estudo. Para análise da validade de constructo da versão proposta foi utilizada Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração de componentes principais, após observância da adequabilidade

do conjunto dos dados obtidos na coleta, por meio de uma matriz de correlação linear, pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo teste de esfericidade de Bartlett. O critério de Kaiser para autovalores maiores ou próximos a um e o gráfico de escarpa foram utilizados para definição do número de fatores extraídos. Para minimizar o número de perguntas com cargas elevadas em cada fator, a extração de componentes principais por rotação de Varimax permitiu definir as comunalidades dos itens da versão brasileira proposta.

Todas as participantes foram convidadas a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informadas sobre os objetivos e importância da pesquisa. A não participação não acarretou nenhum tipo de prejuízo para a mulher e a criança. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina, por meio do parecer número 3.397.812.

Resultados

Após as etapas de adaptação transcultural do *The Postpartum Childcare Stress Checklist* (PCSC), as equivalências

Tabela 1

Resultados das etapas do processo de adaptação transcultural do <i>The Postpartum Childcare Stress Checklist</i> .			
Itens originais	Versão de consenso das traduções	Versão retro-traduzida	Modificações feitas pelo Comitê*
<i>Conflict over child activities with my family</i>	Conflito sobre as atividades da criança com minha família	<i>Conflict over child activities with my family</i>	Conflito familiar sobre as atividades da criança
<i>Strain in the relationship with my partner</i>	Tensão no relacionamento com meu parceiro(a)	<i>Tension in the relationship with my partner</i>	Tensão no relacionamento com o(a) parceiro(a)
<i>Not knowing where to get help</i>	Não saber aonde conseguir ajuda	<i>Not knowing where to get help</i>	Não saber onde conseguir ajuda
<i>Not receiving enough support from my partner</i>	Não receber suporte suficiente do meu parceiro(a)	<i>Do not receive enough support from my partner</i>	Não receber apoio suficiente do(a) parceiro(a)
<i>My partner not helping with work as much as needed</i>	Meu parceiro não ajudar tanto quanto o necessário	<i>My partner didn't help as much as necessary</i>	O(A) parceiro(a) não ajuda tanto quanto o necessário.
<i>Overwhelmed by demands of taking care of my baby</i>	Sobrecarregada com as obrigações de cuidar do meu bebê	<i>Burdened with the obligation to take care of my baby</i>	Sobrecarga com as obrigações de cuidar do bebê → retirado o pronome possessivo
<i>Upset my home is more disorganized than usual</i>	Chateada que a minha casa está mais desorganizada do que o normal	<i>Upset that my home is more disorganized than usual</i>	Chateada com minha casa estar mais desorganizada que o normal
<i>Difficulty feeding my baby</i>	Dificuldade em alimentar meu bebê	<i>Difficulty in feeding my baby</i>	Dificuldade em alimentar meu bebê
<i>Difficulty quieting my baby's cry</i>	Dificuldade em acalmar o choro do meu bebê	<i>Difficulty in calming the crying of my baby</i>	Dificuldade em acalmar o choro de meu bebê
<i>Feeling lonely</i>	Sentir-se sozinha	<i>Feeling lonely</i>	Sentir-me sozinha
<i>Difficulty getting enough sleep myself</i>	Dificuldade em conseguir dormir o suficiente	<i>Difficulty in getting enough sleep</i>	Dificuldade em conseguir dormir o suficiente
<i>Difficulty establishing regular sleep times for my baby</i>	Dificuldade em estabelecer uma rotina de sono regular para meu bebê	<i>Difficulty in establishing a regular sleep routine for my baby</i>	Dificuldade em estabelecer uma rotina de sono regular para meu bebê
<i>Not knowing what my baby needs when crying</i>	Não saber o que meu bebê precisa quando chora	<i>Not knowing what my baby needs when he/she cries</i>	Não saber o que meu bebê precisa quando chora
<i>Feeling my baby rarely seems content</i>	Sentir que meu bebê raramente está contente	<i>Feeling my baby is rarely happy</i>	Sentir que meu bebê raramente está contente
<i>Feeling trapped or confined</i>	Sentir-se presa ou confinada	<i>Feel stuck or confined</i>	Sentir-me presa ou confinada
<i>Missing my previous social activities</i>	Sentir saudade de minhas atividades sociais antes de ter o bebê	<i>Missing my social activities before I have the baby</i>	Sentir falta de minhas atividades sociais antes de ter o bebê
<i>Difficulty relaxing with my baby</i>	Dificuldade em relaxar com meu bebê	<i>Difficulty in relaxing with my baby</i>	Dificuldade em relaxar → retirado o restante da frase
<i>Feeling that I am not a good parent</i>	Sentir que não sou uma boa mãe	<i>Feeling that I am not a good mother</i>	Sentir que não sou uma boa mãe
<i>Missing my work</i>	Sentir falta do meu trabalho	<i>Miss my work</i>	Sentir falta do meu trabalho

*Alterações em negrito.

semântica, idiomática, experiencial e conceitual foram discutidas no comitê de especialistas. Não foram encontradas discrepâncias significativas entre a síntese obtida e a retrotradução. Formou-se assim a versão pré-final, aplicada em dez mulheres no período puerperal. As participantes preencheram o questionário de forma individual, sob a supervisão de um dos pesquisadores. Não foram relatadas dúvidas em relação à compreensão dos itens. Após esse processo, os pesquisadores aprovaram a versão brasileira proposta. Os resultados dessas etapas podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 2

Características sociodemográficas e histórico de parto das participantes.		
Variáveis	$\bar{x} \pm DP$	
Idade – anos completos	27,8 \pm 5,6	
Escolaridade – anos de estudo finalizados	13,7 \pm 3,4	
	n	%
Etnia		
Causasiana	132	69,5
Não-caucasiana	58	30,5
Vive com parceiro estável		
Sim	167	87,9
Não	23	12,1
Local do parto		
Sistema Único de Saúde	188	98,9
Rede privada	2	1,1
Cesariana prévia		
Não	115	60,5
Sim	75	39,5
Perda gestacional precoce		
Não	144	75,8
Sim	46	24,2
Total	190	100,0

Equivalência de mensuração - confiabilidade e validade:

Um total de 190 mulheres preencheram o questionário e 42 (22,1%) mulheres preencheram o mesmo questionário uma semana após responderem a primeira vez. As características sociodemográficas e histórico de parto das participantes são mostradas na Tabela 2.

Na análise de confiabilidade do PCSC-Br, o coeficiente de correlação de Pearson entre as duas aplicações foi $r=0,894$. O coeficiente de correlação intraclasse entre ambas as aplicações foi $R=0,892$ (IC95%=0,811-0,940). A correlação entre as diferenças entre ambas as aplicações e as médias dos resultados são observadas no gráfico de Bland-Altman (Figura 1). O índice α -Cronbach geral foi de 0,893. Os valores da correlação de item total corrigida

e do α -Cronbach se o item fosse excluído também foram calculados (Tabela 3).

A análise da matriz de correlação com 19 itens demonstrou correlação linear entre a maioria das perguntas ($p<0,001$). A medida KMO de adequação da amostragem foi de 0,869, evidenciando correlação entre as variáveis. O teste de esfericidade de Barlett também apresentou adequação do banco de dado para realização da AFE ($p<0,001$). A análise das comunalidades evidenciou que todos os itens compartilhavam percentual significativo de variância com os fatores definidos.

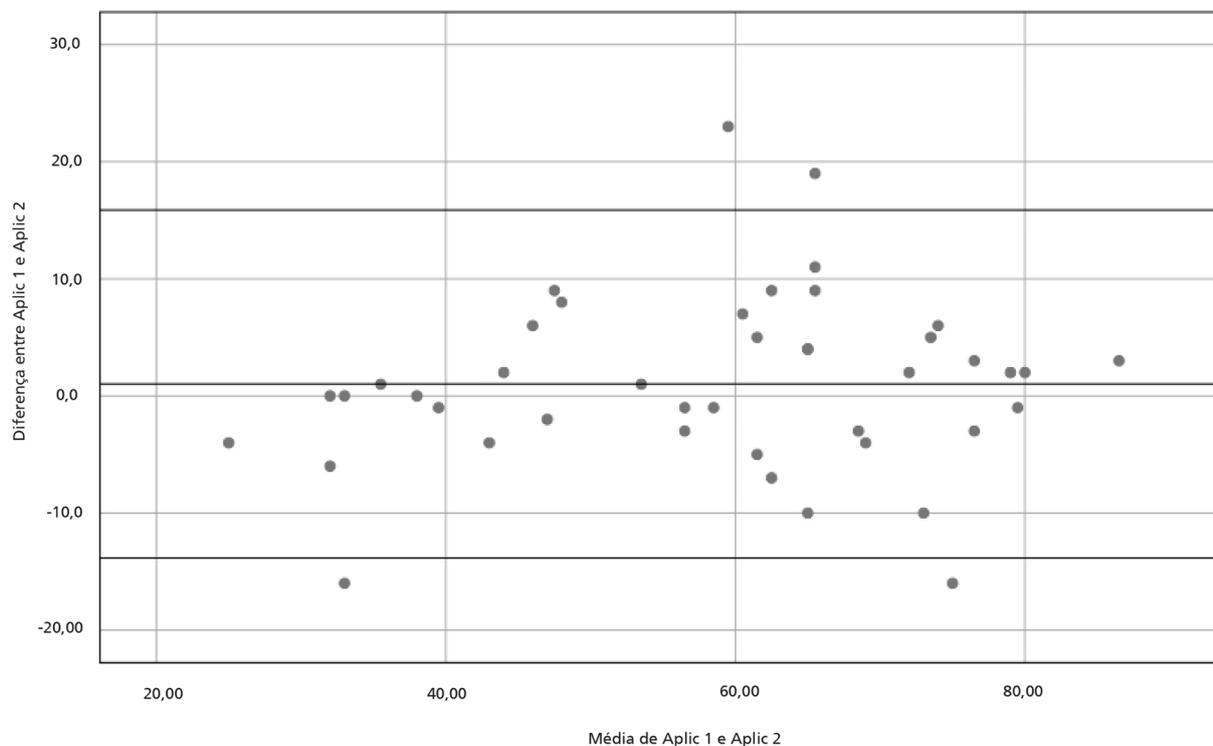
Para a definição da quantidade de fatores que pudessem representar a estrutura das variáveis originais foi realizada a extração dos componentes principais. Com base no critério de Kaiser, considerou-se apenas os fatores correspondentes a autovalores maiores que um ou muito próximos a um ($\lambda \geq 1$). Assim, quatro fatores distribuídos de maneira muito próxima explicaram 57,8% da variância. A rotação dos fatores pelo método Varimax, buscou minimizar o número de variáveis com altas cargas (*loadings*) em um fator e maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal. A matriz de componentes, após a rotação ortogonal, objetivou extremar as cargas, para que cada variável estivesse associada a apenas um fator, simplificando a interpretação dos fatores. A avaliação das cargas fatoriais demonstrou que todos os itens do instrumento deveriam ser considerados por apresentarem o nível mínimo de 0,300 (Tabela 4).

Discussão

O diagnóstico precoce de estresse materno possibilita não apenas o alcance de um tratamento eficaz, como também a identificação e prevenção do desenvolvimento de doenças psicológicas maternas.^{1,2} As dimensões e itens utilizados na elaboração do instrumento em estudo são coerentes com fatores de risco para a depressão pós-parto documentados em outros estudos.¹³ Dentre eles, a vivência de eventos estressantes nos últimos 12 meses, conflitos conjugais, desemprego, ausência ou pouco suporte social, desorganização na casa, suporte emocional deficiente, acúmulo de tarefas, entre outros.¹⁴

Desconhece-se até o presente momento, estudos de adaptação transcultural do instrumento proposto por Dennis *et al.*⁷ sendo esse estudo, possivelmente, a primeira iniciativa nesse sentido. Reforça-se a necessidade da disponibilidade de instrumentos válidos e confiáveis sobre o estresse materno para ser aplicado tanto na prática clínica como em pesquisas.

O PCSC-Br apresentou indicadores de confiabilidade semelhantes à versão original canadense. O índice α -Cronbach geral no presente estudo foi de 0,893, mostrando boa consistência interna. O estudo de comportamento do índice se cada um dos itens da escala fosse removido apontou para a possibilidade de manutenção de todos na versão brasileira. Para fins de comparação, o α -Cronbach geral versão original foi de 0,960.⁷

Figura 1Gráfico de Bland-Altman entre as duas aplicações da versão brasileira do *The Postpartum Childcare Stress Checklist* (PCSC-Br) (n=42).**Tabela 3**Análise de confiabilidade da versão brasileira do *The Postpartum Childcare Stress Checklist* (PCSC-Br) (n=190).

Itens	Correlação de item total corrigida	α -Cronbach se o item for excluído
1. Conflito familiar sobre as atividades da criança.	0,438	0,891
2. Tensão no relacionamento com o(a) parceiro(a).	0,403	0,892
3. Não saber onde conseguir ajuda.	0,553	0,888
4. Não receber apoio suficiente do(a) parceiro(a).	0,544	0,888
5. O(A) parceiro(a) não ajuda tanto quanto o necessário.	0,525	0,889
6. Sobrecarga com as obrigações de cuidar do bebê.	0,643	0,885
7. Chateada com minha casa estar mais desorganizada que o normal.	0,532	0,888
8. Dificuldade em alimentar meu bebê.	0,395	0,893
9. Dificuldade em acalmar o choro de meu bebê.	0,582	0,887
10. Sentir-me sozinha.	0,673	0,884
11. Dificuldade em conseguir dormir o suficiente.	0,583	0,887
12. Dificuldade em estabelecer uma rotina de sono regular para meu bebê.	0,462	0,891
13. Não saber o que meu bebê precisa quando chora.	0,501	0,889
14. Sentir que meu bebê raramente está contente.	0,409	0,892
15. Sentir-me presa ou confinada.	0,665	0,884
16. Sentir falta de minhas atividades sociais antes de ter o bebê.	0,551	0,888
17. Dificuldade em relaxar.	0,552	0,888
18. Sentir que não sou uma boa mãe.	0,547	0,888
19. Sentir falta do meu trabalho.	0,441	0,891

Tabela 4

Distribuição dos itens entre os fatores com base nas cargas fatoriais da versão brasileira do *The Postpartum Childcare Stress Checklist* (PCSC-Br) (n=190).

Itens	Carga fatorial			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
4. Não receber apoio suficiente do(a) parceiro(a).	0,848			
5. O(A) parceiro(a) não ajuda tanto quanto o necessário.	0,764			
2. Tensão no relacionamento com o(a) parceiro(a).	0,749			
6. Sobrecarga com as obrigações de cuidar do bebê.	0,529			
1. Conflito familiar sobre as atividades da criança.	0,484			
18. Sentir que não sou uma boa mãe.	0,420			
3. Não saber onde conseguir ajuda.	0,329			
9. Dificuldade em acalmar o choro de meu bebê.		0,762		
13. Não saber o que meu bebê precisa quando chora.		0,699		
8. Dificuldade em alimentar meu bebê.		0,666		
14. Sentir que meu bebê raramente está contente.		0,605		
16. Sentir falta de minhas atividades sociais antes de ter o bebê.			0,761	
19. Sentir falta do meu trabalho.			0,724	
15. Sentir-me presa ou confinada.			0,711	
11. Dificuldade em conseguir dormir o suficiente.				0,715
12. Dificuldade em estabelecer uma rotina de sono regular para meu bebê.				0,627
17. Dificuldade em relaxar.				0,586
10. Sentir-me sozinha.				0,496
7. Chateada com minha casa estar mais desorganizada que o normal.				0,490

Ademais, o instrumento mostrou-se estável na comparação entre aplicações, com intervalo de uma semana, nos mesmos sujeitos de pesquisa, como demonstrado pelo alto coeficiente de correlação intraclasse e pelo gráfico de Bland-Altman.

Assim como o instrumento original,^{7,15} a versão brasileira também apresentou unidimensionalidade de construto como apontado no gráfico de escarpa. O instrumento canadense, por meio da AFE, apresentou quatro dimensões de análise: i- relacionamento com o parceiro; ii- cuidados com a criança; iii- interações sociais maternas; iv- estabelecimento de novas rotinas.¹⁵ De forma similar, a análise fatorial do presente estudo também identificou quatro dimensões responsáveis por 57,8% da variância, com todos os itens com boa carga fatorial. Dos 19 itens, sete agruparam-se em um fator, responsável por 15,2% da variância, em sua maioria relacionados ao o parceiro, além do sentimento de não ser boa mãe (“Não receber apoio suficiente do(a) parceiro(a)”; “O(A) parceiro(a) não ajuda tanto quanto o necessário”; “Tensão no relacionamento com o(a) parceiro(a)”; “Sobrecarga com as obrigações de cuidar do bebê”; “Conflito familiar sobre as atividades da criança”; “Sentir que não sou uma boa mãe” e “Não saber onde conseguir ajuda”). Dessa forma, a versão brasileira apresentou dimensão similar à versão canadense.¹⁵ Quatro itens agruparam-se no fator 2, responsável por 14,6% da variância e relacionados aos cuidados com a criança, dimensão esta similar ao instrumento original¹⁵ (“Dificuldade em acalmar o choro de meu bebê”; “Não saber o que meu bebê precisa quando chora”; “Dificuldade em alimentar meu bebê”

e “Sentir que meu bebê raramente está contente”). Três itens agruparam-se no fator 3, responsável por 14,3% da variância e relacionadas às interações sociais maternas, como no instrumento original¹⁵ (“Sentir falta de minhas atividades sociais antes de ter o bebê”; “Sentir falta do meu trabalho” e “Sentir-me presa ou confinada”). Por fim, cinco itens agruparam-se no fator 4, responsável por 13,7% da variância e relacionados às novas rotinas¹⁵ (“Dificuldade em conseguir dormir o suficiente”; “Dificuldade em estabelecer uma rotina de sono regular para meu bebê”; “Dificuldade em relaxar”; Sentir-me sozinha” e “Chateada com minha casa estar mais desorganizada que o normal”). Assim sendo, foi proposto ajuste na ordem dos itens, mantendo-os todos na versão brasileira (Tabela 4).

Dessa forma, o PCSC-Br apresentou propriedades bastante semelhantes ao instrumento original. Mostrou-se válido e confiável para o constructo em questão, viabilizando intervenções preventivas do estresse materno no nível individual e coletivo. Deve-se levar em consideração que o diagnóstico da depressão pós-parto é negligenciado constantemente, tanto pela paciente quanto por seus familiares, que atribuem os sintomas a “cansaço e desgaste” inerentes ao momento vivenciado.^{16,17} Sendo assim, o presente instrumento demonstra um grande potencial de contribuição, uma vez que o conhecimento dos fatores de risco para a depressão pós-parto possibilita o planejamento e execução de ações preventivas, como o encaminhamento da mãe para aconselhamento ou psicoterapia.¹⁶

Algumas limitações do presente estudo impõem cautela na interpretação dos resultados. O primeiro diz respeito à seleção não probabilística da amostra. Embora

em número suficiente para esse tipo de estudo,¹¹⁻¹³ a seleção se deu consecutivamente nos dias de coleta, o que poderia implicar em viés de seleção. Em segundo, o estudo foi realizado em uma região apenas do Brasil, o que implica na necessidade de mais estudos envolvendo outras populações em diferentes contextos socioculturais.

Pode-se concluir que o processo de adaptação transcultural do *The Postpartum Childcare Stress Checklist* gerou uma versão brasileira válida e confiável para aplicação em mulheres em período pós-parto para aferir o nível de estresse materno relacionado ao cuidado com a criança.

Contribuições dos autores

Abreu RC, Nunes RD, Traebert E e Traebert J contribuíram na análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Traebert J, Nunes RD, Traebert E contribuíram na concepção, delineamento do estudo e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Silva RS, Porto MC. A importância da interação mãe-bebê. *Ensaíos Ciênc Biol Agrar Saúde*. 2016; 20 (2): 73-8.
2. Silva LS, Pessoa FB, Pessoa DTC, Cunha VCM, Cunha CRM, Fernandes CKC. Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: Desvendando mitos. *Rev Fac Montes Belos*. 2015; 8 (1): 1-16.
3. Carvalho CA, Silva AAM, Ribeiro MRC. Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33 (6): e00032016.
4. Rodrigues OMPR, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33 (9): 252-7.
5. Degner D. Differentiating between “baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ*. 2017 Nov; 359: j4692.
6. Krob AD, Godoy J, Leite KP, Mori SG. Depressão na gestação e no pós-parto e a responsividade materna nesse contexto. *Rev Psicol Saúde*. 2017; 9 (3): 3-16.
7. Dennis CL, Brown HK, Brennensthl S. The Postpartum Partner Support Scale: Development, psychometric assessment, and predictive validity in a Canadian prospective cohort. *Midwifery*. 2017 Nov; 54: 18-24.
8. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec; 25 (24): 3186-91.
9. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, *et al*. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value Health*. 2005; 8 (2): 94-104.
10. ISPOR. The leading professional society for health economics and outcomes research (HEOR) globally. The Society’s mission is to promote HEOR excellence to improve decision making for health globally. [acesso em 2020 out 8]. Disponível em: <https://www.ispor.org>
11. Laros JA. O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In: Pasquali L, editor. *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília (DF): LabPAM Saber e Tecnologia; 2012. p.141-60.
12. Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sébille V, Hardouin J. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health Qual Life Outcomes*. 2014 Dec; 12: 176.
13. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, *et al*. COSMIN Risk of bias checklist for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*. 2018 May; 27 (5): 1171-9.
14. Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev Nev*. 2010; 11: 117-23.
15. Dennis CL, Brown HK, Brennensthl S. Development, psychometric assessment, and predictive validity of the postpartum Childcare Stress Checklist. *Nurs Res*. 2018; 67 (6): 439-46.
16. Nascimento LFC. Perfil de gestantes atendidas nos períodos pré-natal e perinatal: estudo comparativo entre os serviços público e privado em Guaratinguetá, São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003; 3(2): 187-94.
17. Law KH, Dimmock J, Guelfi KJ, Nguyen T, Gucciardi D, Jackson B. Stress, depressive symptoms, and maternal self-efficacy in first-time mothers: modelling and predicting change across the first six months of motherhood. *Appl Psychol Health Well Being*. 2019 Mar; 11 (1): 126-47.

Recebido em 11 de Fevereiro de 2021

Versão final apresentada em 15 de Março de 2022

Aprovado em 4 de Abril de 2022