

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

**USO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO SEGURO:  
UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO.**

Maceió/AL

2020

Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

**USO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO SEGURO:  
UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), área de concentração: Enfermagem na Promoção da Vida e no Cuidado em Saúde, linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Maceió/AL

2020

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

V658u

Vieira, Maraysa Jéssyca de Oliveira.

Uso de boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro : um estudo de validação / Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira. - 2020.

73 f.

Orientadora: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.

Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2020.

Bibliografia: f. 55-62.

Apêndices: f. 63-69.

Anexos: f. 70-73.

1. Assistência perinatal. 2. Parto humanizado. 3. Estudos de validação. 4. Enfermagem obstétrica. I. Título.

CDU: 616-083:618.4

## Folha de Aprovação

AUTORA: MARAYSA JÉSSYCA DE OLIVEIRA VIEIRA

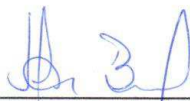
Uso das boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro: um estudo de validação./  
Dissertação de mestrado em enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas, na forma  
normalizada e de uso obrigatório.

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa  
de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Alagoas e aprovada em 07 de fevereiro de  
2020.



Prof.<sup>a</sup> Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos, UFAL (orientadora).

### Banca examinadora:



Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes, UFAL (Examinador Externo).



Prof.<sup>a</sup> Dra. Thaís Honório Lins Bernardo, UFAL (Examinador Interno).

---

*Dedico esta dissertação a Deus, o meu tudo. A Ele toda honra e toda glória!*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e por guiar minha caminhada terrena conforme a vontade dEle. Agradeço por todo amor, cuidado e todas as conquistas que me ajudou a alcançar.

Agradeço a minha família, pelo amor e apoio. Agradeço a minha mãe, que é meu exemplo e minha melhor amiga, por cuidar de tudo para que eu tenha êxito na minha vida pessoal e profissional. Agradeço a meu pai por estar sempre disposto a ajudar. E agradeço a meu irmão Matheus, por todo incentivo e paciência, além da ajuda com o mundo informatizado.

Agradeço também a minha orientadora Amuzza. Sou feliz por Deus tê-la colocado no meu caminho. Sou grata por sua amizade e por todo apoio e motivação.

Agradeço a banca avaliadora, professora Thais e professor Jefferson, por aceitarem o convite e pelas contribuições que enriqueceram consideravelmente minha dissertação.

Agradeço aos meus colegas da turma de mestrado. Compartilhar essa etapa com eles foi uma honra. As conversas e as gargalhadas tornaram momentos exaustivos bem mais leves.

Agradeço também a todos os profissionais, enfermeiros e médicos, que participaram direta ou indiretamente da pesquisa. Que a humanização seja sempre o combustível diário de suas práticas profissionais.

*"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer" (Michel Odent).*

## RESUMO

**Introdução:** As políticas públicas no campo da saúde materno-infantil têm apontado para a importância da humanização da assistência em saúde por meio da adoção de práticas baseadas em evidências científicas que respeitem os direitos, a individualidade, a integralidade e a autonomia feminina nos diversos cenários de atenção. **Objetivo:** Validar o conteúdo de um instrumento que analise o uso das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde na atenção ao parto seguro. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, pautada na validação de instrumento baseado nos seis primeiros passos da Técnica de Validação do Conteúdo segundo Pasquali. Os participantes foram médicos e enfermeiros que atuam na assistência obstétrica em estados brasileiros. Os dados foram coletados utilizando instrumento estruturado com dados de identificação dos participantes, além do instrumento em validação. Os dados dos participantes foram analisados de forma descritiva, já os referentes à análise do conteúdo do instrumento, foram avaliados de forma quantitativa por meio do Índice de Validação de Conteúdo (IVC). **Resultados:** Dez juízes participaram da pesquisa, cinco médicos e cinco enfermeiros. Todos apresentam especialização em obstetria, com um tempo de atuação na área que varia de dois a 30 anos, com uma média de 12,2 anos. Em relação à validação de conteúdo, dos 23 itens propostos no instrumento, 20 itens (incluindo o título) obtiveram IVC 80% a 100%, e quatro IVC 60% a 70%. Os itens que obtiveram índices menores que 80% foram desconsiderados, finalizando o instrumento com 19 itens. **Conclusão:** O instrumento foi validado quanto ao seu conteúdo, sendo que mais de 80% dos itens propostos no instrumento foram considerados representativos pelos juízes para avaliar a utilização das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde na atenção ao parto seguro.

**Descritores:** Assistência Perinatal; Parto Humanizado; Estudos de Validação; Enfermagem Obstétrica.



## ABSTRACT

**Introduction:** Public policies in the field of maternal and child health have pointed to the importance of humanizing health care through the adoption of practices based on scientific evidence that respect women's rights, individuality, integrality and autonomy in different scenarios of attention. **Objective:** To validate the content of an instrument that analyzes the use of good obstetric practices by health professionals in the care of safe delivery. **Methodology:** This is a methodological research, with a quantitative approach, based on the validation of an instrument based on the first six steps of the Content Validation Technique according to Pasquali. The participants were doctors and nurses who work in obstetric care in Brazilian states. The data were collected using a structured instrument with data identifying the participants, in addition to the instrument being validated. The data of the participants were analyzed in a descriptive way, whereas those referring to the analysis of the content of the instrument, were evaluated quantitatively through the Content Validation Index (CVI). **Results:** Ten judges participated in the survey, five doctors and five nurses. All of them have a specialization in obstetrics, with a time in the area that varies from two to 30 years, with an average of 12.2 years. Regarding content validation, of the 23 items proposed in the instrument, 20 items (including the title) obtained CVI 80% to 100%, and four CVI 60% to 70%. Items that obtained rates lower than 80% were disregarded, ending the instrument with 19 items. **Conclusion:** The instrument was validated for its content, with more than 80% of the items proposed in the instrument being considered representative by the judges to assess the use of good obstetric practices by health professionals in the care of safe delivery.

**Keywords:** Perinatal Care; Humanizing Delivery; Validation Studies; Obstetric Nursing.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Práticas recomendadas e não recomendadas, de acordo com o Modelo de Cuidados Intraparto da OMS, 2018 (considerando mães e fetos/recém-natos saudáveis) (FEBRASGO, 2018).....	20
<b>Quadro 2</b> – Instrumento construído e adaptado para validação de conteúdo.....	38
<b>Quadro 3</b> – Caracterização dos juízes quanto à idade, titulação, atuação e experiência profissional, local de atuação e experiência anterior com o tipo de estudo.....	41
<b>Quadro 4</b> – Instrumento em validação – distribuição dos itens conforme seu IVC e nível de concordância.....	42
<b>Quadro 5</b> – Instrumento em validação – distribuição dos itens conforme sugestões de mudança propostas pelos juízes.....	43
<b>Quadro 6</b> – Instrumento em validação – versão após modificações conforme validação teórica do conteúdo.....	49

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVO .....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Boas práticas obstétricas .....	16
3.2 Uso de instrumentos na assistência à saúde – validade e utilização .....	22
4 TÉCNICA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO SEGUNDO PASQUALI.....	24
5 METODOLOGIA.....	29
5.1 Tipo de estudo .....	29
5.2 Local .....	29
5.3. População .....	29
5.4 Amostra.....	30
5.5 Critérios de inclusão e exclusão .....	30
5.6 Processo de produção dos dados .....	30
5.7. Coleta de dados.....	31
5.8 Tratamento dos dados.....	31
5.9 Aspectos éticos.....	33
6 INSTRUMENTO EM VALIDAÇÃO.....	34
7 RESULTADOS .....	41
7.1 Caracterização dos juízes .....	41
7.2 Análise de conteúdo.....	42
7.3 Análise semântica .....	43
7.4 Versão do instrumento após análise semântica e de conteúdo.....	49
8 DISCUSSÃO .....	51
9 CONCLUSÃO.....	54
REFERÊNCIAS .....	55

APÊNDICE A – CARTA CONVITE ENVIADA AOS JUÍZES .....	63
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) .	64
APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	67
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	70

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a validação de conteúdo de um instrumento que analise o uso das boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro. A motivação para realização do estudo surgiu após a produção e publicação do artigo científico “Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto” publicado em 2016, o qual foi resultado do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas. A publicação do trabalho fez surgir solicitação via e-mail do instrumento utilizado para coleta de dados da pesquisa, por uma acadêmica de enfermagem do estado do Rio Grande do Sul. No entanto, como o instrumento ainda não havia sido validado, não foi possível compartilhá-lo. Além disso, a construção foi baseada em uma realidade local, não sendo possível saber se poderia ser aplicado em outros locais do Brasil. Dessa forma, surgiu o interesse pela validação, diante da necessidade apresentada quanto à existência de um instrumento que avaliasse a aplicação das boas práticas obstétricas.

As políticas públicas no campo da saúde materno-infantil têm apontado para a importância da humanização da assistência em saúde por meio da adoção de práticas baseadas em evidências científicas e que, principalmente, respeitem os direitos, a individualidade, a integralidade e a autonomia feminina nos diversos cenários de atenção. Esse movimento tornou-se importante frente à institucionalização do parto, que afastou as mulheres do domicílio em seu contexto íntimo, impondo-lhes um modelo biomédico de assistência centrado na instituição hospitalar (DULFE; et al, 2016).

Nesse sentido, a perspectiva da humanização no parto aponta para o desenvolvimento de algumas características essenciais do ser humano como a sensibilidade, o respeito e a dignidade, criando um ambiente acolhedor dotado de condutas institucionais que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Deve ainda garantir segurança e a realização de procedimentos que tragam benefícios tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, sem esquecer da autonomia feminina por ocasião do parto (VERSIANI, 2015).

No entanto, os programas, políticas e portarias criadas, não conseguiram romper o paradigma hegemônico estruturado historicamente no país, e assim, não impactaram de forma significativa na assistência obstétrica e perinatal, constituindo-se uma barreira para a efetivação da humanização e qualidade da atenção ao parto e nascimento. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, longas filas de espera, baixa qualidade nos atendimentos recebidos, superlotação das maternidades, dentre outros aspectos, compõe a realidade da atenção obstétrica no Brasil (SANTOS; et al, 2016).

Esses problemas assumem configurações específicas no modelo tecnocrático de assistência ao parto, caracterizado pela primazia da tecnologia sobre as relações humanas e suposta neutralidade de valores. Esconde-se a ideia de passividade das mulheres, restritas durante o parto, enquanto sofrem intervenções por profissionais desconhecidos para abreviar o tempo até o nascimento. Ademais, o uso sem controle de procedimentos desnecessários e danosos é maximizado pela lógica mercantil e assume expressão mais visível na crescente epidemia de cesarianas e na morbimortalidade materna e perinatal (AQUINO, 2014; GOMES; et al, 2014).

Isso é comprovado quando se constata no contexto do parto no Brasil a utilização de práticas que são consideradas claramente prejudiciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que não possuem evidências científicas para a sua utilização, como o uso rotineiro de cateter venoso periférico (74,9%), dieta zero (74,8%), posição de litotomia (91,7%), uso rotineiro de ocitócitos (36,4%) e amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e número excessivo de episiotomias (53,5%). Já as boas práticas que deveriam ser estimuladas não são implementadas plenamente, como o uso de métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor (26,7%) e o respeito à presença contínua do acompanhante de escolha da mulher (18,8%) (MONGUILHOTT; et al, 2018).

Observa-se, assim, que mesmo diante da recomendação das boas práticas na assistência, muitas delas são ignoradas pelos profissionais de saúde e os procedimentos contraindicados são usados rotineiramente em trabalho de parto de risco habitual. Em contrapartida, conhecer e enfrentar esta realidade em busca da qualificação na atenção ao parto e ao nascimento exige pensar sob outro paradigma, que coloque a mulher no centro do cuidado e inclua os aspectos sociais, afetivos e sexuais vivenciados na experiência do parir; que substitua a intervenção pela interação, a separação pela inclusão; e que altere as relações de poder, exigindo mudanças na assistência (GONÇALVES; COSTA E SILVA; RODRIGUES, 2018; PASCHE, 2014).

Diante do que foi discutido, indagou-se: Quais variáveis devem ser consideradas em um instrumento que tem por finalidade avaliar a utilização das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde na atenção ao parto seguro? Nessa perspectiva, o presente estudo caracteriza-se como relevante, ao passo que evidencia a utilização das boas práticas obstétricas como estratégia para alcançar partos e nascimentos seguros. A importância de se trabalhar com essa temática, justifica-se pelo fato de que esse estudo pode subsidiar os profissionais de saúde comprometidos com a obstetrícia, no planejamento e na implementação

de práticas assistenciais que atendam às necessidades e expectativas das mulheres, em busca de um melhor desfecho materno e perinatal.

## **2 OBJETIVO**

Validar o conteúdo de um instrumento que tem por finalidade avaliar a utilização das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde na atenção ao parto seguro.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Boas práticas obstétricas

A atenção ao parto e ao nascimento vem passando por importantes e crescentes mudanças nas últimas décadas, em âmbito nacional e internacional. Um dos fatores responsáveis por estas mudanças foi o lançamento do documento “Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento” publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985, o qual implantou as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento no campo teórico-prático da obstetrícia, com o objetivo de alcançar as metas do milênio, destacando-se a da melhoria da saúde por meio da redução da mortalidade materno-infantil. Esse documento possibilitou um novo modo de intervir na atenção ao parto e ao nascimento baseado em novos referenciais teóricos e práticos, repensando o modelo de intervenção hegemônico centrado na fragmentação e na verticalização das ações profissionais. E, nesse sentido, desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto (PEREIRA; et al, 2018).

Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. As práticas de atenção ao parto normal até então estabelecidas foram classificadas em categorias relacionadas à utilidade, à eficácia e ao risco ao estimular a utilização das comprovadamente úteis em favor das prejudiciais e/ou ineficazes, que devem ser evitadas; ao recomendar cautela em relação às baseadas em poucas evidências; e ao desencorajar as inapropriadamente utilizadas (PEREIRA; et al, 2018). Essa classificação está disposta a seguir:

#### **CATEGORIA A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:**

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;

- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

**CATEGORIA B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:**

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;

- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

**CATEGORIA C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:**

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

**CATEGORIA D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:**

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;

- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero após o parto (BRASIL, 2011).

Posteriormente, no ano 2000, o Ministério da Saúde brasileiro reafirmou a importância dessas práticas com a divulgação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria/GM nº 569. Esse programa fundamentou-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição essencial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Nesse sentido, a humanização se baseia em pelo menos dois aspectos fundamentais (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017; BRASIL, 2002).

O primeiro aspecto diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002).

Anos após, em 2011, as mesmas boas práticas de atenção ao parto foram novamente publicadas e reforçadas pela atual política materno-infantil intitulada Rede Cegonha. A Rede Cegonha é uma estratégia lançada pelo governo federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017; BRASIL, 2017).

Atualmente, a Rede Cegonha desenvolve ações em aproximadamente 5.488 municípios, alcançando cerca de 2,6 milhões de gestantes. Desde o lançamento da Rede, foram investidos mais de R\$ 3,1 bilhões para o desenvolvimento das ações. A estratégia também busca contribuir na aceleração da redução das taxas de mortalidade materna e

neonatal. Somente em 2013 foram realizadas 18,9 milhões de consultas pré-natais pelo SUS, o que representa aumento de 93% em relação a 2003 (BRASIL, 2017).

Recentemente, em 2018, a OMS liberou uma publicação denominada “Intrapartum care for a positive childbirth experience” contendo recomendações para os cuidados durante o trabalho de parto e parto. Como metodologia, realizaram uma extensa revisão dos estudos publicados, além dos protocolos de assistência de vários países. Foram selecionados os 56 cuidados considerados mais importantes e abrangentes. As práticas foram classificadas como: recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa. Além disso, apresenta como foco o trabalho de parto espontâneo, com mãe e feto saudáveis, e parto eutócico. No quadro abaixo, são listadas e resumidas as principais conclusões (FEBRASGO, 2018).

Quadro 1 – Práticas recomendadas e não recomendadas, de acordo com o Modelo de Cuidados Intraparto da OMS, 2018 (considerando mães e fetos/recém-natos saudáveis) (FEBRASGO, 2018).

Cuidados recomendados para todo o processo de nascimento	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de maternidade respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus tratos e possibilitando apoio a escolha informada)</li> <li>• Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes.</li> <li>• Garantia do acompanhante durante o TP e parto</li> </ul>	
Cuidados no primeiro estágio do trabalho de parto (TP)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar as definições dos estágios de TP: Primeiro estágio: latente (colo até 5cm) e ativo (colo &gt; 5cm).</li> <li>• A duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12hs em nulíparas e 10hs em múltiparas).</li> <li>• Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 min.</li> <li>• Toque vaginal a cada quatro horas.</li> <li>• São opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opióides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas.</li> <li>• Permitir a ingestão de líquidos e alimentos, pelas gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral.</li> <li>• Encorajar a movimentação e uma posição vertical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar o critério de evolução da dilatação cervical inferior a 1cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções (aumento da ocitocina ou indicar a cesariana). Também não são recomendadas intervenções de rotina na fase latente.</li> <li>• Realizar a pelvimetria clínica ou cardiocografia de rotina na admissão e/ou contínuo durante o trabalho de parto em gestações saudáveis com trabalho de parto espontâneo.</li> <li>• Tricotomia e enemas</li> <li>• Embrocação vaginal de rotina com antissépticos.</li> <li>• Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina).</li> <li>• Ocitocina de rotina quando realizado analgesia de parto.</li> <li>• Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no trabalho de parto.</li> </ul>
Cuidados no segundo estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas horas em múltiparas e três horas em nulíparas.</li> <li>• A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais.</li> <li>• Devemos orientar a paciente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso.</li> <li>• Recomenda-se técnicas para reduzir o trauma perineal, como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos.</li> <li>• Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 5 min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso rotineiro ou liberal da episiotomia.</li> <li>• Pressão manual do fundo do útero.</li> </ul>
Cuidados no terceiro estágio do trabalho de parto	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração em todas as pacientes de ocitocina (10 UI, IM / IV). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina / metilergometrina ou misoprostol).</li> <li>• Tração controlada do cordão.</li> <li>• Retardar o clampamento do cordão, se não houver contra-indicação (por pelo menos 1min).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.</li> </ul>
Cuidados com o recém-nascido (RN)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento.</li> <li>• Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar).</li> <li>• Todos os RN devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento.</li> <li>• O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento.</li> <li>• Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspiração em boca e nariz do RN se líquido amniótico for claro e respiração espontânea.</li> </ul>
Cuidados no puerpério	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24 horas.</li> <li>• Após um parto vaginal sem complicações, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24 horas após o nascimento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.</li> </ul>

Fonte: FEBRASGO, 2018.

As recomendações nesta diretriz têm como objetivo informar o desenvolvimento de políticas e protocolos clínicos relevantes de saúde em nível nacional e local. Portanto, o público-alvo inclui formuladores de políticas de saúde pública nacional e locais, implementadores e gerentes de programas de saúde materna e infantil, gerentes de unidades de saúde, organizações não governamentais (ONGs), sociedades profissionais envolvidas no planejamento e gerenciamento de serviços de saúde materna e infantil, profissionais de saúde (incluindo enfermeiras, parteiras, médicos generalistas e obstetras) e equipe acadêmica envolvida no treinamento de profissionais de saúde (OPAS, 2019).

### **3.2 Uso de instrumentos na assistência à saúde – validade e utilização**

Atualmente, um número crescente de questionários ou instrumentos de medida que avaliam características de grupos específicos e diversos desfechos vem sendo desenvolvido para uso em pesquisas no âmbito da saúde e da prática clínica. No entanto, antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis para uma correta avaliação de saúde da população a ser estudada (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A facilidade do uso do instrumento também representa um aspecto relevante no conhecimento das medidas em saúde, uma vez que esta contempla os recursos necessários para administrar o instrumento, tais como: tempo de aplicação, objetividade e facilidade. Além disso, as medidas devem fornecer resultados cientificamente robustos. O desempenho dos resultados dessas medidas é, em grande parte, devido à confiabilidade e validade dos instrumentos. Ainda que divergentes em alguns quesitos, pesquisadores são unânimes em considerar como principais propriedades de medida de instrumentos a confiabilidade e a validade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017; ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017).

Definindo essas propriedades, verifica-se que a confiabilidade diz respeito ao grau em que um instrumento permite reprodução e consistência de resultados quando aplicado em ocasiões diferentes, enquanto que a validade diz respeito à qualidade de um instrumento para medir o construto para o qual foi construído. Os métodos mais mencionados para obtenção da validade de uma medida são a validade de construto, a validade de critério e a validade de conteúdo (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2017; MEDEIROS; et al, 2015).

A validade de construto ou de conceito constitui a forma direta de verificar a amplitude da medida correspondente à construção teórica do fenômeno a ser mensurado. Já a

validade de critério é a correlação existente entre a medida avaliada em relação à outra medida ou instrumento que serve como critério de avaliação, que possui atributos iguais ou semelhantes (MEDEIROS; et al, 2015).

Quanto à validade de conteúdo, esta inicia o processo de associação entre conceitos abstratos com indicadores mensuráveis, bem como representa a extensão com que cada item da medida comprova o fenômeno de interesse e a dimensão de cada item dentro daquilo que se propõe investigar. Além disso, é caracterizada por duas etapas: a primeira constitui o desenvolvimento do instrumento e a segunda envolve a análise e julgamento dos especialistas. A análise de juízes ou análise de conteúdo é baseada, no julgamento realizado por um grupo de juízes experientes na área, o qual caberá analisar se o conteúdo está correto e adequado ao que se propõe (MEDEIROS; et al, 2015).

Tendo em vista todos os critérios determinantes para que um instrumento seja considerado válido, estudos que propõe a validar construtos mantêm-se fundamentais para que a prática assistencial seja embasada cientificamente e supere a realização de práticas de modo empírico, com o objetivo de favorecer o aumento da qualidade do cuidado e a visibilidade da prática profissional e, conseqüentemente, uma assistência pautada nas reais necessidades da população (RIBEIRO; et al, 2013).



#### **4 TÉCNICA DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO SEGUNDO PASQUALI**

No campo da Psicologia, e em especial da Psicometria, o nome de Luiz Pasquali é conhecido por psicólogos que utilizam testes para o seu exercício profissional, assim como por aqueles interessados na compreensão dos atributos que fazem dessas ferramentas, instrumentos confiáveis para a avaliação psicológica. Este reconhecimento se faz devido à colaboração substancial e efetiva participação desse profissional na introdução e na consolidação da pesquisa científica nas áreas de psicometria, avaliação psicológica, psicologia social e organizacional no Brasil (UNB, 2007; PEPSIC, 2009).

A área da psicometria, tão estudada por Pasquali, representa a teoria e a técnica de medida dos processos mentais, especialmente aplicada na área da psicologia e da educação. Ela se fundamenta na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, do método quantitativo que tem como principal característica e vantagem o fato de representar o conhecimento da natureza com maior precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais. De um modo geral, a Psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009).

Nesse sentido, a Psicometria moderna tem se dedicado a duas vertentes: a Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TCT se preocupa em explicar o resultado final, isto é, a soma das respostas dadas a uma série de itens, expressa no chamado score total. Por outro lado, A TRI se interessa especificamente por cada um dos itens e quer saber qual é a probabilidade e quais são os fatores que afetam a probabilidade de cada item individualmente ser acertado ou errado ou de ser aceito ou rejeitado. Dessa forma, a TCT tem interesse em produzir testes de qualidade, enquanto a TRI se interessa por produzir tarefas (itens) de qualidade. Além disso, tanto na TCT, quanto na TRI é importante observar dois parâmetros de legitimidade de uma medida ou teste, a validade e a precisão (PASQUALI, 2009).

A validade é um fator determinante na escolha e/ ou aplicação de um instrumento de medida e é mensurada pela extensão ou grau em que o dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir. Os métodos mais mencionados para obtenção da validade de uma medida pelos psicometristas são a validade de construto, a validade de critério e a validade de conteúdo (MEDEIROS; et al, 2015).

A validade de construto ou de conceito é considerada a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, visto que ela constitui a maneira direta de verificar a hipótese da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes, relacionando-

se diretamente a Psicometria. Nesse sentido, esse tipo de validade de um teste pode ser trabalhada sob vários aspectos como a análise da representação comportamental do construto, a análise por hipótese, a curva de informação da TRI, além do artifício estatístico do erro de estimação da TCT (PASQUALI, 2017b).

Por validade de critério de um teste entende-se como o grau de eficácia que ele tem em prever um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito torna-se, assim, o critério contra o qual a medida pelo teste é avaliada. Evidentemente, o desempenho do sujeito deve ser medido/avaliado através de técnicas que são independentes do próprio teste que se quer validar (PASQUALI, 2017b).

Já a validade de conteúdo de um teste consiste em verificar se o teste constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos (domínio). É aplicável quando se pode delimitar a priori e com clareza um universo de comportamentos, como é o caso em testes de desempenho, que pretendem cobrir um conteúdo delimitado por um curso programático específico (PASQUALI, 2017b).

Segundo Pasquali, a validade de conteúdo de um teste é praticamente garantida pela técnica de construção deste. Assim, é importante esboçar essa técnica que comporta os seguintes passos (PASQUALI, 2017a):

- 1) Definição do domínio cognitivo: Tem por finalidade definir os objetivos ou os processos psicológicos que se quer avaliar.
- 2) Definição do universo de conteúdo: Como o teste constitui uma amostra representativa do conteúdo, é preciso definir e delimitar o universo do conteúdo programático em divisões e subdivisões (tópicos e subtópicos) ou quantas outras subclassificações forem necessárias.
- 3) Definição da representatividade de conteúdo: Tem por objetivo definir a proporção com que cada tópico e subtópico devem ser representados no teste, decidindo, assim, a importância com que cada um deles aparece no conteúdo total do universo.
- 4) Elaboração da tabela de especificação: Nela são relacionados os conteúdos com os processos cognitivos a serem avaliados, bem como a importância relativa a ser dada a cada unidade.
- 5) Construção do teste: Elaborar os itens que irão representar o teste seguindo as técnicas de construção de itens.
- 6) Análise teórica dos itens: Essa análise visa verificar a compreensão das tarefas propostas no teste por parte dos testandos (análise semântica) e a avaliação da

pertinência do item à unidade correspondente, bem como o processo cognitivo envolvido (análise de juízes).

- 7) Análise empírica dos itens: Após a aplicação do teste, os dados obtidos podem ser utilizados para validação empírica deste, para seu uso futuro. Essa análise implica basicamente na determinação dos níveis de dificuldade e de discriminação dos itens. A técnica da teoria da resposta ao item (TRI) pode ser de grande valia nessa etapa.

Como citado no item 5, as técnicas de construção de itens se aplicam a cada item individualmente, e em parte ao conjunto dos itens que medem um mesmo construto. Além disso, dependendo do tipo de instrumento, algumas regras se aplicam e outras não. Seguem os critérios para construção dos itens segundo Pasquali (PASQUALI, 2010):

1. Critério comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto.
2. Critério de objetividade ou de desejabilidade: para escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada.
3. Critério de simplicidade: um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos.
4. Critério de clareza: O item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população meta; daí utilizar frases curtas, com expressões simples.
5. Critério de relevância: O item não deve insinuar atributo diferente do definido.
6. Critério de precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.
7. Critério da variedade: dois aspectos especificam este critério. Deve-se variar a linguagem, pois o uso dos mesmos termos em todos os itens confunde as frases e dificulta diferenciá-las, além de provocar monotonia, cansaço e aborrecimento. Além disso, no caso de escalas de preferências deve-se formular a metade dos itens em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis para evitar resposta estereotipada.
8. Critério da modalidade: Não utilizar expressões extremadas.
9. Critério da tipicidade: formar frases com expressões condizentes com o atributo.
10. Critério da credibilidade: O item deve ser formulado de modo que não apareça sendo despropositado ou infantil.
11. Critério da amplitude: este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.

12. Critério de equilíbrio: Devem cobrir igualmente todos os seguimentos, devendo haver itens fáceis, difíceis e médios.

Após a formulação do instrumento por intermédio dos itens, tem-se a hipótese de que estes representam adequadamente o instrumento. Não obstante, faz-se importante avaliar a hipótese frente à opinião de outros para assegurar que ela representa garantias de validade. Essa avaliação é ainda teórica, visto que consiste simplesmente em pedir outras opiniões sobre a hipótese. Essa análise teórica é feita por juízes e comporta dois tipos distintos deles, podendo a análise incidir sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a pertinência dos itens ao constructo que representam (propriamente chamada de análise dos juízes). Assim, antes de partir para a validação final do instrumento piloto, este é submetido a uma análise teórica dos itens por meio da análise semântica e da análise dos juízes (PASQUALI, 2010).

A análise semântica tem como objetivo precípuo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a que o instrumento se destina. Já a análise dos juízes, também chamada de análise de conteúdo, procura verificar a adequação da representação comportamental do atributo. Na análise de conteúdo, os juízes devem ser peritos na área do constructo, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere. Itens que não atingem uma concordância de aplicação aos fatores (cerca de 80%) obviamente apresentam problemas, e seria o caso de descartá-los do instrumento piloto (PASQUALI, 2010).

Para quantificar o método de concordância entre os juízes durante o processo de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento as publicações têm apontado diferentes métodos. Dentre esses se destacam o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e o Coeficiente de Kappa. O IVC compreende um método muito utilizado na área de saúde. Tem por objetivo medir a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. O escore do

índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3" ou "4" pelos especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Também, o Índice de Kappa têm sido recomendado para avaliar medidas de concordância entre avaliadores na área de saúde. O coeficiente de Kappa de concordância é a razão da proporção de vezes que os juízes concordam com a proporção máxima de vezes que os juízes poderiam concordar. É um índice útil quando vários avaliadores categorizam cada grupo de objetos ou sujeitos em categorias nominais. Dessa forma, é aplicável quando os dados são categóricos e estão em uma escala nominal. Os valores de Kappa variam de -1 (ausência total de concordância) a 1 (concordância total) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Com o trabalho dos juízes ficam completados os procedimentos teóricos na construção do instrumento de medida, que comportaram a explicitação da teoria do construto envolvido, bem como a elaboração do instrumento piloto que constitui a representação comportamental deste construto e que se propõe como a hipótese a ser empiricamente testada (validação do instrumento), tarefa que será iniciada com os procedimentos que seguirão através da coleta de informação empírica válida e submissão às análises estatísticas pertinentes (PASQUALI, 2010).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, pautada na validação de instrumento baseado na Técnica de Validação do Conteúdo segundo Pasquali. As pesquisas metodológicas têm como objetivo a investigação, organização e análise de dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas baseadas no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados. Essas pesquisas empregam o artifício quantitativo tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas ou amostra de populações ou programas (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015; LAKATOS; MARCONI, 2010).

Especificamente, a validação de conteúdo indica se os itens de um instrumento são apropriados para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio, fundamentando-se, necessariamente, em um julgamento. O modelo proposto por Pasquali é observado em pesquisas na área da saúde envolvendo a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos, com a composição de três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos) (CUCOLO; PERROCA, 2015; MEDEIROS; et al, 2015).

### **5.2 Local**

A pesquisa foi realizada em plataforma digital on-line. Os juízes foram convidados formalmente por meio de uma carta explicativa enviada por e-mail contendo o objetivo do estudo, a descrição do instrumento com informações sobre o contexto e sobre seu preenchimento, além do motivo pelo qual o profissional foi selecionado. Também foi enviado o instrumento em avaliação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.). Posteriormente, ao aceitar participar da pesquisa e assinar o T.C.L.E., os sujeitos puderam acessar o link do instrumento para validação, disponível no corpo do e-mail.

### **5.3. População**

Como se trata de uma pesquisa de validação de instrumento, a população foi composta por juízes, representados por médicos e enfermeiros que atuam frente à assistência obstétrica em diversos estados brasileiros, os quais possuem centros obstétricos que prezam a utilização das boas práticas na assistência à mulher e recém-nascido, e que aceitaram participar da pesquisa.

#### **5.4 Amostra**

Para a escolha dos participantes da pesquisa foi utilizada amostragem não probabilística intencional cuja principal característica é não fazer uso de formas aleatórias de seleção. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção) de determinados elementos da população, mas não em sua representatividade numérica (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

Em relação à quantidade de participantes, decidiu-se utilizar uma amostra de 10 juízes, baseado no estudo de Coluci, Alexandre e Milani (2015), os quais afirmam que a avaliação de conteúdo deve ser realizada por um comitê composto por cinco a dez juízes especialistas na área do instrumento de medida.

Para auxiliar essa escolha dos participantes, foi realizada uma busca inicial na plataforma Lattes, no link buscar currículo através dos filtros: atuação profissional e atividade profissional (instituição). Nesta busca priorizou-se a escolha de médicos e enfermeiros especialistas em obstetrícia, com no mínimo um ano de experiência na especialidade, além de optar por aqueles que atuam em centros de assistência a mulher durante o ciclo gravídico puerperal que são regidos pela atual política instituída pela Rede Cegonha, e que consequentemente prezam pela aplicação dos princípios da humanização nesse contexto.

Após a identificação do nome dos profissionais, iniciou-se a busca pelo endereço eletrônico, através das publicações em artigos, sites de busca, ou redes sociais. Foram identificados 30 e-mails. Inicialmente foram enviados dez e-mails e determinado o prazo de 20 dias para aguardo da resposta. Quando não se obtinha resposta, o e-mail era reenviado e aguardado mais dez dias, resultando no prazo de 30 dias. Ao não se obter resposta, o participante foi substituído por outro da lista com mesma categoria profissional, repetindo-se o processo. No total, o instrumento foi enviado a 21 profissionais. Não houve recusa declarada a participação no estudo. Após um período de oito meses, alcançou-se o total de dez instrumentos avaliados.

#### **5.5 Critérios de inclusão e exclusão**

A pesquisa incluiu médicos e enfermeiros, que atuam prestando assistência à mulher no trabalho de parto e parto no contexto da utilização das boas práticas obstétricas. Foram excluídos da amostra profissionais com menos de um ano de experiência na área obstétrica.

#### **5.6 Processo de produção dos dados**

Para produção dos dados desta pesquisa foram utilizados os seis primeiros passos do procedimento de validação segundo Pasquali (2017a). O primeiro passo, definição do

domínio cognitivo foi obtido através da delimitação do objetivo do instrumento em validação. Já a definição do universo do conteúdo se deu ao delimitar no contexto da assistência obstétrica, o universo das boas práticas, no sentido de obter através da assistência prestada, uma realidade de humanização do cuidado prestado. Posteriormente foram realizados os passos de definição da representatividade de conteúdo e especificação, para isso foram analisadas as práticas preconizadas atualmente pela OMS e Ministério de Saúde brasileiro para assistência ao parto normal, de modo a obter o conhecimento sobre cada prática abordada no instrumento.

Dando seguimento à próxima etapa, através da consulta à literatura e do instrumento já produzido em pesquisa anterior, foi realizada a adaptação dos itens, originando o instrumento em validação de conteúdo. Enfatiza-se que para determinação dos itens do instrumento foram considerados os critérios de objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade e tipicidade. Em posse do construto, estes foram enviados aos juízes para realização da etapa Análise Teórica dos Itens. Entretanto, decidiu-se por não colocar em prática a Análise Empírica dos Itens, tendo em vista que metodologicamente se constituiria uma nova pesquisa com tipo de análise própria, reservando essa etapa para posteriores pesquisas.

### **5.7. Coleta de dados**

Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas obtendo aprovação no dia 30 de agosto de 2018, sob o CAAE nº 92440218.0.0000.5013. Utilizou-se um instrumento estruturado com dados de identificação para caracterizar a amostra de profissionais, além do instrumento em validação para avaliação dos itens. A avaliação dos itens do questionário foi realizada através de uma escala do tipo Likert, além disso, ao final de cada análise, havia um espaço em branco para possíveis sugestões de mudança ou adaptação do item.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) antes do início da participação. O instrumento e o T.C.L.E. foram disponibilizados em plataforma on-line e enviados através de correio eletrônico. Foi assegurada aos participantes a preservação das identidades, bem como o acesso aos resultados encontrados na investigação após apresentação/publicação em comunidade acadêmica e/ou meio científico.

### **5.8 Tratamento dos dados**

Os dados referentes à caracterização da amostra foram analisados e apresentados de forma descritiva. Já os dados referentes à análise do conteúdo do instrumento em validação, foram avaliados de forma quantitativa por meio do Índice de Validação de Conteúdo (IVC).



Esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinado aspecto do instrumento e de seus itens (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

O IVC é calculado através da escala tipo Likert de 4 pontos ordinais (1= não relevante ou não representativo; 2= item necessita de grande revisão para ser representativo; 3= item necessita de pequena revisão para ser representativo; 4= item relevante ou representativo). O cálculo foi realizado a partir das respostas “3” e “4” de cada juiz em cada item do questionário, dividindo a soma pelo número total de respostas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015):

$$IVC = \frac{NÚMERO DE RESPOSTAS "3" E "4"}{NÚMERO TOTAL DE RESPOSTAS}$$

Como visto anteriormente, segundo Pasquali (2010), se o item atingir uma concordância menor que 80% o item deve ser desconsiderado. Nesse sentido, foi adotado tal critério para exclusão dos itens, e os itens que obtiveram essa concordância não passaram por readequação, e não foram reenviados aos juízes para nova análise. No entanto, para aceitabilidade do item, optou-se por utilizar uma concordância de 90% a 100% considerando o item sem necessidade de modificação, em vista do estudo realizado por Carvalho, Göttems e Pires (2015). Além disso, itens que obtiveram valor de concordância 80% foram considerados com a condição de readequação, conforme as sugestões dos juízes para modificação.

Para classificação dos valores de concordância foi adotado nesse estudo o Índice Kappa, tendo em vista sua grande utilização na área da saúde. Esse índice é caracterizado por uma medida de concordância usada em escalas nominais que nos fornece uma ideia do quanto às observações se afastam daquelas esperadas, indicando-nos assim quão legítimas as interpretações são. Os índices de Kappa são representados abaixo associados com seu respectivo valor de concordância (PINTO; et al, 2018):

Valor de Kappa	Concordância
0	Pobre
0 – 0,20	Ligeira
0,21 – 0,40	Considerável
0,41 – 0,60	Moderada
0,61 – 0,80	Substancial
0,81 – 1	Excelente

### **5.9 Aspectos éticos**

Antes de iniciar o estudo, foi necessário que os participantes envolvidos aceitassem participar da pesquisa e para tanto assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.). Este apresentou os devidos esclarecimentos que garantiram aos participantes o direito de desistir de participar da pesquisa sem que isto lhe trouxesse algum prejuízo ou penalidade. Foi garantido também que os riscos oferecidos seriam mínimos, tais como leve cansaço ou perda de tempo ao preencher o instrumento, assim como não lhe traria benefícios financeiros, devendo o pesquisador prestar esclarecimento sempre que necessário. Foi assegurado também que os participantes teriam suas identidades preservadas, além do acesso aos resultados encontrados na investigação.

Assim, o estudo foi desenvolvido conforme a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o qual estabeleceu normas para pesquisas envolvendo seres humanos, visando proteção e integridade dos sujeitos que participaram da pesquisa, e a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre procedimentos metodológicos que envolvem a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

## 6 INSTRUMENTO EM VALIDAÇÃO

O instrumento proposto para validação nesse estudo é derivado de um instrumento elaborado para coleta de dados do trabalho de conclusão de curso de enfermagem na Universidade Federal de Alagoas, que posteriormente foi publicado sob a forma de artigo na Revista Eletrônica de Enfermagem com o título “Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto” (VIEIRA; et al, 2016). Como a pesquisa buscou evidenciar a utilização das boas práticas obstétricas pela enfermagem obstétrica, era necessário um instrumento que guiasse essa busca diante das inúmeras informações encontradas nos prontuários.

No entanto, somente quando o instrumento foi solicitado por uma graduanda da região Sul do país para realização de pesquisa de análise da assistência obstétrica que se percebeu a importância e necessidade de adequação, validação e publicação, com a finalidade de auxiliar na identificação e aplicação das boas práticas obstétricas nos serviços de saúde, em vista de uma melhor assistência voltada para o trinômio mãe-bebê-família.

Nesse sentido, realizou-se revisão de literatura em busca de práticas assistenciais que efetivamente se traduzem em humanização da assistência obstétrica. As principais referências utilizadas dizem respeito às publicações da Organização Mundial de Saúde “Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento” e “Intrapartum care for a positive childbirth experience”, 1985 e 2018, respectivamente. As variáveis levantadas foram as seguintes:

- **Espaço físico e privacidade:** O espaço físico voltado à assistência obstétrica deve ser construído sob a ótica da ambiência, a qual engloba o ambiente construído em conjunto com os efeitos subjetivos que este induz no comportamento dos indivíduos, considerando além da composição do espaço, a inter-relação deste com a experiência sensível que é ocasionada nos sujeitos que o habitam. O projeto de ambientes destinados ao parto deve considerar a necessidade de proporcionar às mulheres a sensação de liberdade para ir e vir, para escolher e adotar a posição que achar mais confortável para o nascimento de seu filho, para que se sintam seguras e protegidas, com a possibilidade de receberem a companhia de seus amigos e familiares, caso desejem, proporcionar privacidade e controle pessoal, de forma que a mulher possa sentir-se segura, relaxada, confortável e protagonista de seu processo de parto (SILVA, 2018).
- **Utilização de protocolos:** Protocolos são recomendações sistemáticas utilizadas para auxiliar no manejo de um problema de saúde ou em circunstâncias clínicas específicas. São desenvolvidos, preferencialmente, a partir de evidências científicas atuais, e

considerados importantes ferramentas para atualização na área da saúde, na medida em que contribuem para a redução da variação inapropriada na prática assistencial. Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe iniciativas como a criação e uso de protocolos para conjugar a assistência à saúde e as iniciativas voltadas para a humanização da assistência e para o apoio técnico-pedagógico às equipes de saúde (CORRÊA; et al, 2017).

- **Compartilhamento de decisões:** A formação de profissionais com base nas práticas humanizadas pode estimular a aquisição de conhecimentos que direcionem a prática obstétrica no sentido de estimular o protagonismo da mulher, a fisiologia do parto, e respeitar a sua privacidade. Nesse sentido, esses agentes geram práticas nas quais a decisão compartilhada e a preservação do corpo feminino assumem o lugar das relações assimétricas e das intervenções desnecessárias durante o parto (DODOU; et al, 2017).
- **Direito a acompanhante:** A presença do acompanhante de livre escolha da mulher é reconhecida como uma das ações a ser aderida para as boas práticas na atenção ao parto normal, assegurada no Brasil pela Lei 11.108 que a garante como um direito da parturiente, e pela Portaria 1.459 que instituiu a Rede Cegonha. Considerando as vivências neste momento, o acompanhante promove apoio nas esferas emocional e física, fazendo com que a mulher se sinta segura, caracterizando essa como uma prática indicada para todas as parturientes (GOMES; et al, 2019).
- **Leito/quarto PPP:** Ambiente com capacidade para um leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após a dequitação). O quarto PPP será onde o parto e a recuperação ocorrerão, por isso é necessário que garanta conforto e segurança, em relação à higiene para a parturiente e acomode seus acompanhantes. (FALCÃO; OLIVEIRA, 2018)
- **Oferta de líquido no trabalho de parto (TP):** Diante de um parto normal de baixo risco não há necessidade de restringir a alimentação ou a ingestão de líquidos pela parturiente. Portanto, não se deve interferir no desejo da parturiente de comer e beber durante o trabalho de parto, uma vez que, o trabalho de parto requer uma quantidade enorme de energia, tendo em vista a imprevisibilidade de sua duração. Portanto, é preciso repor as fontes de energia da parturiente, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno, sendo que a restrição severa da ingestão hídrica pode levar à desidratação (SCARTON; et al, 2018).

- **Métodos não farmacológicos para alívio da dor TP e parto:** São estratégias postas em prática no trabalho de parto para uma melhor tolerância e manejo da dor, além de acarretar menos intervenções e retornar a essência da fisiologia que o parto representa para a mãe e o concepto. Além disso, proporcionam às mulheres a diminuição do medo, e aumento da autoconfiança e satisfação (DIAS; et al, 2018; MIELKE; GOUVEIA; GONÇALVES; et al, 2019).
- **Liberdade de posição e posições não supinas no TP e parto:** A mulher deve ter direito na opção de escolha pela livre movimentação e pela posição que considere ser mais vantajosa para o desenrolar do seu trabalho de parto. Deambular, caminhar, mover-se e mudar de posição constituem excelentes formas de distração dos desconfortos que estão inerentes a todo o processo parturitivo, permitindo melhorar o conforto da mulher, bem como a sensação de controle sobre o próprio corpo, tornando todo o momento mais satisfatório (FERRÃO; ZAGÃO, 2017).
- **Monitoramento do bem estar fetal:** A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto, o objetivo da monitoração do bem-estar fetal intraparto é avaliar a adequação da oxigenação fetal durante o trabalho de parto e, conseqüentemente, prevenir os danos resultantes da interrupção da transferência de oxigênio do ambiente para o feto, garantindo, assim, o nascimento de criança em boas condições (BARROS; et al, 2019).
- **Uso do partograma:** O trabalho de parto e o parto podem ser representados graficamente por um instrumento denominado partograma. Utiliza-se para isto linhas denominadas de alerta e de ação, registrando o progresso do trabalho de parto e também servindo como registro documental do mesmo, tudo isso com o objetivo de identificar possíveis alterações, possibilitando uma intervenção precoce, auxiliando em uma tomada de conduta adequada pela equipe obstétrica assistente (VALOIS; et al, 2019).
- **Infusão intravenosa de rotina no TP e parto:** Além dos riscos associados ao uso liberal da correção da dinâmica com ocitocina durante o trabalho de parto, incluindo exaustão materna, hiperestimulação do útero, ruptura do útero ou da placenta e sofrimento fetal, a infusão endovenosa contínua também limita a liberdade de movimentação da mulher, podendo prolongar a duração do trabalho de parto (MONGUILHOTT; et al, 2018).

- **Toques vaginais:** A frequência de tal intervenção deve ser criteriosamente avaliada, pois existem indicações na literatura científica quanto ao risco associado aos frequentes toques vaginais durante o trabalho de parto. O Ministério da Saúde recomenda um intervalo de quatro horas entre um exame de toque e outro, não havendo justificativa clínica para intervalos menores (ALEXANDRE; PRUDÊNCIO, 2016; NASCIMENTO; et al, 2019).
- **Puxos dirigidos:** Ocorre quando a parturiente realiza contrações abdominais para expulsar o feto sob a orientação ou ordem de algum profissional de saúde. Quando os puxos são espontâneos ou involuntários, a parturiente, a cada contração, consegue realizar um maior número de esforços, que por serem de curta duração não produzem grande impacto cardiovascular. Já quando os puxos são dirigidos, a parturiente acaba realizando a Manobra de Valsalva (aumento da pressão intra-abdominal por bloqueio da expiração e contração de abdominais) por maior período de tempo, o que por sua vez gera um grande impacto na oxigenação sanguínea e no sistema cardiovascular, prejudicando o binômio mãe-bebê (MESSIAS; et al, 2018; BAVARESCO; et al, 2011 ).
- **Episiotomia:** A episiotomia, caracterizada por ampliação cirúrgica do orifício vaginal, realizada no períneo durante o período expulsivo do parto, é considerada como prática frequentemente utilizada de modo inadequado, o que contraria a indicação da episiotomia de rotina. A OMS recomenda o uso restrito da técnica, em apenas 10% dos partos normais, sendo suas indicações: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de lacerações de 3º grau, incluindo laceração de 3º grau em parto anterior (SANTOS; SANTOS, 2016).
- **Amniotomia:** Não há evidências científicas de que a amniotomia diminua o tempo de duração do primeiro estágio do trabalho de parto. Nesse sentido, é uma prática que deve ser postergada até o final do parto, pois, sendo um procedimento invasivo, implica riscos, principalmente quanto às infecções maternas e fetais (MELO; et al, 2017; MESSIAS; et al, 2018).
- **Monitoramento das condições emocionais:** Para a promoção de uma assistência humanizada, é necessário que a equipe de saúde saiba ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando, assim, sua história de vida e os aspectos sociais, psicológicos e emocionais envolvidos, que podem influenciar, de modo significativo, sua vivência no parto (DODOU; et al, 2017).

- **Contato pele a pele:** é uma prática simples que traz benefícios a curto e longo prazo para a mãe e para o bebê, pois ajuda na iniciação do aleitamento materno, na estabilidade térmica e da frequência cardíaca e respiratória do recém-nascido, na expulsão da placenta e incentiva o vínculo entre mãe e filho (MACHADO; et al, 2019).
- **Clampeamento tardio do cordão umbilical:** O clampeamento tardio do cordão umbilical está associado a valores elevados de hematócrito e ferro a curto e a longo prazo em recém-nascidos a termo, bem como de ferritina e hematócrito elevados nas primeiras horas de vida, redução da pressão arterial e menor quantidade de hemorragia intraventricular em comparação com o clampeamento precoce do cordão em recém-nascidos pré-termo. Sendo as desvantagens citadas para o clampeamento tardio, a policitemia, o excesso do volume circulatório e o aumento da icterícia (CASTRO; WESTPHAL; GOLDMAN, 2018).
- **Amamentação na primeira hora de vida:** Representa conduta importante para promoção, proteção e suporte à amamentação. A medida é considerada de baixo custo e de boa efetividade além de se associar a uma duração prolongada do aleitamento materno. Além disso, tal prática até a primeira hora de vida auxilia na redução das taxas de mortalidade infantil (ROCHA; et al, 2017).

Em meio a essas informações, foram elencados os itens que fizeram parte do instrumento para validação. Como resultado, obteve-se um instrumento contendo 23 itens, intitulado “Avaliação da assistência prestada durante o parto normal com vista à realização de boas práticas obstétricas”, disposto abaixo:

Quadro 2 - Instrumento construído e adaptado para validação de conteúdo.

Avaliação da assistência prestada durante o parto normal com vista à realização de boas práticas obstétricas			
Assistência ao parto normal (estrutura e práticas)	Sim	Não	Observação
- O espaço físico ofereceu privacidade à mulher.			
- Foram utilizados protocolos que favorecem o parto seguro.			
- As decisões clínicas foram compartilhadas com a equipe de plantão.			

- O direito de escolha e permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto foi respeitado.			
- O acompanhante foi informado sobre estado da parturiente durante o processo parturitivo.			
- A assistência ao parto foi realizada em leito PPP (pré-parto, parto e puerpério).			
- A parturiente foi consultada e orientada antes da realização dos procedimentos.			
- O espaço físico facilitou a deambulação da parturiente durante o trabalho de parto.			
- Houve oferta de líquido por via oral durante o trabalho de parto e parto.			
- Métodos não farmacológicos de alívio da dor foram ofertados durante o trabalho de parto e parto.			
- Houve estímulo à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto.			
- Houve estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto.			
- O bem estar fetal foi monitorado por meio de ausculta intermitente.			
- O progresso do parto foi monitorado cuidadosamente por meio do partograma.			
- Utilizou-se infusão intravenosa de rotina durante o trabalho de parto e parto.			
- Os toques vaginais foram realizados em um intervalo menor que 4 horas.			
- Foi realizada amniotomia precoce.			
- A parturiente foi estimulada a fazer força no momento de expulsão do feto.			
- Foi realizada episiotomia.			
- As condições emocionais da mulher foram monitoradas durante o trabalho de parto e parto.			
- Foi oferecido contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho.			
- Foi realizado clampeamento tardio do cordão			



umbilical.			
- Houve amamentação na primeira hora de vida.			

Fonte: Dados desta pesquisa, 2019.

Após procedimento de validação de conteúdo, espera-se que o instrumento possa ser utilizado por pesquisadores e instituições de saúde. A utilização pelos pesquisadores e gestores das instituições de saúde terá aplicabilidade para avaliação dos resultados obtidos com a prática clínica, isto auxiliará no planejamento de ações futuras que busquem a qualidade da assistência. Já a utilização pelos profissionais responsáveis pela assistência direta à parturiente, está relacionada com a avaliação do processo de trabalho, podendo produzir resultados enquanto é aplicado durante o trabalho de parto ou no pós-parto imediato, garantindo que tais práticas constituam a realidade do serviço obstétrico.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Caracterização dos juízes

Participaram da pesquisa cinco médicos e cinco enfermeiros. Todos os profissionais apresentam especialização em obstetrícia, com um tempo de atuação na área que varia de dois a 30 anos, com uma média de 12,2 anos. Com relação à titulação, quatro possuem doutorado, seis possuem mestrado, três obtiveram o título de especialista em curso de especialização e os demais cursaram residência. Todos atuam na assistência direta à mulher em seu processo parturitivo. Além disso, oito atuam no ensino e seis na pesquisa. Quanto ao local de atuação, sete atuam na região nordeste do país e três na região sudeste, em diversos estados. Segue adiante um quadro com a caracterização dos juízes.

Quadro 3 – Caracterização dos juízes quanto à idade, titulação, atuação e experiência profissional, local de atuação e experiência anterior com o tipo de estudo.

<b>Juiz</b>	<b>Profissão</b>	<b>Idade</b>	<b>Titulação</b>	<b>Atuação profissional</b>	<b>UF</b>	<b>Tempo de Experiência na assistência obstétrica</b>	<b>Experiência com validação e/ou construção de instrumento</b>
1	Médico	58	Residência, mestrado e doutorado.	Assistência, ensino, pesquisa.	AL	30 anos	Não
2	Enfermeira	28	Residência.	Assistência	SP	4 anos	Sim
3	Enfermeira	48	Especialização, mestrado e doutorado.	Assistência, ensino, pesquisa.	PE	21 anos	Sim
4	Enfermeira	45	Especialização, mestrado.	Assistência, ensino, pesquisa.	AL	15 anos	Não
5	Médica	38	Residência, mestrado e doutorado.	Assistência, ensino, pesquisa.	PE	13 anos	Não
6	Enfermeira	44	Residência, mestrado e doutorado.	Assistência, ensino, pesquisa.	PB	20 anos	Sim
7	Enfermeiro	32	Especialização e mestrado.	Assistência, ensino, pesquisa.	SE	6 anos	Sim
8	Médica	29	Residência.	Assistência, ensino.	PB	2 anos	Não
9	Médica	33	Graduação, especialização e residência.	Assistência.	SP	6 anos	Não
10	Médico	27	Residência.	Assistência, ensino.	MG	5 anos	Não

Fonte: Dados desta pesquisa, 2019.

## 7.2 Análise de conteúdo

Os 23 itens do instrumento proposto, assim como seu título, passaram pelo procedimento de validação de conteúdo conforme o método proposto por Pasquali. Avaliando o Índice de Validação do Conteúdo (IVC), nove itens obtiveram índice 1,0 (incluindo o título) e oito itens índice 0,9, totalizando 17 itens com concordância excelente. Além disso, três itens obtiveram IVC 0,8 e dois IVC 0,7 sinalizando uma concordância substancial, e os outros dois itens apresentaram IVC 0,6 com concordância moderada. Os itens que obtiveram índices menores que 0,8 foram desconsiderados, finalizando o instrumento com 19 itens. No quadro abaixo é possível visualizar os itens do instrumento, bem como seu título e os respectivos Índices de Validade de Conteúdo e Nível de Concordância.

Quadro 4 – Instrumento em validação – distribuição dos itens conforme seu IVC e nível de concordância.

<b>Assistência ao parto normal (estrutura e práticas)</b>	<b>IVC</b>	<b>Concordância</b>
Título: Avaliação da assistência prestada durante o parto normal com vista à realização de boas práticas obstétricas.	1,0	Excelente
1- O espaço físico ofereceu privacidade à mulher.	0,6	Moderada
2- Foram utilizados protocolos que favorecem o parto seguro.	1,0	Excelente
3- As decisões clínicas foram compartilhadas com a equipe de plantão.	0,8	Substancial
4- O direito de escolha e permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto foi respeitado.	0,9	Excelente
5- O acompanhante foi informado sobre estado da parturiente durante o processo parturitivo.	0,9	Excelente
6- A assistência ao parto foi realizada em leito PPP (pré-parto, parto e puerpério).	0,8	Substancial
7- A parturiente foi consultada e orientada antes da realização dos procedimentos.	0,9	Excelente
8- O espaço físico facilitou a deambulação da parturiente durante o trabalho de parto.	0,7	Substancial
9- Houve oferta de líquido por via oral durante o trabalho de parto e parto.	1,0	Excelente
10- Métodos não farmacológicos de alívio da dor foram ofertados durante o trabalho de parto e parto.	0,9	Excelente
11- Houve estímulo à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto.	1,0	Excelente
12- Houve estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto.	0,9	Excelente
13- O bem estar fetal foi monitorado por meio de ausculta intermitente.	1,0	Excelente
14- O progresso do parto foi monitorado cuidadosamente	1,0	Excelente

por meio do partograma.		
15- Utilizou-se infusão intravenosa de rotina durante o trabalho de parto e parto.	0,7	Substancial
16- Os toques vaginais foram realizados em um intervalo menor que 4 horas.	0,9	Excelente
17- Foi realizada amniotomia precoce.	0,9	Excelente
18- A parturiente foi estimulada a fazer força no momento de expulsão do feto.	0,8	Substancial
19- Foi realizada episiotomia.	0,9	Excelente
20- As condições emocionais da mulher foram monitoradas durante o trabalho de parto e parto.	0,6	Moderada
21- Foi oferecido contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho.	1,0	Excelente
22- Foi realizado clampeamento tardio do cordão umbilical.	1,0	Excelente
23- Houve amamentação na primeira hora de vida.	1,0	Excelente

Fonte: Dados desta pesquisa, 2019.

### 7.3 Análise semântica

Na versão do instrumento disponibilizada aos juízes, além da escala Likert que avaliou a representatividade, foi também disposto um espaço para sugestões a cada item. Observou-se que 21 itens e o título possuem pelo menos uma sugestão de mudança/adaptação indicada pelo juiz. Essas sugestões foram analisadas para possível adequação do item, principalmente daqueles que adquiriram IVC 0,8. No quadro a seguir estão dispostos os itens com as respectivas sugestões.

Quadro 5 – Instrumento em validação – distribuição dos itens conforme sugestões de mudança propostas pelos juízes.

<b>Assistência ao parto normal (estrutura e práticas)</b>	<b>Sugestão</b>
Título: Avaliação da assistência prestada durante o parto normal com vista à realização de boas práticas obstétricas.	<p><b>Juiz 4:</b> “O termo mais recentemente usado ao invés de boas práticas são evidências científicas.”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Sugestão: Avaliação da aplicação das recomendações de boas práticas obstétricas durante a assistência ao parto normal.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Por constar no título "Avaliação da assistência" e por ser o objetivo do instrumento, não é claro a conclusão que o profissional (médico ou enfermeiro aplicador desse instrumento) pode emitir sobre a assistência que foi provida. Exemplo: o profissional registra "sim ou não", ao final como ele pode registrar uma conclusão mensurável sobre a avaliação da assistência ao parto. Ao ler o título do instrumento, possibilita</p>

	<p>imaginar que será gerado uma conclusão objetiva/mensurável sobre a assistência provida.”</p>
<p>1- O espaço físico ofereceu privacidade à mulher.</p>	<p><b>Juiz 2:</b> “Ampliação de quartos PPP”.</p> <p><b>Juiz 4:</b> “A ambiência ofereceu privacidade à mulher.”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “A privacidade é importante para parturiente, mas não acho que faça parte da avaliação da assistência por parte da equipe obstétrica. Isso é um problema institucional.”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “A ambiência ofereceu privacidade. Sugiro incluir ambiência, que compreende o espaço físico, a iluminação, o transito de pessoas, o timbre da voz e outros elementos. Tudo isso produz privacidade. Não só o espaço.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “De forma generalista, as maternidades brasileiras ainda não apresentam estruturas adequadas, sobretudo no que diz respeito a preservação da privacidade. Ainda nos deparamos com assistência em pré-parto coletivo. Poderia ser útil conhecer/identificar o que a equipe provedora de cuidados a parturiente aplicou para garantir a privacidade. Ex: biombo, cortina, restrição no nº de profissionais e alunos...”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “A privacidade foi suficiente.”</p> <p><b>Juiz 10:</b> “Leitos de pré-parto em quartos separados, os biombos impedem a boa prática.”</p>
<p>2- Foram utilizados protocolos que favorecem o parto seguro.</p>	<p><b>Juiz 4:</b> “Protocolo clínico (incluir) que favoreçam a assistência (incluir) ao parto segura.”</p> <p><b>Juiz 5:</b> Especificar que protocolo: OMS? Ministério da Saúde?</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Poderia ser especificado qual o protocolo. Ex: Protocolo institucional; diretrizes brasileiras de assistência ao parto; OMS 1996; OMS 2017; outros...”</p> <p><b>Juiz 10:</b> “Não são todos os hospitais que realizam a prática do parto seguro.”</p>
<p>3- As decisões clínicas foram compartilhadas com a equipe de plantão.</p>	<p><b>Juiz 4:</b> “Pela ou entre a equipe de plantão com participação da mulher.”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “As decisões foram compartilhadas entre a equipe e com a mulher.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Pode ser pertinente a especificação do local que o parto foi assistido. Isso porque implica no tipo de equipe. Ex: médico+enfermeiro; médico+enfermeiro obstetra; enfermeiro obstetra + parteira; parteira.”</p>

<p>4- O direito de escolha e permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto foi respeitado.</p>	<p><b>Juiz 6:</b> “Direito de escolha desde o início do internamento foi respeitado, pois a lei garante o acompanhante desde o início e é no 1º contato com a equipe, desde a classificação de risco e no 1º exame que o acompanhante é proibido de acompanhar, ficando a mulher sozinha.”</p> <p><b>Juiz 10:</b> “Ontem mesmo durante a madrugada, a enfermeira não aceitou a presença de acompanhante, disse que por ser parto de urgência não tinha direito. Eu autorizei, porém para não causar briga, relevei e a paciente ficou sem o acompanhante.”</p>
<p>5- O acompanhante foi informado sobre estado da parturiente durante o processo parturitivo.</p>	<p><b>Juiz 4:</b> “Parturiente e seu bebê”.</p> <p><b>Juiz 5:</b> “A parturiente e acompanhante foram informados durante a assistência sobre a evolução do trabalho de parto?”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “O acompanhante foi informado sobre o estado da paciente desde a entrada no hospital OU desde o acolhimento e classificação de risco.”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “A gestante teve suas dúvidas sanadas.”</p>
<p>6- A assistência ao parto foi realizada em leito PPP (pré-parto, parto e puerpério).</p>	<p><b>Juiz 3:</b> “Não se faz necessário um leito PPP para que seja garantida as boas práticas ao parto.”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “A assistência à parturiente. Assistência é feita com pessoas durante um evento. O evento é o parto e a assistência é a mulher no parto. Muito importante que o enunciado traga o protagonismo e autonomia da mulher. Outra questão: Assistência à mulher no parto (especificamente) deve ser feita em qualquer lugar de escolha da mulher. Então sugiro que pergunte se existe leito PPP ou colocar onde ocorre frequentemente os partos. Ter PPP não é igual a na prática obstétrica.”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “O parto é o pós-parto aconteceu no mesmo leito/local que o trabalho de parto.”</p> <p><b>Juiz 10:</b> “Poucos hospitais possuem leito PPP. E os que possuem, são estragados e pouco ergonômicos.”</p>
<p>7- A parturiente foi consultada e orientada antes da realização dos procedimentos.</p>	<p><b>Juiz 4:</b> “Consultada, orientada e solicitado autorização antes da realização dos procedimentos.”</p>
<p>8- O espaço físico facilitou a deambulação da parturiente durante o trabalho de parto.</p>	<p><b>Juiz 4:</b> “A ambiência facilitou...”</p>
<p>9- Houve oferta de líquido por via oral</p>	<p><b>Juiz 1:</b> “Porque só líquido, poderemos oferecer alimentos</p>

<p>durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p>durante o trabalho de parto.”</p> <p><b>Juiz 4:</b> “Houve oferta de líquido por via oral ou dieta leve...”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Acrescentar: alimento”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Não sei se é cabível a identificação do tipo de dieta que é ofertado a parturiente (água, gelatina, suco, chá, mel) e se existe intervalo preconizado ou livre demanda.”</p>
<p>10- Métodos não farmacológicos de alívio da dor foram ofertados durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p><b>Juiz 3:</b> “Interessante acrescentar quais métodos foram utilizados”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “Sugiro elencar os métodos e colocar para a pessoa assinalar, pois há quem acredite que analgesia local é método não farmacológico.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Seria possível especificar? (banho morno; massagem, escalda-pés...)”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “Métodos não medicamentosos.”</p>
<p>11- Houve estímulo à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p>Não houve sugestão.</p>
<p>12- Houve estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto.</p>	<p><b>Juiz 3:</b> “A pergunta anterior contempla parte desta. Talvez aqui considerasse só a posição no parto.”</p>
<p>13- O bem estar fetal foi monitorado por meio de ausculta intermitente.</p>	<p><b>Juiz 7:</b> “Por se tratar de um instrumento para avaliação de boas práticas que remetem um parto seguro, pode ser pertinente conhecer/identificar a periodicidade de aferição do BCF. (EX: Intervalo de 1h; a cada 15 min; a cada 5 min ...)”</p>
<p>14- O progresso do parto foi monitorado cuidadosamente por meio do partograma.</p>	<p><b>Juiz 3:</b> “Retirava a palavra cuidadosamente.”</p> <p><b>Juiz 4:</b> “A evolução do trabalho de parto foi acompanhado cuidadosamente ...”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “O que é cuidadosamente? A progressão do trabalho de parto foi registrada em partograma. Não é o objetivo, mas abrir partograma fora do tempo certo também provoca iatrogenia. Minha sugestão é se for colocar questão partograma, solicitar que enuncie quais parâmetros são utilizados para decidir quando abrir.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Especificar qual o partograma adotado na instituição.</p>

	<p>EX: MS; CLAP ... outros.”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “Foi registrado.”</p>
15- Utilizou-se infusão intravenosa de rotina durante o trabalho de parto e parto.	<b>Juiz 5:</b> “Especificar soro fisiológico/ocitocina.”
16- Os toques vaginais foram realizados em um intervalo menor que 4 horas.	<p><b>Juiz 3:</b> “Se durante a assistência for realizado 3 toques e apenas um deles foi feito com menos de 4h de intervalo como será considerado? Existem situações que se faz necessário examinar com intervalo menor. Talvez, categorizando os intervalos entre os exames seria melhor.”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Acrescentar: durante a primeira fase do trabalho de parto.”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “Maior?”</p>
17- Foi realizada amniotomia precoce.	<p><b>Juiz 3:</b> “O que seria considerado como amniotomia precoce?”</p> <p><b>Juiz 4:</b> “... amniotomia precoce de rotina.”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Definir amniotomia precoce no instrumento.”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “O que é precoce? Sugiro: foi realizado amniotomia antes do período expulsivo. OU Realiza amniotomia de rotina (essa questão já aponta para a péssima prática obstétrica).”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Talvez seja pertinente identificar/conhecer o motivo que levou a amniotomia precoce.”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “Rompimento da bolsa.”</p>
18- A parturiente foi estimulada a fazer força no momento de expulsão do feto.	<p><b>Juiz 4:</b> “Força contínua.”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Reformular pergunta: Foi orientado à parturiente só fazer força no momento em que sentisse vontade (puxos)?”</p>
19- Foi realizada episiotomia.	<p><b>Juiz 5:</b> “Especificar: episiotomia de rotina ou episiotomia seletiva. Talvez episiotomia seletiva fique mais adequado. E se foi, qual a indicação?”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “Sugiro colocar episiotomia de rotina. Exceto se você quiser saber do ultimo parto. OU com que frequência você realiza episiotomia e colocar as vezes, nunca quase nunca e dar um escore.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “A parturiente foi consultada? Foi utilizado anestésico previamente? Qual o fator que propiciou a episiotomia (EX: distorcia, julgamento empírico...).”</p>



	<b>Juiz 8:</b> “Corte para ampliar a saída do bebê.”
20- As condições emocionais da mulher foram monitoradas durante o trabalho de parto e parto.	<p><b>Juiz 3:</b> “De que forma iria se monitorar as emoções?”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Como condição emocional é monitorada? Reformular: Foi prestado suporte emocional à parturiente pela equipe durante a assistência ao parto?”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “O que é monitorar condições emocionais? se você quer saber se a mulher recebeu apoio emocional por doula ou outro profissional/pessoa, deve fazer a pergunta diferente.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Como as condições emocionais da mulher podem ser monitoradas durante o trabalho de parto e parto? (Se gritou, se ficou calada, se demonstrou medo...) Isso implica na subjetividade de quem está provendo a assistência. Fato que pode prejudicar a qualidade avaliativa desse instrumento!”</p>
21- Foi oferecido contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho.	<p><b>Juiz 3:</b> “Retirar a palavra direto.”</p> <p><b>Juiz 4:</b> “... contato pele a pele precoce...”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Substituir contato cutâneo por contato pele a pele do RN com a mãe logo após a segunda fase do trabalho de parto.”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “Sugiro usar o termo pele a pele (bebê desnudo sobre colo desnudo da mãe). Importante descrever o que é porque as pessoas fazem contato pano a pano e acham que é pele a pele.”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Pode ser pertinente a especificação de quem realiza o cuidado com o neonato. EX: Cuidado provido exclusivamente por enfermeiro; cuidado provido exclusivamente por pediatra...”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “Contato cutâneo?”</p>
22- Foi realizado clampeamento tardio do cordão umbilical.	<p><b>Juiz 4:</b> “... clampeamento oportuno...”</p> <p><b>Juiz 5:</b> “Especificar o tempo.”</p> <p><b>Juiz 6:</b> “Sugiro inserir (apos 1 minuto de nascido).”</p> <p><b>Juiz 7:</b> “Pode ser pertinente a especificação de quem realiza o cuidado com o neonato. EX: Cuidado provido exclusivamente por enfermeiro; cuidado provido exclusivamente por pediatra...”</p> <p><b>Juiz 8:</b> “Pelo menos após 1 minuto.”</p>
23- Houve amamentação na primeira hora de vida.	Não houve sugestão.

#### 7.4 Versão do instrumento após análise semântica e de conteúdo

Para construção da versão do instrumento após análise da semântica e conteúdo foram avaliados os Índices de Validação de Conteúdo de cada item e as sugestões para mudança propostas pelos juízes. Foram excluídos os itens que obtiveram IVC menor que 0,8. Todos os itens com IVC igual a 0,8 foram modificados conforme sugestões dos juízes. Além disso, os itens que obtiveram um nível de concordância excelente não necessitaram de modificação, entretanto elas foram realizadas à medida que possuíam sugestões semelhantes para modificação. Logo abaixo está disposto o instrumento, após a realização das modificações.

Quadro 6 – Instrumento em validação – versão após modificações conforme validação teórica do conteúdo.

Avaliação da assistência prestada durante o parto normal com vista à realização de boas práticas obstétricas.			
<b>Assistência ao parto normal (estrutura e práticas)</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Observação</b>
Foram utilizados protocolos que favorecem o parto seguro.			
As decisões clínicas foram compartilhadas entre equipe de plantão e a mulher.			
O direito de escolha e permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto foi respeitado.			
O acompanhante foi informado sobre estado da parturiente durante o processo parturitivo.			
A assistência à parturiente foi realizada no mesmo local durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato.			
A parturiente foi consultada e orientada antes da realização dos procedimentos.			
Houve oferta de alimento ou líquido por via oral durante o trabalho de parto e parto.			Especificar:
Métodos não farmacológicos de alívio da dor foram ofertados durante o trabalho de parto e parto.			Especificar:
Houve estímulo à liberdade de posição e			

movimento durante o trabalho de parto.			
Houve estímulo a posições não supinas durante o parto.			
O bem estar fetal foi monitorado por meio de ausculta intermitente.			
A evolução do trabalho de parto foi monitorada por meio do partograma a partir da fase ativa (colo > 5cm).			
Os toques vaginais foram realizados em um intervalo menor que 4 horas.			
Foi realizada amniotomia precoce (antes do período expulsivo).			
A parturiente foi estimulada a fazer força contínua no momento de expulsão do feto.			
Foi realizada episiotomia.			
Foi oferecido contato pele a pele precoce entre mãe e RN.			
Foi realizado clampeamento oportuno do cordão umbilical.			
Houve amamentação na primeira hora de vida.			

Fonte: Dados desta pesquisa, 2019.

## 8 DISCUSSÃO

Este estudo foi iniciado com a análise da literatura e posterior adaptação de um instrumento, com 23 itens, que ao ser submetido ao processo de avaliação de seu conteúdo pelos juízes, resultou em um instrumento com 19 itens. O processo de validação de um teste inicia-se com a formulação de definições detalhadas do construto, derivadas de pesquisa anterior, ou observação sistemática e análise do domínio relevante do comportamento. Os itens do teste são então preparados para se adequarem às definições do construto. Análises empíricas dos itens seguem, selecionando-se finalmente os itens mais eficazes da amostra inicial de itens. Nesse sentido, para se cobrir a totalidade ou, pelo menos, grande parte da extensão semântica do construto, normalmente se exige, no instrumento final, um número razoável de itens. O bom senso de quem trabalha nessa área sugere que um construto, para ser bem representado, necessita de cerca de 20 itens (PASQUALI, 2017a; PASQUALI, et al, 2010).

Além disso, a validação dos itens do instrumento desse estudo foi realizada por juízes especialistas na área obstétrica e que trabalham sob a ótica das boas práticas em diversos estados brasileiros. Segundo Pasquali et al (2010), esta análise, chamada de análise de conteúdo, tem por objetivo verificar a adequação da representação comportamental dos atributos. Eles indicam ainda que na análise de conteúdo, os juízes devem ser peritos na área do construto, pois sua tarefa consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão (PASQUALI, 2017a).

Nessa perspectiva, os 19 itens do instrumento que foram validados pelos juízes dizem respeito às boas práticas que devem ser adotadas durante a assistência obstétrica e alguns são relacionados a condutas que quando efetivadas denunciam a inobservância aos princípios da humanização do parto. Salienta-se, assim, que durante a assistência ao parto normal algumas condutas devem ser respeitadas, também chamadas de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Além disso, em todos os momentos devem ser consideradas a individualidade e as expectativas de cada parturiente (LIMA; et al, 2018; CAVALCANTE, 2016).

Embora essas práticas pareçam medidas simples de serem efetivadas, faz-se necessário que a instituição e profissionais que atuam nesta área estejam preparados e qualificados para a prestação de um cuidado que considere as dimensões humanas e a autonomia das mulheres. Nesse sentido, as boas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas são capazes de reduzir a ocorrência de morte materna e propor um cuidado humanizado. Os resultados desse empenho são mulheres e famílias empoderadas do processo de parturição e nascimento, com

direitos assegurados, repercutindo positivamente na experiência vivenciada (RODRIGUES; et al, 2020).

Na análise dos juízes, observou-se também que foi necessário excluir quatro itens da amostra inicial por obterem taxa de concordância menor que 80%. Os itens excluídos foram: “O espaço físico ofereceu privacidade à mulher”, “O espaço físico facilitou a deambulação da parturiente durante o trabalho de parto”, “Utilizou-se infusão intravenosa de rotina durante o trabalho de parto”, e “As condições emocionais da mulher foram monitoradas durante o trabalho de parto e parto”.

Diante desses resultados faz-se necessário destacar o documento “Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento” publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985, que baseado em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo classificou as práticas comuns na condução do parto normal, orientando o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto (PEREIRA; et al, 2018).

Nessa classificação, o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto e o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento são considerados como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, enquanto que a infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto é descrita como práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (PEREIRA; et al, 2018).

Destaca-se ainda que no ano 2000, o Ministério da Saúde brasileiro reafirmou a importância dessas práticas com a divulgação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e em 2011, as mesmas boas práticas de atenção ao parto foram novamente publicadas e reforçadas pela atual política materno-infantil intitulada Rede Cegonha (FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017; BRASIL, 2017).

Dessa maneira, constata-se que embora haja evidências científicas concretas e ações governamentais sobre a adoção de práticas benéficas e abandono de outras prejudiciais, algumas práticas não recomendadas, possivelmente ainda fazem parte de diversos contextos obstétricos no país, mesmo naqueles que valorizam os princípios da humanização da assistência.

Essa afirmativa é ratificada no estudo de Gottens e colaboradores (2018), o qual buscou analisar a consistência interna do instrumento de avaliação da adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach. Em seus resultados evidenciou-se durante a validação, que dois itens excluídos se referiam à realização de toques vaginais por mais de um profissional e ao uso de amniotomia precoce

nos serviços, apontando que os profissionais tanto realizam as boas práticas quanto ainda intervêm desnecessariamente no parto.

Como citado anteriormente, os juízes além de avaliarem a relevância dos itens através da escala Likert, também fizeram sugestões acerca dos itens. Percebeu-se que essas sugestões são baseadas no conhecimento científico e a experiência da prática clínica de cada juiz. Coluci, Alexandre e Milani (2015) afirma que nessa fase qualitativa, todas as sugestões e comentários devem ser anotados pelo pesquisador. Tanto os documentos devolvidos pelos juízes, como as propostas de modificações devem ser avaliadas e revisadas.

Quanto à aplicabilidade do instrumento, sugere-se sua utilização em pesquisas institucionais e acadêmicas, assim como a possibilidade de implantação na prática clínica, para que ao término da assistência, ou mesmo no decorrer dela, o profissional possa avaliar suas condutas, seu processo de trabalho, cabendo até mesmo como motivador de ações, ao passo que em meio à rotina sobrecarregada de atividades algumas condutas de humanização da assistência podem não ser aplicadas.

Por esse ângulo, enfatiza-se que a avaliação na área da saúde tem se constituído como importante ferramenta para o planejamento e a gestão dos sistemas e serviços, mediante a seleção de práticas a serem implementadas. O processo de avaliação promove alterações no campo assistencial, sendo essencial para subsidiar a tomada de decisão e a alocação de recursos de forma racional e em consonância com as reais necessidades dos envolvidos, nesse caso da mulher e sua família, em busca humanização do contexto obstétrico, rompendo paradigmas não benéficos ainda enraizados (CARVALHO; BRITO, 2016).

## 9 CONCLUSÃO

A validação do instrumento foi realizada seguindo os seis primeiros passos recomendados por Pasquali para Validação de Conteúdo. Mais de 80% dos itens propostos no instrumento foram considerados representativos pelos juízes para avaliar a utilização das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde na atenção ao parto seguro. Além disso, as sugestões de correção apresentadas pelos juízes foram essenciais para tornar os itens mais claros e significativos.

Assim, concluído o processo de validação, o instrumento está pronto para ser utilizado em pesquisas a fim de dar seguimento a sua análise empírica e analítica. Dessa maneira, este estudo será útil na investigação das condutas que são colocadas em prática durante a assistência ao processo parturitivo, evidenciando se as boas práticas de atenção ao parto e nascimento estão sendo respeitadas, bem como depois de todo processo de validação, poderá ser implantado institucionalmente para que o próprio profissional avalie sua prática frente os propósitos da humanização.

Como continuidade da pesquisa e buscando evidenciar o protagonismo feminino no contexto parturitivo espera-se em estudo posterior validar este instrumento, realizando as adaptações necessárias, com um grupo de juízes representados pelas mulheres gestantes ou puérperas e seus familiares/acompanhantes, como forma de aliar a prática profissional às reais necessidades das mulheres.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, D.F.S.N.; MAMEDE, F.V.; PRUDÊNCIO, P.S. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, e34, 2016. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/34/33>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M.Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30 (Sup.), 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

BARROS, M.A; Análise de práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidade pública. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 20, e41650, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192041650>>. Acesso em: 09 jan. 2020.

BAVARESCO, G.Z.; et al. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. Disponível em: **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n7/3259-3266/pt>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do Parto** - Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da rede cegonha**. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acesso em: 20 nov. 2019.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede cegonha**. Brasília: 2017. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2013. Disponível em: <<http://bit.ly/1mTMIS3>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2fmmKeD>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CARVALHO, E.M.P.; GÖTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.5, p.741-748, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

CASTRO, N.N.O.; WESTPHAL, F.; GOLDMAN, R.E. A prática do clampeamento do cordão umbilical: revisão integrativa. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v.5, e40, 2018. Disponível em: <<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/40/71>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

CAVALCANTE, L.A. O parto no Brasil: pressupostos para uma assistência humanizada à gestante e ao nascituro. **Arquivos do CRM-PR**, Belo Horizonte, vol. 33, n.131, 2016. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/29031005-O-parto-no-brasil-pessupostos-para-uma-assistencia-humanizada-a-gestante-e-ao-nascituro.html>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

COLUCI, M.Z.O.; ALEXANDRE, N.M.C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

CORRÊA, A.C.P.; et al. A Pesquisa Convergente Assistencial como Estímulo para Consolidação da Humanização da Assistência de Enfermagem ao Parto. **Pensar Enfermagem**, Cuiabá, v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1-Paginas3\\_18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1-Paginas3_18(1).pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2020.

CUCOLO, D.F.; PERROCA, M.G. Instrumento para avaliação do produto do cuidar em enfermagem: desenvolvimento e validação de conteúdo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.4, p. 642-650, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0448.2599>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

DIAS, E.G.; et al. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enferm. Foco**, Janaúba, v. 9, n. 2, p. 35-39, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1398/442>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

DODOU, H.D.; et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, p. 332-338, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201700030082>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

DULFE, P. A. M.; et al. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. **Cogitare Enferm.**, Niterói, v. 21, n. 4, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.37651>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; GONÇALVES, N.; ROMANOSKI, P.J. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: bases conceituais e métodos de avaliação - parte I. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

FALCÃO, D.B.; OLIVEIRA, P.G. A relação entre o espaço arquitetônico e a experiência do parto natural: problemas e potencialidades. Brasília: Programa de Iniciação Científica - **PIC/UnICEUB**, 2018. Disponível em: <<https://www.gti.uniceub.br/pic/article/view/5788/4051>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FEBRASGO, CNE de Assistência ao Parto, Puerpério e Abortamento. **Cuidados no Trabalho de Parto e Parto: Recomendações da OMS**. São Paulo: 2018. Disponível em:

<<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

FEIJÃO, L.B.V.; BOECKMANN, L.M.M.; MELO, M.C. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 35-39, 2017. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1318/396>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

FERRÃO, A.C.C.; ZAGÃO, M.O.B. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. **RIASE online**, Évora, v. 3, n. 1, p. 886-900, 2017. Disponível em: <[http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/179/270](http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/179/270)>. Acesso em: 10 jan. 2020.

GOMES, A. R. M.; et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien.**, São Paulo, v. 4, n. 11, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.11.23-27>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

GOMES, I.E.M.; et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, Santa Maria, v.9, n. e61, p. 1-18, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34170>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

GONÇALVES, L. D.; COSTA E SILVA, J; RODRIGUES, M. S. Boas práticas na assistência ao parto - implicações do plano de parto. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas, v. 6, n. especial, 2018. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavid.com.br/index.php/RBCV/article/view/747>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

GOTTEMS, L.B.D.; et al. Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3000, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2234.3000>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, W.S.; et al. Assistência ao parto e suas mudanças ao longo do tempo no Brasil.

**Revista Multidebates**, Palmas, v. 2, n. 2, 2018. Disponível em:

<<http://revista.faculdadeitop.edu.br/index.php/revista/article/view/117/87>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

MACHADO, C.F.; et al. Cuidado de enfermagem na promoção do contato pele a pele mãe-filho na primeira hora de vida. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 20, n. 2, p. 485-496, 2019. Disponível em:

<<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2901/2460>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

MEDEIROS, R.K.S.; et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.**, Natal, v. ser IV, n. 4, 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

MELO, L.P.T.; et al. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento.

**Rev. Rene**, Fortaleza, v.18, n. 1, p. 59-67, 2017. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/18870/29603>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

MESSIAS, A.L.S.; et al. Violência obstétrica: experiências de puérperas primíparas em uma maternidade pública. **Cienc Cuid Saude**, Campinas, v.17, n. 1, 2018. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i1.40258>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

MIELKE, K.C.; GOUVEIA, H.G.; GONÇALVES, A.C. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Av Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 47-55, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MONGUILHOTT, J.J.C.; et al. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**,

Florianópolis, v. 52, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

NASCIMENTO, S.L.; et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, Jequié, n. 37, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n37/1409-4568-enfermeria-37-66.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100013>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

OPAS, Organización Panamericana de la Salud. **Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2019. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51552>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PASCHE, D. F.; et al. Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais. **Divulg. Saúde Debate**, Brasília, n. 52, p.58-71, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/lil-774070>>. Acesso em: 17 out. 2018.

PASQUALI, L.; et al. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PAQUALI, L. Validade dos testes. **Revista Examen**, Brasília, v.1, n.1, p. 14-48, 2017a. Disponível em: <<https://examen.emnuvens.com.br/rev/article/view/19/17>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. especial, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Petrópolis: Vozes, 2017b.

PEPSIC, Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Luiz Pasquali. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n.1, p. 204, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 nov. 2019.

PEREIRA, S.B.; et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. suppl 3, p. 1393-1399, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PINTO, J. S.; et al. **Métodos para estimação de reprodutividade de medidas**. Portugal: Faculdade de Medicina do Porto, 2018. Disponível em: <<https://users.med.up.pt/~joakim/intromed/estatisticakappa.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

RIBEIRO, M.A.S.; et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Rev. RENE**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 218-228, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3359>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

ROCHA, L.B.; et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. **Rev Med Saúde Brasília**, Brasília, v. 6, n. 3, p. 384-394, 2017. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318/5490>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

RODRIGUES, C.F.; et al. Práticas atuais de amamentação na primeira hora de vida em uma maternidade de risco habitual. **REAS/EJCH**, Santa Maria, v. 12, n. 1, e1826, p. 2-10, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e1826.2020>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SANTOS, F.A.P.S.; et al. Integralidade e atenção obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): reflexão à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Esc. Anna Nery**, Natal, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400602&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400602&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 19 nov. 2019.

SANTOS, R.C.S.; SANTOS, R.G. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Estação Científica (UNIFAP)**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 43-52, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1699/rafaelv6n2.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SCARTON, J.; et al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. **J. res.: fundam. care. online**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 17-24, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32239>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SILVA, C.N. Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer. **Revista SUSTINERE**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p. 150-174, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/sustinere.2018.33609>>. Acesso em: 22 nov. 2019.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N.M.C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26, n.3, p. 649-659, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

UNB, Universidade Federal de Brasília. Professor Emérito Luiz Pasquali. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. especial, p. 97-98, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

VALOIS, R.C.; et al. Análise do uso do partograma como instrumento de redução de complicações do parto. **REAS/EJCH**, Belém, v. Sup.35, e1466, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reas.e1466.2019>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

VERSIANI, C.C; et al. Significado de parto humanizado para gestantes. **J. res. fundam. care**. Online, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 1927-1935, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26705>>. Acesso em: 20 nov. 2019.

VIEIRA, M.J.O.; et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enf.**, Alagoas, v. 18, e1166, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>>. Acesso em: 05 jan. 2020.

## APÊNDICE A – CARTA CONVITE ENVIADA AOS JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

### CARTA CONVITE

Prezado (a),

O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas sente-se honrado em convidar a V.S.ª a participar, na condição de juiz, da pesquisa de mestrado intitulada “**Uso das boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro: um estudo de validação**”, de autoria da Mestranda Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira e orientação da Prof.ª Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos. Trata-se de pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa, pautada na validação de instrumento baseado na técnica de validação do conteúdo segundo Pasquali, com o objetivo de validar um instrumento que analise o uso das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na atenção ao parto seguro.

**Caso aceite nosso convite, orientamos seguir os seguintes passos:**

1. Visualizar o anexo deste e-mail, nele se encontra o instrumento para validação. Observar o layout e os itens apresentados;
2. Posteriormente clicar no link abaixo da Carta Convite, nele estará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.), o questionário de identificação e os itens para validação de conteúdo. A plataforma digital lhe ajudará a registrar seu consentimento para participação da pesquisa e suas respostas referentes à validação do instrumento.

Agradecemos antecipadamente,

*Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira*

Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira  
Pós-graduanda/Mestranda

*Amuzza Aylla Pereira dos Santos*

Prof.ª Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos  
Orientadora - ESENFAR/UFAL

Maceió/AL, 28 de outubro de 2019.



**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(T.C.L.E.)**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Uso das boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro: um estudo de validação**”, dos pesquisadores Mestranda Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira e Prof<sup>ª</sup>. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a validar um instrumento que analise o uso das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na atenção ao parto seguro.
2. A importância deste estudo é a de poder subsidiar os profissionais de saúde comprometidos com a obstetrícia, no planejamento e na implementação de práticas assistenciais que melhor atendam às necessidades e expectativas das mulheres, em busca de um melhor desfecho materno e perinatal.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Espera-se validar o instrumento que norteará e avaliará a assistência obstétrica quanto à realização das boas práticas conforme preconiza a OMS e Ministério da Saúde, a fim de diminuir indicadores de mortalidade materna e perinatal, oferecendo benefícios ao binômio mãe-filho, em busca de um parto seguro.
4. A coleta de dados começará em setembro/2018 e terminará em dezembro/2018.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: Os dados serão coletados após a aprovação do Comitê de Ética, utilizando um instrumento semiestruturado com dados de identificação para caracterizar a amostra de profissionais, além dos itens relativos às variáveis do instrumento em análise para validação que serão apresentados através de uma escala do tipo Likert. Além disso, ao final da análise dos itens, haverá um espaço em branco para possíveis sugestões.
6. A sua participação será na seguinte etapa: colheita de informações que possam avaliar as propriedades psicométricas do instrumento.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: invasão de privacidade, leve cansaço mental e quebra de confidencialidade dos dados.
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: A pesquisa trará benefícios para os profissionais de saúde ao passo que evidencia a importância de uma assistência obstétrica pautada em boas práticas em busca de um parto seguro, num modelo que favorece a autonomia profissional e preza pelo trabalho em equipe. Como resultado, também beneficiará a mulher, que será considerada protagonista no processo parturitivo, com busca a um desfecho mais favorável possível para o binômio mãe-filho.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: apoio dos pesquisadores por desconfortos gerados durante a participação, podendo ser encaminhado a um serviço psicológico se houver

necessidade, sendo responsáveis por ela: Mestranda Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira e Prof<sup>a</sup>. Dra. Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

10. Você será informado (a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, \_\_\_\_\_ tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço das responsáveis pela pesquisa:**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária.

Complemento: Bairro Tabuleiro do Martins

Cidade/CEP: 57072900

Telefone: 3214-1100

Ponto de referência: Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR

**Contato de urgência:** Sra. Maraysa Jéssyca de Oliveira Vieira

Endereço: Avenida Lourival Melo Mota, Cidade Universitária.

Complemento: Bairro Tabuleiro do Martins

Cidade/CEP: 57072900

Telefone: 99624-9820

Ponto de referência: Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR

**ATENÇÃO:** *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

**ATENÇÃO:** O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo , Campus A. C. Simões,  
Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.

E-mail: [comitedeeticaufal@gmail.com](mailto:comitedeeticaufal@gmail.com)

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

<hr style="width: 80%; margin: auto;"/>	
<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>Nome e Assinatura do responsável pelo estudo</p>	<hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p>Nome e Assinatura do responsável pelo estudo</p>

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM (MESTRADO)

**Instrumento para avaliar o uso das boas práticas obstétricas na atenção ao parto seguro.**

**Juiz (a):** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_

**Titulação** (marcar a maior titulação):

1. Graduação ( ) 2. Especialização ( ) 3. Residência ( ) 4. Mestrado ( ) 5. Doutorado ( )  
 6. Pós-doutorado ( )

**Atuação profissional atual** (aceita mais de uma marcação):

Assistência ( ) Ensino ( ) Pesquisa ( ) Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**Tem experiência profissional relacionada à assistência obstétrica? Há quanto tempo?**

1. Sim ( ) 2. Não ( );

Tempo: \_\_\_\_\_

**Já teve alguma experiência anterior com o processo de construção e/ou validação de instrumento?**

1. Sim ( ) 2. Não ( )

Instrução: Para validação de conteúdo será utilizada a escala tipo Likert, portanto as respostas deverão ser expressas na coluna **Validação do Conteúdo** em números conforme legenda abaixo:

1 = não relevante ou não representativo;

2 = item necessita de grande revisão para ser representativo;

3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo;

4 = item relevante ou representativo.

Em cada item existe um espaço para sugestões, nele você poderá sugerir modificações ou exclusão.

	<b>Validação do conteúdo</b>	<b>Sugestão</b>
Título: Avaliação da assistência prestada durante o parto normal com vista à realização de boas práticas obstétricas		

<b>Assistência ao parto normal (estrutura e práticas)</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Validação do conteúdo</b>	<b>Sugestão</b>
- O espaço físico ofereceu privacidade à mulher.				
- Foram utilizados protocolos que favorecem o parto seguro.				
- As decisões clínicas foram compartilhadas com a equipe de plantão.				
- O direito de escolha e permanência do acompanhante durante o trabalho de parto e parto foi respeitado.				
- O acompanhante foi informado sobre estado da parturiente durante o processo parturitivo.				
- A assistência ao parto foi realizada em leito PPP (pré-parto, parto e puerpério).				
- A parturiente foi consultada e orientada antes da realização dos procedimentos.				
- O espaço físico facilitou a deambulação da parturiente durante				

o trabalho de parto.				
- Houve oferta de líquido por via oral durante o trabalho de parto e parto.				
- Métodos não farmacológicos de alívio da dor foram ofertados durante o trabalho de parto e parto.				
- Houve estímulo à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e parto.				
- Houve estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto e parto.				
- O bem estar fetal foi monitorado por meio de ausculta intermitente.				
- O progresso do parto foi monitorado cuidadosamente por meio do partograma.				
- Utilizou-se infusão intravenosa de rotina durante o trabalho de parto e parto.				
- Os toques vaginais foram realizados em um intervalo menor que 4 horas.				
- Foi realizada amniotomia precoce.				
- A parturiente foi estimulada a fazer força no momento de expulsão do feto.				
- Foi realizada episiotomia.				
- As condições emocionais da mulher foram monitoradas durante o trabalho de parto e parto.				
- Foi oferecido contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho.				
- Foi realizado clampeamento tardio do cordão umbilical.				
- Houve amamentação na primeira hora de vida.				

## ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** USO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ATENÇÃO AO PARTO SEGURO: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO.

**Pesquisador:** Amuzza Aylla Pereira dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 02440218.0.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.857.857

#### **Apresentação do Projeto:**

As políticas públicas no campo da saúde materno-infantil têm apontado para a importância da humanização da assistência em saúde por meio da adoção de práticas baseadas em evidências científicas e que, principalmente, respeitem os direitos, a individualidade, a integralidade e a autonomia feminina nos diversos cenários de atenção. No entanto, essas políticas não conseguiram romper o paradigma hegemônico estruturado historicamente no país, e assim, não impactaram de forma significativa na assistência obstétrica e perinatal, constituindo-se uma barreira para a efetivação da humanização e qualidade da atenção ao parto e nascimento. Diante dessa realidade, faz-se necessário entender e atuar no parto e nascimento sob outro paradigma, que coloque a mulher no centro do cuidado, substituindo a intervenção pela interação, a separação pela inclusão; alterando as relações de poder. Nessa perspectiva, esse estudo tem por objetivo validar um instrumento que analise o uso das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na atenção ao parto seguro. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, pautado na validação de instrumento através da técnica de validação do conteúdo segundo Pasquali. A pesquisa incluirá médicos e enfermeiros, que atuam prestando assistência à mulher no parto normal. Os dados serão coletados utilizando um instrumento semiestruturado com dados de identificação para caracterizar a amostra de profissionais, além dos itens relativos às variáveis em análise para validação. Como se trata de um estudo descritivo buscará estimar

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 57.072-900

**UF:** AL

**Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comiteedeeticaufa@gmail.com



Continuação do Parecer 2.857.857

parâmetros da população estudada, através de proporções e média. Os dados serão consolidados no programa profissional IBM SPSS Statistics. Ao final da pesquisa, espera-se validar o instrumento que norteará e avaliará a assistência de enfermagem obstétrica quanto à realização das boas práticas conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, a fim de diminuir indicadores de mortalidade materna e perinatal, oferecendo benefícios ao binômio mãe-filho, em busca de um parto seguro.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

validar um instrumento que analise o uso das boas práticas obstétricas por profissionais de saúde na atenção ao parto seguro.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos relativos à pesquisa serão mínimos como por exemplo o incômodo ou insatisfação dos participantes de responder a entrevista, bem como o constrangimento ocasionado pelo tema. Caso essa situação se concretize, a entrevista será interrompida definitivamente ou parcialmente a depender da escolha do participante da pesquisa, e as pesquisadoras aceitarão a decisão.

**Benefícios:**

A pesquisa trará benefícios para os profissionais de saúde ao passo que evidencia a importância de uma assistência obstétrica pautada em boas práticas na busca por um parto seguro; seguindo um modelo que favorece a autonomia profissional e preza pelo trabalho em equipe. Como resultado, também beneficiará a mulher, que será considerada protagonista no processo parturitivo, com busca a um desfecho mais favorável possível para o binômio mãe-filho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um tema bastante importante do ponto de vista acadêmico e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Pb\_projeto;

Folha de rosto;

Dispensa de Anuência do local da pesquisa;

Declaração de publicização;

TCLE;

Projeto;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A - C. Dimões,  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
 UF: AL Município: MACEIO  
 Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufa@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 2.857.857

**Recomendações:**

No TCLE, a data só deverá ser colocada no momento da assinatura do TCLE pelo participante.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto atende as resoluções CEP 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Protocolo Aprovado**

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.<sup>a</sup> deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comiteoeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 2.857.857

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1164759.pdf	27/06/2018 22:54:01		Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	27/06/2018 22:53:23	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Outros	Dispensa.pdf	22/06/2018 16:17:13	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	22/06/2018 16:16:33	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/06/2018 16:16:13	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	22/06/2018 16:16:04	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 30 de Agosto de 2018

---

**Assinado por:  
Luciana Santana  
(Coordenador)**

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com