



# Manual para utilização do Instrumento

---

Análise da Adesão dos  
Profissionais às Boas Práticas  
na Atenção ao Parto



Elisabete Mesquita Peres de Carvalho  
Leila Bernarda Donato Göttems  
Manuela Costa Melo

## **Manual para utilização do Instrumento**

---

Análise da Adesão dos  
Profissionais às Boas Práticas  
na Atenção ao Parto

BRASÍLIA  
2024

## AVISO DE DIREITOS AUTORAIS

ESTE MANUAL QUE ORIENTA A UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ANÁLISE DA ADEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ÀS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO FOI PRODUTO DO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL E ELABORADO PELAS AUTORAS. PROTEGIDO POR DIREITOS AUTORAIS E INTERNACIONAIS. TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA DESDE QUE CITADA A FONTE. NÃO É PERMITIDA A SUA COMERCIALIZAÇÃO. TODOS OS AUTORES ENVOLVIDOS NO DESENVOLVIMENTO DESSE MANUAL DECLARAM AUSÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSE.

### **Elaboração**

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho  
Leila Bernarda Donato Göttems  
Manuela Costa Melo

**Revisão:** Gislene Barral

**Projeto Gráfico e Diagramação:** Patrícia Medeiros

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Carvalho, Elisabete Mesquita Peres de.

Manual para utilização do instrumento : análise de adesão dos profissionais às boas práticas na atenção ao parto / Elisabete Mesquita Peres de Carvalho, Leila Bernarda Donato Göttems, Manuela Costa Melo. --- Brasília : Elisabete Mesquita Peres de Carvalho, 2024.

64 p.

ISBN 978-65-01-27709-7

Manual elaborado a partir do produto final do Curso de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília – DF.

1. Saúde materna. 2. Parto humanizado. 3. Boas práticas obstétricas. 4. Instrumentos de avaliação. I. Carvalho, Elisabete Mesquita Peres de. II. Göttems, Leila Bernarda Donato. III. Melo, Manuela Costa. IV. Título.

Ficha elaborada pela bibliotecária Fabiana Gomes de Azevedo – CRB1 / 1578

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
PREFÁCIO	9
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1.1. O Instrumento</b>	<b>15</b>
<b>1.2. Em que contexto o instrumento foi criado?</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Quais são as Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas?</b>	<b>16</b>
<b>1.4. Como são realizadas as avaliações de serviços por meio de questionários?</b>	<b>16</b>
<b>2. CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Dimensões de Análise</b>	<b>20</b>
<b>2.1.1 Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento</b>	<b>20</b>
<b>2.1.2 Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas</b>	<b>23</b>
<b>2.1.3 Processos de trabalho em saúde</b>	<b>24</b>
<b>2.2. Como foram elaborados os itens do instrumento?</b>	<b>26</b>
<b>3. VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO e APARENTE</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Análise do Item em relação à Dimensão a que pertence</b>	<b>32</b>
<b>3.2. Análise do item em relação aos Critérios Estabelecidos</b>	<b>32</b>
<b>3.3. Utilização do Índice de Validade de Conteúdo</b>	<b>32</b>
<b>3.4. Análise Semântica</b>	<b>33</b>
<b>3.5 Padrão de Resposta Esperada</b>	<b>33</b>
<b>4. INSTRUMENTO – VERSÃO FINAL</b>	<b>39</b>
<b>5. ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>47</b>
<b>6. CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA SAÚDE</b>	<b>55</b>
REFERÊNCIAS	57
ÍNDICE REMISSIVO	61
BIOGRAFIA DAS AUTORAS E ORGANIZADORAS	63



## APRESENTAÇÃO

Os avanços nas evidências científicas surgem como dispositivos facilitadores na forma de promover, cuidar, mudar, proteger e recuperar o protagonismo da mulher no momento mais nobre e vulnerável em que ela vivencia cada gravidez, parto, nascimento, pós-parto e puerpério.

A vulnerabilidade que a mulher enfrenta no puerpério devido às mudanças hormonais, ao novo papel na família e na sociedade, e ao medo de não ser capaz de superar esse período, é crucial no processo reprodutivo. Dessa forma, o papel da enfermagem obstétrica é fundamental para minimizar a insegurança e fortalecer laços de afeto entre as pessoas que estarão envolvidas nesse cuidado.

Quando surge um elemento facilitador para ser aplicado nesse contexto, ele deve ser analisado com bastante cuidado e aproveitado como vetor de inovação e melhoria das práticas dos profissionais da enfermagem. As boas práticas obstétricas desempenham esse papel ao dar relevância aos processos de cuidado voltados à mulher, seu/sua companheiro(a) e familiares durante todas as experiências da gestão, parto e nascimento. Vale destacar que se trata de um processo repleto de memórias afetivas, assim como carregado de metas assistenciais, como a busca pela redução de cesarianas desnecessárias, redução da morbimortalidade materna e neonatal, incentivo à amamentação e redução da depressão pós-parto.

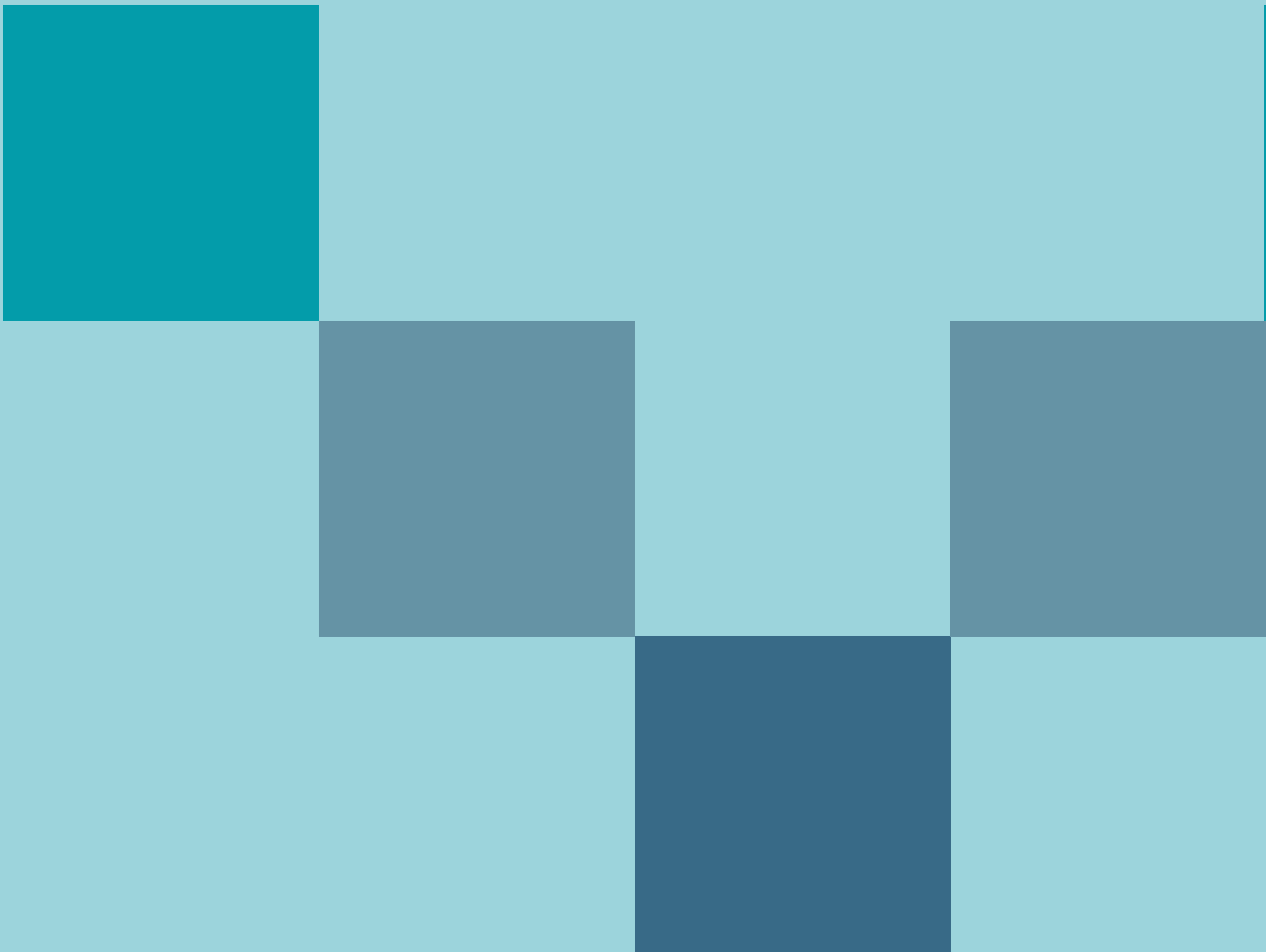
É neste contexto que este manual se insere. Apresentamos aqui uma proposta de instrumento avaliativo sobre a adesão às boas práticas obstétricas. Buscamos facilitar sua aplicação por profissionais da enfermagem e da medicina, além dos residentes da obstetrícia, na aplicabilidade, entendimento e uso do instrumento. Trata-se de uma proposta de avaliação dos cenários de atenção à gestação, parto e nascimento, visando à produção de evidências para melhorar ou validar a confiança dos profissionais nas práticas assistenciais que vêm sendo desenvolvidas, por meio de indicativos da organização de um serviço, de uma rede assistencial e das práticas individuais e em equipe.

Por se tratar de um dispositivo produzido a partir de pesquisa científica, reitero sua importância para todos os atores engajados na melhoria da qualidade do trabalho assistencial e de pesquisa nas instituições SES/DF-FEPECS e ESCS.

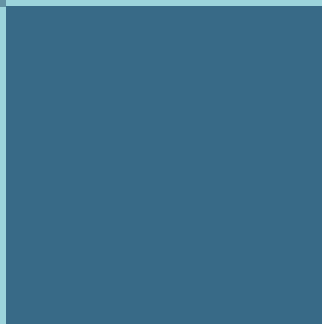
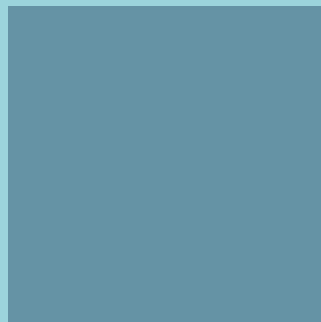
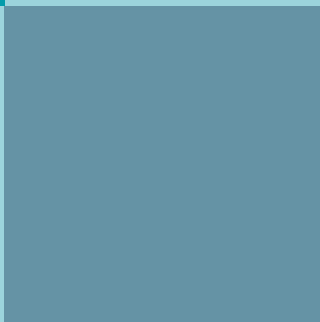
Sugiro às autoras que trabalhem na ampla divulgação do referido Manual, tanto dentro da própria Secretaria de Estado de Saúde (SES/DF) quanto para os profissionais enfermeiros e médicos do DF e entorno, com o intuito de analisar a adesão dos profissionais às boas práticas, na busca pela qualificação dos serviços e colaboradores que assistem à mulher no período reprodutivo.

Como assertivamente afirmam as autoras, o sistema de saúde brasileiro ainda tem grandes desafios para a oferta de atenção integral e de qualidade às mulheres. Todavia, identificam-se cenários com potencial de agir sinergicamente para uma efetiva mudança na atenção ao parto e nascimento, com a implementação de boas práticas perinatais como política pública, incluindo a revisão de rotinas e monitoramento de indicadores de processo e resultado, intervenções na ambiência e a inserção da enfermagem obstétrica na atenção ao parto de risco habitual, entre outras intervenções.

**Gerusa Amaral de Medeiros**  
Enfermeira Obstetra







## PREFÁCIO

Receber o convite da Elisabete Mesquita e da Leila Göttems para prefaciá-lo este precioso trabalho enche-me de alegria, esperança e satisfação, pois reafirma minha fé na Vida e nas pessoas, como são exemplos reais, a Bete e a Leila, nessa profícua parceria.

Sinto um forte desejo de expressar a minha gratidão por ter conhecido e minimamente participado da trajetória dessas mulheres. Da Leila, desde a graduação em Enfermagem na UnB, em 1994, e dos vínculos humanos tão fortemente vividos e consubstanciados nas experiências e expressões das pessoas que somos. Assim também me sinto com relação ao caminhar da Bete, desde o ano de 2000, quando participou da primeira turma do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UnB, caminho pioneiro na região Centro Oeste, desafiador e exigente, que percorremos juntas, mesmo sem acreditar que seriam exigidos novos e ampliados passos evolutivos como pessoa e como profissional. Passos esses que, até então, não podiam ser considerados possíveis diante da hegemonia e fixidez do modelo hospitalocêntrico e intervencionista de atenção às pessoas que vivenciam o processo de gestar, parir e maternar a Humanidade do Futuro.

Poder expressar em algumas linhas a edificante construção e disponibilização deste Manual, que apresenta e orienta a aplicabilidade do Instrumento de Análise da Adesão dos Profissionais às Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, escrito e sistematizado durante o caminho dessas pesquisadoras, tão permeado por desconstruções teóricas e laborais, é para mim uma grande tarefa. Esse meu olhar esperançoso me permite homenagear as autoras e trabalhadoras do SUS, historiando todo o seu empenho em elevar a qualidade dos serviços de atenção obstétrica e perinatal, saberes e fazeres, das práticas e rituais de cuidados às mulheres, bebês e familiares, capazes que são de vivenciar de forma integral e com dignidade as diferentes fases da sua experiência sexual e reprodutiva, é algo que me deixa muito feliz.

Entendo que o valor deste Manual se afirma por ser um guia prático que explica os detalhes necessários para otimizar o uso do “instrumento”, sensibilizar e motivar os profissionais e, assim, alcançar um diagnóstico mais aproximado possível das reais percepções, conhecimentos, habilidades e condições dos que as operacionalizam, na abordagem e na conduta de suas rotinas de trabalho nos serviços de obstetrícia.

Por meio da identificação do *modus operandi*, dos comportamentos e atitudes em relação às boas práticas na atenção ao parto e nascimento, será possível planejar estratégias de melhoria. Com base nos dados que identificam o modelo aplicado nas rotinas e protocolos do serviço, será possível organizar processos de implementação, de acréscimos e fortalecimentos das suas potencialidades identificadas, o que reverberará na qualidade das unidades de parto, das condutas e dos cuidados disponibilizados nos serviços de saúde, otimizando o SUS e a rede particular de saúde. Essas melhorias serão alcançadas a partir da mobilização desses setores para mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, respaldadas eticamente nos aspectos fundamentais das atividades cotidianas dos profissionais da saúde.

Neste mesmo sentido, as autoras discorrem sobre as Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, definidas tecnicamente nas suas quatro categorias, e destacam que sua utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais enfrentam relevantes desafios na capacidade de abertura e flexibilidade dos profissionais para lidar com os complexos fatores concernentes à diversidade de saberes, individuais e coletivos. Esses saberes se expõem na dinâmica dos Processos de trabalho em saúde, que se tornam desafiadores ao lidar com o significado da gestação como uma etapa da Vida humana que traz representações e ambivalências. Por um lado, a gestação é vista como uma experiência rica de esperança, com

expectativas e simbolismos, através da qual as pessoas ascendem a uma desejada parentalidade; por outro, pode simultaneamente reforçar um período de crise e de maior fragilidade pessoal e relacional, que podem chegar a desencadear fatores de riscos.

Assim, torna-se necessário abrir espaços para que seja plausível reunir esforços com o propósito de minimizar as vulnerabilidades da assistência, dificuldades e lacunas que necessitam de intervenção para melhorar as experiências laborais, reduzindo as cargas de estresse e de riscos dos profissionais. Ao se sentirem motivados a realizar mudanças na visão e na cultura de atendimento ao parto e nascimento, como experiência humana de quem cuida e de quem recebe os cuidados, à medida que têm acesso e validam o paradigma seguro, eficaz e profundamente respeitoso no cuidado obstétrico e neonatal, os profissionais poderão contribuir significativamente para as propostas governamentais e para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Isso se dará por meio da efetiva implementação das boas práticas respaldadas em evidências científicas preconizadas pela OMS, com a consequente redução das mortes maternas e perinatais evitáveis, como tão bem ressaltam as autoras.

Diante do propósito expresso, usufruam deste Manual na certeza de que ele é um contributo reflexivo e prático importante para utilização do Instrumento de Análise da Adesão dos Profissionais às Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento, visando à melhoria da qualidade do valioso trabalho das equipes de saúde, com sua efetivação e oferta de atenção integral, humanizada e de qualidade às mulheres, suas crianças e familiares.

**Silvéria Santos**

Enfermeira Parteira, Educadora Perinatal e Popular de base freiriana





# 1 INTRODUÇÃO

O parto e o nascimento são eventos transformadores na vida de mulheres e bebês e, na maioria das vezes, não apresentam riscos. O modelo de assistência ao parto é uma questão há muito discutida, particularmente no Brasil, desde a década de 1980. O Ministério da Saúde (MS) vem buscando garantir boas práticas obstétricas e neonatais, ambiência adequada e a inserção de enfermeiras obstétricas no cenário do parto e nascimento, com o objetivo de garantir que esse evento natural possa transcorrer de forma humanizada, segura e com o mínimo de intervenções. Nos últimos anos, a humanização do parto emergiu como uma prioridade fundamental, enfatizando a importância de um cuidado respeitoso, personalizado e baseado em evidências científicas. A adesão dos profissionais de saúde às boas práticas é fundamental para alcançar esses objetivos. Para entender e melhorar essa adesão, a

partir da pesquisa de Mestrado da autora foi pensado em construir um instrumento que fosse preciso e confiável.

A partir da necessidade de analisar a adesão dos profissionais às boas práticas, foi construído um instrumento para a observação das práticas assistenciais e de gestão complexas, relacionadas ao objeto de estudo e à compreensão das relações entre as diferentes variáveis psicológicas. A intenção é que o instrumento permita aos pesquisadores medir com precisão os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação às boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao fornecer dados quantitativos robustos, o instrumento facilita a identificação de padrões, a avaliação de intervenções e a elaboração de estratégias de melhoria.

**Um instrumento bem-construído permite não apenas a coleta de dados confiáveis, mas também a análise detalhada da adesão dos profissionais às práticas recomendadas. Com isso, é possível identificar áreas de excelência, bem como lacunas que necessitam de intervenção.**

Construir um instrumento que seja fidedigno ao construto investigado é uma tarefa de grande importância e complexidade. A fidelidade do instrumento garante que ele realmente meça o que se propõe a medir, proporcionando resultados válidos e replicáveis. No contexto da atenção ao parto e nascimento, um instrumento fidedigno assegura que as avaliações da adesão dos profissionais às boas práticas sejam precisas, permitindo intervenções mais direcionadas e eficazes.

O instrumento que analisa a adesão dos profissionais às boas práticas obstétricas foi produto de uma dissertação do Mestrado Profissional que despontou a partir da percepção da escassez de ferramentas específicas para avaliar as boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Quando não há instrumentos existentes que avaliem adequadamente as intervenções de interesse, a construção de

um novo instrumento se torna a única alternativa viável. A construção do instrumento passou por um processo metodológico rigoroso que envolveu várias etapas. A partir da publicação do instrumento, em 2015, percebeu-se a dificuldade na utilização por parte de outros pesquisadores. Por isso, este manual foi desenvolvido para orientar todos os pesquisadores e profissionais de saúde na utilização do Instrumento de Análise da Adesão dos Profissionais às Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento.

Este manual descreve as bases teóricas e empíricas do instrumento, os procedimentos para sua aplicação e as técnicas para interpretar os resultados. Ele representa um passo importante na jornada para a melhoria contínua das Práticas obstétricas e na promoção da saúde materno-infantil.

Agradecemos a todos os profissionais e pes-

quisadores que colaboraram na construção deste instrumento e incentivamos seu uso e disseminação para maximizar o impacto positivo na saúde pública.

## 1.1. O Instrumento

A assistência ao parto tem caminhado significativamente nas últimas décadas, impulsionada pelo reconhecimento crescente da importância de um cuidado humanizado e baseado em evidências. Historicamente, o parto era visto como um evento exclusivamente médico, frequentemente marcado por intervenções desnecessárias e pela falta de respeito à autonomia da mulher. No entanto, a conscientização sobre os direitos das gestantes e a valorização de suas experiências e necessidades individuais têm transformado esse cenário.

A assistência ao parto e nascimento, atualmente, enfatiza o respeito, a dignidade, e a centralidade da mulher no processo de nascimento, promovendo práticas que valorizam o suporte emocional, a participação ativa da gestante nas decisões, e a minimização de intervenções invasivas. Esse novo paradigma é respaldado por ampla literatura científica, que demonstra que práticas humanizadas não só melhoram os desfechos maternos e neonatais, como também proporcionam uma experiência de parto mais positiva para a mãe e o bebê.

Busca-se uma mudança cultural e profissional em direção a um atendimento que seja, ao mesmo tempo, seguro, eficaz e profundamente respeitoso. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental atuando como guardiões do bem-estar tanto da mãe quanto do recém-nascido. A competência técnica desses profissionais, aliada à sensibilidade e ao respeito pelos desejos e necessidades individuais das mulheres, é fundamental para a promoção de um parto humanizado. A literatura científica tem demonstrado que Práticas obstétricas humanizadas contribuem significativamente para melhores desfechos maternos e neonatais, além de promoverem uma experiência de

parto mais positiva e empoderadora para as mulheres (Carvalho; Silva, 2020; Rego Júnior et al., 2024).

Nesse contexto, o presente Manual visa oferecer informações necessárias para a adequada aplicação do instrumento, com o objetivo de analisar a adesão dos profissionais de saúde envolvidos na atenção ao parto às Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas, garantindo que cada mulher receba um atendimento respeitoso, seguro e centrado em suas necessidades.

## 1.2. Em que contexto o instrumento foi criado?

A criação de um instrumento para analisar as boas práticas dos profissionais na atenção ao parto surge como uma resposta necessária às crescentes demandas por um atendimento obstétrico que respeite os direitos, a dignidade e as necessidades das gestantes. No contexto atual, em que o movimento pela humanização do parto ganha força e visibilidade, é importante dispor de ferramentas que permitam avaliar de forma objetiva e sistemática as práticas adotadas pelos profissionais de saúde.

A aplicação do instrumento visa identificar, documentar e promover ações que estejam alinhadas com os princípios da humanização do parto, tais como a autonomia da mulher, o respeito ao seu corpo, a minimização de intervenções desnecessárias e o suporte emocional contínuo. Ao fornecer dados concretos e mensuráveis, este instrumento não apenas valoriza e reconhece os esforços dos profissionais comprometidos com uma assistência humanizada, segura e de qualidade, mas também serve como um guia para aprimorar a qualidade do cuidado obstétrico, garantindo que todas as gestantes possam vivenciar o parto como uma experiência positiva e empoderadora.

### **1.3. Quais são as Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas?**

Nos últimos anos, um crescente conjunto de pesquisas tem influenciado significativamente a maneira como os profissionais de saúde abordam o atendimento obstétrico. Essas práticas visam não apenas melhorar os desfechos maternos e neonatais, mas também assegurar uma experiência de parto positiva e respeitosa para as mulheres. O guia para a atenção ao parto normal, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996 (WHO, 1996), representou um marco na promoção do nascimento saudável e no combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Desde então, governos e sociedade civil organizada têm se engajado na divulgação e implementação dessas práticas, o que tem contribuído significativamente para a redução dos óbitos evitáveis (WHO, 1996; Carvalho, 2019; Gama; Thomaz, 2021).

Tais práticas de atenção ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, segundo sua utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional: A) as demonstrativamente úteis, que devem ser estimuladas; B) as claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser evitadas; C) aquelas com poucas evidências, que devem ser utilizadas com cautela; e D) as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (WHO, 1996).

Embora haja ampla divulgação desse documento, a hipermedicalização é considerada um dos maiores problemas da saúde materna no Brasil. Os partos institucionalizados e realizados por profissionais capacitados chegam a 98%; e em 90% dos casos, são realizados por um profissional médico. Medicamentos, como a ocitocina, têm sido usados na maioria dos partos vaginais, enquanto a cesariana se tornou a via mais comum de nascimento (Carvalho; Amorim; Santana; Göttems, 2019; Oliveira, 2022).

Persistem intervenções desnecessárias e sem critérios, assim como taxas de morta-

lidade materna elevadas, tanto no panorama nacional quanto internacional (Oliveira, 2022). Atualmente, a incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento se constitui em uma das principais estratégias de mudança do modelo obstétrico, de redução da morbimortalidade materna e infantil e de acesso a serviços de qualidade, conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), reiteradas pelas políticas de saúde no Brasil (WHO, 1996; Carvalho, 2019; Oliveira, 2022).

O modelo de organização da atenção ao parto e nascimento proposto pelo Ministério da Saúde (MS) desde a década de 1990, e reforçado em 2011, segue recomendações internacionais. Compõe-se de diretrizes para práticas que proporcionem às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos o cuidado integral e de qualidade, o acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como atores principais nesse cenário (Carvalho; Amorim; Santana; Göttems, 2019; Tempesta; Ruhana, 2021).

O sistema de saúde brasileiro ainda enfrenta grandes desafios na oferta de atenção integral e de qualidade às mulheres. Todavia, identificam-se cenários com potencial de agir sinergicamente para uma efetiva mudança na atenção ao parto e nascimento. Isso inclui a implementação de boas práticas perinatais como política pública, incluindo revisão de rotinas e monitoramento de indicadores de processo e resultado, intervenções na ambiência e inserção da enfermagem obstétrica na atenção ao parto de risco habitual, entre outras medidas (Carvalho; Amorim; Santana; Göttems, 2019; Carvalho, Göttems, Guilhem, 2022).

### **1.4. Como são realizadas as avaliações de serviços por meio de questionários?**

Nas últimas décadas, vários instrumentos de avaliação foram traduzidos, reformulados, elaborados, validados e publicados na literatura científica nacional. Esse cenário reflete



a crescente necessidade de estabelecer critérios que direcionem a escolha do instrumento mais adequado para cada finalidade específica. É importante saber utilizar, interpretar os resultados e evitar erros oriundos de fatores que interferem na medida. Escalas de avaliação não são instrumentos de fácil utilização. Um escore total de uma escala é uma quantificação aproximada, que nem sempre traduz a complexidade de fenômeno estudado (Gorenstein; Yuan-Pang; Hungerbühler, 2015).

A elaboração de um instrumento deve seguir os princípios teóricos considerados adequados e garantir que o mesmo possua propriedades psicométricas robustas. Entre as propriedades atribuídas às escalas de avaliação, destacam-se a confiabilidade e a validade. A confiabilidade refere-se à qualidade da medida em relação à sua precisão, ou seja, um instrumento é mais confiável quanto menor forem seus erros devido a viés ou acaso. “Confiabilidade”, “fidedignidade”, “reprodutibilidade” e “estabilidade” de uma escala são termos equivalentes que garantem que o efeito de uma intervenção seja documentado com exatidão. A validade refere-se

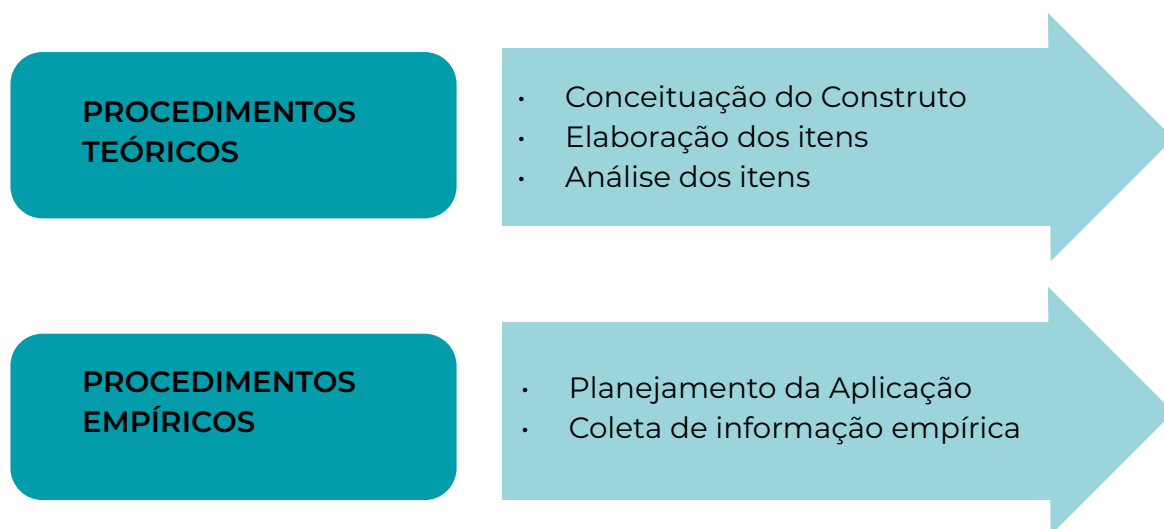
à capacidade de um instrumento de medir aquilo que ele se propõe a avaliar. O pesquisador deve certificar-se de que a escala realmente consegue mensurar o efeito de interesse, isto é, o construto medido pela escala. Ambas, confiabilidade e validade, são determinadas com diferentes metodologias (Gorenstein; Yuan-Pang; Hungerbühler, 2015).

Questionários bem elaborados podem capturar aspectos subjetivos e objetivos do cuidado, incluindo a percepção de respeito, comunicação, apoio emocional e intervenções clínicas. Além disso, a análise sistemática dessas avaliações facilita a implementação de práticas baseadas em evidências e orientadas para a humanização do parto, alinhando-se às recomendações de organizações de saúde global. Ao promover um feedback estruturado e contínuo, os questionários tornam-se ferramentas indispensáveis para gestores e profissionais de saúde. Eles garantem que os serviços prestados sejam seguros, eficazes e alinhados às necessidades das mulheres, contribuindo para uma assistência mais humanizada e centrada no paciente.





# 2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO



O processo de construção do instrumento pode ser basicamente dividido em dois eixos principais: procedimentos teóricos e procedimentos empíricos. Em relação aos procedimentos teóricos, o desenvolvimento ocorreu em três etapas: conceituação do construto, elaboração dos itens e análise dos itens (Pasquali, 2010). A conceituação do construto incluiu a definição constitutiva e a definição operacional. A definição constitutiva teve por finalidade descrever conceitualmente o construto para o qual o instrumento foi construído, fundamentando-se na teoria que o embasa. A definição operacional teve como objetivo descrevê-lo em termos de operações concretas, ou seja, em comportamentos físicos por meio dos quais o construto se expressa (Pasquali, 2010). É importante traduzir os conceitos abstratos em comportamentos que possam ser observados e mensurados. Pasquali (2010) propõe, que nessa etapa, sejam estabelecidas categorias de comportamento que, posteriormente, serão fundamentais na elaboração dos itens. Essas categorias devem ser estipuladas a partir da revisão da literatura sobre o construto.

Pasquali (2010) orienta para a relevância de dois passos nos procedimentos empíricos para a validação de um instrumento piloto: o planejamento da aplicação e a própria coleta da informação empírica. No planejamento da aplicação, é particularmente relevante a definição da amostra e as instruções de como o instrumento deve ser aplicado.

Com relação à amostra, Pasquali (2010) sugere que, se há segurança sobre quantos fatores o instrumento mede, então a amostra deve conter um mínimo de 100 sujeitos por fator medido. Assim, se o instrumento mede dois fatores ou duas dimensões, a amostra deve conter 200 sujeitos, considerando aqui que a população meta seja homogênea em relação ao traço latente que o instrumento mede. Quanto às instruções, estas se referem a como o sujeito vai responder o instrumento. São definidas a sistemática de aplicação, o formato em que ele se apresenta e o que o sujeito precisa fazer ao respondê-lo. O instrumento foi aplicado a uma amostra de 261 profissionais de saúde, sendo 111 enfermeiros e 150 médicos.

No que se refere à coleta de informação empírica, as precauções exigidas são aquelas sabidamente aplicadas em todas as pesquisas que requerem coleta de dados, além da exigência de um aplicador com competência para a tarefa posta.

## 2.1. Dimensões de Análise

### 2.1.1 Organização da Rede de Atenção à Gestaçã, ao Parto e ao Nascimento

Muitos programas e iniciativas foram desenvolvidos para melhorar a saúde materna. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado em 1983, pelo Mi-

nistério da Saúde, com o objetivo de cuidar da saúde da população feminina, abrangendo as necessidades e demandas em todas as fases e ciclo de vida, reduzindo a morbimortalidade. Esse modelo de atenção propõe a integralidade das ações articuladas entre os serviços de todos os níveis de atenção, a valorização de práticas educativas, a informação e o empoderamento da mulher sobre sua saúde, autocuidado, sexualidade, direitos e cidadania, ampliando a capacidade crítica das mulheres (Giovanella et al., 2012).

A formulação do PAISM pelo MS é considerada uma das maiores conquistas do movimento feminista, que nasceu no processo de discussão do movimento sanitário. Esse processo foi fundamentado na necessidade de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, tendo como prioridade a atenção primária e a integralidade da atenção à saúde. A integralidade, nesse contexto, incluía as noções de assistência primária, secundária e terciária, considerando aspectos físicos, emocionais e sociais da saúde. A assistência à mulher era contemplada desde a infância até a idade mais avançada e não somente durante o ciclo gravídico-puerperal. Essa abordagem veio romper com a ideia do materno-infantilismo, que reduzia a mulher à condição de mãe (Diniz, 2013; Rosa; Cabral, 2023).

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000 pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM nº 569, de 1º de junho, considera como prioridades: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na assistência à gestação de alto risco; incrementar o custeio de procedimentos específicos, e outras ações como a Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além de destinar recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realizar investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (Brasil, 2000; Costa et al., 2023).

Em 2011, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta inovadora, criada através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho, com o objetivo de promover a implantação de um novo modelo de atenção à saúde materna e infantil com foco na assistência ao parto, ao nascimento e ao desenvolvimento da criança. Essa proposta visava organizar a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil com garantia de acesso, acolhimento com classificação de risco e resolutividade, além de reduzir o número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças no país (Brasil, 2011).

A Rede Cegonha propôs diversas ações a serem implementadas no componente parto e nascimento, incluindo a incorporação das boas práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas recomendadas pela OMS; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de equipes que trabalhem de forma horizontal nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de colegiado gestor nas maternidades; ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos; garantia de oferta de leitos obstétricos e neonatais; implementação de centros de parto normal intra e peri-hospitalar (Brasil, 2011).

Em 2005, foi lançado o Projeto Parto Adequado, um projeto de melhoria da qualidade, visando fornecer apoio institucional, científico e metodológico aos hospitais que buscam reorganizar o modelo de atenção ao parto e nascimento. O projeto foi desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de acordo de cooperação técnica com o Institute Healthcare Improvement (IHI) e o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), com o apoio do Ministério da Saúde. As estratégias do Projeto Parto Adequado desenvolveram uma abordagem com base em experiências exitosas de redução de cesarianas no setor privado, incluindo quatro eixos primários: governança, empoderamento das mulheres, monitoramento de indicadores, e reorganização da estrutura e processos de cuidado (Leal et al. 2019; ANS, 2016; Cavalcanti; Gurgel Junior; Vasconcelos; Guerrero, 2013).

A ação, motivada pelo contexto do número excessivo de cesarianas praticadas no setor suplementar de saúde brasileiro – bem acima dos níveis mundialmente aceitáveis –, pretende contribuir para a disseminação do aprendizado e consolidação de estratégias para a redução da proporção de partos cesáreos desnecessários e dos riscos deles decorrentes. Trata-se de uma iniciativa concreta e factível para aumentar o percentual de partos vaginais como experiência positiva e segura para as gestantes, principalmente no setor de saúde suplementar no Brasil (Cavalcanti; Gurgel Junior; Vasconcelos; Guerrero, 2013; Dias; Leal; Esteves-Pereira; Nakamura-Pereira, 2022).

O estudo Nascer Saudável avaliou uma amostra de conveniência de hospitais participantes do Projeto Parto Adequado. As comparações das taxas de cesarianas nos hospitais avaliados durante o estudo com as taxas observadas no ano anterior à implantação do projeto demonstraram uma redução global de 10% da taxa de cesariana, evidenciando que políticas públicas bem conduzidas têm potencial para implementar as mudanças idealizadas para a forma de nascer (ANS, 2016; Cavalcanti; Gurgel Junior; Vasconcelos; Guerrero, 2013; Dias; Leal; Esteves-Pereira; Nakamura-Pereira, 2022).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal é o mais recente documento do Ministério da Saúde destinado à qualificação do modo de nascer no Brasil. Visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público e privado, sobre importantes questões relacionadas às práticas mais comuns na assistência ao parto e nascimento, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências disponíveis, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal.

Dentro do escopo e finalidades almejadas, a proposta do documento é promover modificações na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas utilizadas na assistência ao parto normal; diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais; reduzir intervenções desnecessárias;

difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências e fazer recomendações contra ou a favor de determinadas práticas no processo de decisão e condução da assistência ao parto normal. Para efeitos dessa Diretriz, entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo fazer uso de intervenções baseadas em evidências, como estimulação do trabalho de parto com ocitocina, ruptura artificial de membranas, alívio farmacológico da dor, alívio não farmacológico da dor e manejo ativo do terceiro período (Brasil, 2017a).

A elaboração dessa diretriz contou com o conhecimento e a expertise de muitos profissionais, dentre eles, médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, neonatologistas, anesthesiologistas e enfermeiras obstétricas. Esses especialistas foram convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e pela Coordenação Geral da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Foi, então, realizada uma busca por diretrizes de assistência ao parto, nos idiomas inglês, espanhol, francês e português, publicadas em 2004 e 2014, para análise e potencial adaptação. Após o processo de busca e identificação, as diretrizes foram avaliadas por três avaliadores independentes. Das seis diretrizes identificadas, o grupo decidiu utilizar as quatro mais bem avaliadas. A diretriz do NICE (National Institute for Health Care and Clinical Excellence) foi a fonte principal para a adaptação, enquanto as outras atuaram como fonte secundária, caso alguma das questões do escopo não fosse respondida pela diretriz principal (Carvalho, 2020).

O projeto Apice On é uma iniciativa do Ministério da Saúde, em parceria com a EB-SERH, ABRAHUE, MEC e IFF/FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora. Propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal em

hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha.

O propósito é ampliar o alcance de atuação dos hospitais na rede SUS, reformulando e/ou aprimorando Processos de trabalho e fluxos para adequação de acesso, cobertura e qualidade do cuidado. Desse modo, busca-se potencializar a parceria entre o Ministério da Saúde, os hospitais de ensino e as instituições formadoras vinculadas a esses serviços, visando fortalecer o papel dos diferentes atores como agentes de cooperação na área obstétrica e neonatal. Para tanto, o projeto propõe contribuir com a implementação e capilarização de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização, disponibilizando um conjunto de práticas formativas de atenção e gestão capazes de produzir impacto em toda a rede de serviços (Brasil, 2017b).

O projeto Apice On é constituído por uma rede de hospitais com atividades de ensino em todos os estados brasileiros. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a essas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais. Por isso, são espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade residência. Assim, a potencialização dos processos formativos em hospitais com atividades de ensino, espaços privilegiados de articulação de atenção à saúde ao ensino, à pesquisa, à extensão, ao desenvolvimento tecnológico e social, desponta como ação estratégica para abordagens que possibilitem o aprimoramento e a introdução e/ou fortalecimento de inovações nas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho (Brasil, 2017b).

Acredita-se que a incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades

e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, como também nas melhores práticas disponíveis, poderá produzir, a curto e médio prazos, efeitos significativos na qualidade do cuidado ofertado no SUS. Isso se dá a partir da mobilização desses serviços para mudanças nas práticas de formação, atenção e gestão, balizadas por uma ética do cuidado baseada nas relações, que são a fonte primeira que sustenta as profissões da saúde (Brasil, 2017b).

## 2.1.2 Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas

A experiência do parto não é a mesma em todo o mundo. Ela varia conforme os valores, as crenças e a cultura de cada povo. Toda comunidade tem suas regras para vivenciar o nascimento, definindo o local da sua ocorrência, determinando quem assiste e como assiste à parturiente. No passado, a experiência do parto era de caráter íntimo e privado, vivenciado exclusivamente pelas mulheres. Entre os séculos XV e XIX, era atribuída às parteiras, sendo proibida a entrada de homens no local do parto. Somente diante de um caso muito complicado, a parteira chamava um cirurgião. Gradualmente, entre os séculos XVI e XVII, a figura do cirurgião surgiu na atenção ao parto, enquanto a parteira foi perdendo o seu espaço (Brenes, 1991; Kappaun; Costa, 2020).

Quando se busca resgatar os valores de humanização no parto e nascimento, também se está propondo uma revalorização dos aspectos socioculturais. Esse movimento de humanização busca recuperar o caráter do parto como evento social complexo, que envolve as dimensões biológica, psíquica, social e cultural, como forma de combater as desigualdades existentes tanto entre os saberes como entre os sujeitos (Kappaun; Costa, 2020). O processo de significação do parto e do nascimento construído pelos saberes e práticas de determinados tipos de sujeitos partilha de uma área do saber em que novas práticas são inventadas e antigas práticas resgatadas. Tais práticas emergem principalmente de pesquisas científicas na

área da saúde; de saberes, crenças e tradições; de interesses políticos de organismos governamentais e internacionais; de movimentos sociais; de interesses econômicos de grupos e instituições diversas (Pereira, 2020; Nicida; Teixeira: Rodrigues, 2020).

Sentidos múltiplos e conflituosos, culturalmente construídos e não biologicamente determinados são pensados e verbalizados por sujeitos em um processo aberto e inacabado de significar o evento do nascimento. Assim, podem-se encontrar convergências e divergências, sobreposições e ambiguidades evidenciadas no discurso e na prática dos profissionais e das instituições (Pereira, 2020; Nicida; Teixeira: Rodrigues, 2020).

A expressão “parto natural” tem sido interpretada de maneiras variadas: alguns profissionais a consideram como sinônimo de parto sem intervenção técnica e medicamentosa, como um parto humanizado, ou como um evento que faz parte da natureza da mulher. Ao mesmo tempo em que a expressão “parto normal” é tida como sinônima de parto natural, alguns profissionais lhe têm atribuído sentidos divergentes. Eles afirmam que o parto normal pode requerer sim, o uso de medicações e tecnologias, e o conceituam, ainda, como sinônimo de ato médico (Pereira, 2020; Nicida; Teixeira: Rodrigues, 2020).

Ao longo dos tempos, de geração em geração, o ser humano tem buscado entender e desenvolver formas de interferir nos processos fisiológicos. Pesquisadores na Rússia, acompanhando o trabalho de parto, condicionavam as mulheres a controlarem o modo como respiravam e o barulho que emitiam. Na França, Lamaze reforçava a visão do parto como um processo voluntário, enquanto Dick-Read, no Reino Unido, escreveu que o segredo para uma evolução rápida da dilatação cervical seria a dissociação da mente do mecanismo do parto e observou que o medo era a causa mais comum do trabalho de parto difícil e doloroso porque a adrenalina inibe o processo do parto e interfere na ação e liberação da ocitocina (Odent, 2000).

O parto “normal” é definido como o parto de início espontâneo, de baixo risco desde o início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o expulsivo. O recém-nascido (RN) nasce de forma espontânea, cefálico, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas completas, com o binômio em perfeitas condições de saúde após o nascimento (OMS, 1996; Sá; Sousa: Rocha, 2020; Soares et al., 2022).

As práticas na condução do parto normal, baseadas em evidências científicas preconizadas pela OMS e adotadas pelo Ministério da Saúde, foram classificadas pelo Grupo Técnico de Trabalho sobre o Parto Normal em quatro categorias, dependendo de sua utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais: A - Práticas demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes; C - Práticas para as quais não existem evidências para apoiar sua recomendação; e D - Práticas utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996; Sá; Sousa: Rocha, 2020; Soares et al., 2022).

Essas práticas que favorecem o parto fisiológico têm sido amplamente discutidas, e vários estudos foram realizados e publicados com o intuito de estimular aquelas comprovadamente benéficas ou desestimular aquelas claramente prejudiciais na assistência ao parto e nascimento. Contudo, a implementação dessas práticas requer a adesão dos gestores locais, a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, o esclarecimento das gestantes durante o pré-natal sobre sua existência e utilização, e a efetiva mudança nos Processos de trabalhos.

### 2.1.3 Processos de trabalho em saúde

O trabalho em saúde pressupõe interação entre sujeitos e ocorre em um universo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente. O trabalho prescrito refere-se a tudo que está posto de antemão (normas, protocolos, tempo gasto no procedimento, forma de utilizar as ferramentas); já o traba-



lho real é aquele que acontece de fato rotineiramente, longe das condições ideais e idealizadas pelos gestores. Além da invisibilidade, característica do trabalho em saúde, que o deixa resistente à prescrição de tarefas padrão, nessa área a produção se realiza através do encontro entre os sujeitos.

Dessa forma, entendemos que o processo de trabalho em saúde é inteiramente dependente da relação entre pessoas. Sendo assim, um trabalhador isolado é incapaz de executar ações em saúde cuja produção se realiza no mesmo espaço partilhado com o usuário. É preciso salientar que esse encontro é permeado por saberes múltiplos, que tanto emana do profissional como daquele que busca o serviço, e, acima de tudo, do contexto que atravessa a relação entre eles: valores, crenças, ideias, emoções, e as instituições que permeiam a vida em sociedade, como a escola, a família, a TV, a pesquisa científica, a indústria farmacêutica, o mercado, entre outros (Faria; Araújo, 2010).

Considerando a realidade do trabalho em saúde, que é desenvolvido por pessoas para outras pessoas, e cuja complexidade envolve os saberes de diversas profissões, tem-se defendido que esse trabalho envolva práticas inter, pluri, multi e transdisciplinares, tanto para aprimorar a qualidade da atenção quanto para responder às demandas contemporâneas da saúde. Essa perspectiva interdisciplinar possibilita o exercício de um trabalho integrado e articulado, favorecendo tanto o entendimento dos profissionais quanto a qualidade dos resultados obtidos (Faria; Araújo, 2010).

Rocha e Almeida (2000) fazem uma análise crítica dos conceitos de inter, pluri, multi, e transdisciplinaridade, apoiadas em vários autores. Multidisciplinaridade consiste no conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico e científico. Pluridisciplinaridade significa a justaposição de diferentes disciplinas em um processo de tratamento de uma temática unificada, desenvolvendo relações entre si.

Interdisciplinaridade implica na efetiva relação em um grupo de disciplinas complexas, cujas relações seriam definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas. A transdisciplinaridade baseia-se na possibilidade de comunicação não entre campos disciplinares, mas entre agentes em cada campo, através da circulação não dos discursos, mas dos sujeitos dos discursos que interagem entre si na prática científica cotidiana do trabalho em equipe.

A organização de serviços com base no trabalho em equipe requer que as tomadas de decisão acerca desse processo aconteçam na equipe, descentralizadas da gerência, de forma que essa equipe tenha autonomia e responsabilidade pelas ações que planejam e realizam. No entanto, os mecanismos de responsabilização e prestação de contas devem ser definidos de forma compartilhada e comunicativa entre a gerência e a equipe, na busca da construção de consensos que expressem o entendimento em relação ao trabalho produzido e não simplesmente a fiscalização de tarefas (Peduzzi et al., 2011). A construção do trabalho em equipe requer, ainda, o enfrentamento dialógico dos conflitos, buscando uma dinâmica de flexibilização de regras, negociações e acordos entre agentes e requer compartilhar decisões e responsabilidades.

Para Peduzzi, Agreli, Silva e Souza (2020), o trabalho em equipe constitui-se a partir das relações produzidas pelo grupo de trabalhadores no seu cotidiano, podendo ser “uma rede de relações entre pessoas, rede de relações entre poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, onde é possível identificar processos grupais”. Essa forma de trabalho expressa os valores institucionais, a existência de espaços dialógicos possibilitando as decisões compartilhadas, o exercício da autonomia e a responsabilização de usuários, profissionais e gestores na produção do cuidado.

No trabalho exercido pelos profissionais de saúde, percebe-se que a atividade médica possui a máxima autonomia e exerce grande poder institucional. O médico ocupa o

centro da produção dos serviços de saúde, pois é ele quem realiza o diagnóstico e define o tratamento, enquanto os outros profissionais entram em cena a partir de uma demanda ou um indicativo médico. Muitas relações conflituosas decorrem das relações de poder dentro da equipe multiprofissional. Portanto, qualquer mudança que se pretenda realizar no contexto do trabalho em equipe é preciso que se tenha a coragem de superar os interesses corporativos (Abrasco, 2023).

Em muitos hospitais públicos nos dias atuais, impera um modelo de assistência impessoal, fragmentado, em que não há envolvimento com os pacientes e familiares. Esse modelo de serviço centrado na doença e nos problemas subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar, corroborando para que a ação dos outros profissionais da equipe de saúde esteja subjugada à lógica médica (Merhy, 1999).

Qualquer lugar onde se realizam as práticas de saúde acontece no campo dos processos de subjetivação, expressando-se na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. Esses processos são exemplificados pela produção subjetiva da reforma sanitária brasileira, do modelo médico hegemônico e pelos vários modelos profissionais do campo da saúde (Franco; Merhy, 2007).

Para recordar: as três dimensões que este instrumento busca avaliar nos serviços de saúde são:

- a) Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento
- b) Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas
- c) Processo de trabalho em saúde

## 2.2. Como foram elaborados os itens do instrumento?

Depois de conceituar o construto, procedemos à elaboração dos itens, que foram construídos a partir das categorias comportamentais (estabelecidas na definição operacional com base na revisão de literatura). Buscou-se assegurar que item expresse um comportamento concreto (e não uma abstração), que reproduza uma ideia única, que seja inteligível para a população-alvo e que apresente validade de conteúdo (Pasquali, 2010).

Os itens do instrumento “Adesão dos profissionais às boas práticas na atenção ao parto e nascimento” foram elaborados com base no referencial teórico sobre as diretrizes da organização da rede de atenção materna e infantil, as Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas utilizadas pelos profissionais na atenção ao parto e nascimento, e os Processos de trabalho em saúde. Esse instrumento permitiu identificar os conhecimentos dos profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento (médicos, enfermeiros, obstetras, residentes de obstetrícia), além de mapear os potenciais e os limites na perspectiva dos profissionais de saúde à adoção das práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto e nascimento.

A construção e validação do Questionário seguiu um protocolo de pesquisa metodológica, a qual foi desenvolvida em três etapas: procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos). Na etapa teórica, procedeu-se à elaboração de dimensões e itens a partir de ampla revisão de literatura de estudos sobre as Práticas obstétricas baseadas em evidências, Processos de trabalho e Redes de Atenção à Saúde (RAS). Ademais, buscou-se elaborar itens que correspondessem a comportamentos e atitudes individuais e coletivos que influenciam na implementação de ações e serviços (Duarte, 2015; Carvalho; Göttems; Pires, 2015), conforme Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Matriz para elaboração do Instrumento

Dimensão	Conceitos	Indicadores	Itens
Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento	<p>1.1 Mapa de vinculação: instrumento que ordena o fluxo de movimentação de gestantes entre o pré-natal e a assistência ao parto.</p> <p>1.2 Infraestrutura e ambiência: ambiente com capacidade para um ou dois leitos e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher em todos os períodos clínicos do parto, que favoreça a presença de acompanhante e proporcione condições para utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto.</p>	<p>1.1 Os profissionais conhecem a região/território de referência.</p> <p>1.2 São realizadas práticas de vinculação entre o pré-natal e a maternidade: visita de vinculação e atividades educativas.</p> <p>1.3 Existência de tecnologias leves para o alívio não farmacológico da dor.</p> <p>1.4 Ofertas de ações que incentivam o uso das tecnologias leves para o alívio não farmacológico da dor.</p>	<p>1.1.1. O serviço onde atuou dispõe de leitos PPP para a assistência ao parto</p> <p>1.1.2. O serviço onde atuou dispõe de tecnologias leves para o alívio não farmacológico da dor</p> <p>1.1.3. O serviço onde atuou dispõe de espaço para deambulação da gestante durante o TP.</p> <p>1.1.4. O serviço onde atuou realiza ações direcionadas ao uso correto da cama PPP, da bola, do cavalinho.</p> <p>1.1.5. Participo de ações direcionadas ao uso correto da cama PPP, da bola, do cavalinho.</p>
Práticas obstétricas baseadas em evidências científicas	<p>2.1 Conhecimento e uso das práticas baseadas em evidências científicas: processo que promove a solução de problemas da assistência à saúde pela tomada de decisão clínica baseada nas melhores evidências.</p>	<p>2.1 Aceitação ou não das práticas demonstrativamente úteis.</p> <p>2.2 Discordância ou não das práticas claramente prejudiciais e utilizadas de modo inadequado.</p> <p>2.3 Utilização ou não das práticas demonstrativamente úteis.</p>	<p>2.1.1. Estimulo a ingestão de líquidos por via oral durante o trabalho de parto.</p> <p>2.1.2. Prezo pelo respeito e privacidade da parturiente durante o T.P.</p> <p>2.1.3. Ofereço apoio físico e emocional</p> <p>2.1.4. Estimulo o suporte contínuo para as parturientes, por uma pessoa que seja da família: esposo, mãe, irmã, etc.</p> <p>2.1.5. Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente durante o trabalho de parto</p>

Dimensão	Conceitos	Indicadores	Itens
<b>Processos de trabalho em saúde</b>	<p>3.1 Existência de protocolos que orientem o processo de trabalho na atenção ao parto e nascimento: protocolos que orientem a condução do trabalho de parto e parto dentro do princípio da humanização e das práticas recomendadas pela OMS.</p> <p>3.2 Conhecimento científico como força produtiva: profissionais de saúde atuando em parceria, compartilhando a informação, tomada de decisão e em capacitação contínua.</p>	<p>3.1. Protocolos claros elaborados pela Regional ou SES/DF para nortear a condução do trabalho de parto dentro do princípio da Humanização e das Práticas recomendadas pela OMS.</p> <p>3.2. Profissionais de saúde atuando em parceria, compartilhando a informação e a tomada de decisão.</p> <p>3.3. Prontuário eletrônico para registro de todas as intercorrências e condutas realizadas na assistência à parturiente.</p>	<p>3.1.1 Existem Processos de trabalho claros para assistência ao parto habitual.</p> <p>3.1.2 A equipe multiprofissional atua em parceria, compartilhando informações e decisões.</p> <p>3.1.3 O prontuário eletrônico facilitou os registros da assistência ao parto e nascimento.</p>

Houve facilidade na criação de itens em relação às boas práticas de atenção ao parto (alimentação e movimentação durante o trabalho de parto e parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e monitoramento do trabalho de parto pelo partograma) e às intervenções obstétricas (hidratação venosa, ocitocina para acelerar o trabalho de parto, amniotomia, manobra de Kristeller e episiotomia). Isto se deve à quantidade expressiva de publicações sobre o tema, bem como de protocolos internacionais, nacionais e locais (WHO, 1996; Brasil, 2011; Leal, 2014; Carvalho, Göttems; Pires, 2015).

Por outro lado, a elaboração de itens relacionados ao processo de trabalho e às novas práticas oriundas das RAS apresentou maiores desafios. Isso incluiu itens relativos a valores institucionais, existência de espa-

ços dialógicos, tomada de decisões compartilhadas, valorização do conhecimento científico dos profissionais de saúde, utilização de mapas de vinculação, territorialização das unidades de saúde e visita prévia à maternidade.

Ao concluir a elaboração dos itens, seguiu-se a etapa para análise de conteúdo pelos especialistas e, posteriormente, a análise semântica pelo público-alvo. Ressalta-se que os juízes convidados para validação do instrumento são profissionais de renomeado saber, cuja seleção levou em conta suas publicações sobre o tema, conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas, e experiência clínica. Segundo Seize (2017), apenas a experiência clínica pode não ser suficiente para que o especialista esteja apto a ajuizar os itens.







# 3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARENTE

### 3.1. Análise do Item em relação à Dimensão a que pertence

Os juízes inicialmente utilizaram uma planilha para avaliarem cada item em relação à Dimensão a que ele pertence. Eles indicaram se concordavam ou não com a classificação do item dentro da primeira, segunda ou terceira Dimensão.

### 3.2. Análise do item em relação aos Critérios Estabelecidos

Os juízes receberam um Guia para avaliação do instrumento. Para definir o significado e o sentido de cada atributo, foram adotados os conceitos descritos na sequência:

**Critério Comportamental:** o item deve expressar um comportamento, e não uma abstração. O item deve permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.

**Critério de Objetividade ou de Desejabilidade:** o item deve possibilitar concordar ou discordar ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência. Não existem, nesse caso, respostas certas ou erradas; apenas diferentes gostos, preferências, sentimentos e modos de ser.

**Critério de Simplicidade:** o item deve expressar uma única ideia.

**Critério de Clareza:** deve-se avaliar a redação dos itens para garantir que o conceito esteja compreensível e expresse adequadamente o que se pretende medir.

**Critério de Relevância (pertinência, correspondência):** verificar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos e se estão adequados para atingir os objetivos propostos.

#### Critério de Variedade:

I – variação da linguagem: o uso dos mesmos termos em todos os itens pode confundir as frases e provocar monotonia, cansaço e aborrecimento.

II – itens favoráveis e desfavoráveis: formular a metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis, para evitar respostas estereotipadas à esquerda ou à direita da escala de resposta.

Os juízes analisaram os itens segundo os critérios comportamental, objetividade, simplicidade, clareza, relevância, variedade em relação à linguagem e em relação às escalas preferenciais. Os critérios receberam valores numéricos: (1) Não Representativo; (2) Item necessita de grande revisão para ser representativo; (3) Item necessita de pequena revisão para ser representativo; (4) Representativo (Bellucci, 2012; Pasquali, 1998). O escore do índice foi calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas (considerados como relevantes), dividida pelo número total de respostas (Bellucci, 2012; Polit; Beck, 2006).

### 3.3. Utilização do Índice de Validade de Conteúdo

Por último, a partir do julgamento dos especialistas se os itens estavam adequados aos atributos da construção teórica, procedeu-se ao cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para identificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de análise das respostas (Alexandre, Colucci, 2011; Polit; Beck, 2006). Este índice permitiu analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Uma concordância acima de 90% entre os juízes serviu como um dos critérios de decisão sobre a pertinência do item a que teoricamente se referiu. Este corte, acima dos recomendados na literatura (IVC 0,8) (Pasquali, 1998; Polit; Beck, 2006), foi usado para contemplar a limitação do índice, que não mensura a concordância ao acaso.



Como critérios adicionais, foram utilizados: a – redundância do item com outros existentes no instrumento; b – equilíbrio entre os itens com afirmações positivas e negativas em cada Dimensão; c – frequência de sugestões e recomendações apresentadas pelos juízes para cada item; d – coerência entre o item e as condições reais de trabalho comumente relatadas nos estudos sobre adesão dos profissionais às boas práticas obstétricas de atenção ao parto (Rocha; Novaes, 2010).

Em cada Dimensão deixou-se espaço para que os juízes indicassem revisões necessárias nos itens; itens necessários, porém ausentes na Dimensão; itens desnecessários no instrumento; e comentários ou sugestões quanto à avaliação dos itens na Dimensão (Alexandre; Colucci, 2011; Polit; Beck, 2006).

Participaram 10 juízes, com comprovada experiência clínica, publicações sobre o tema e conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas. Foram realizadas algumas mudanças nos itens para incorporar as sugestões dos juízes, para atender o critério comportamental, remanejamentos em relação às dimensões e acréscimo para preencher lacunas identificadas. O instrumento foi fechado com 50 itens. Todas as alterações foram realizadas antes da Análise Semântica, que tem por objetivo verificar se todos os itens estão compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina (Pasquali, 2010).

### 3.4. Análise Semântica

A finalidade da análise semântica é verificar se os itens são compreendidos adequadamente pela população-alvo. Essa análise consistiu na checagem dos itens em uma situação de brainstorming pelo público-alvo ao qual o instrumento se destina. Cada item foi apresentado oralmente ao grupo de profissionais, pedindo que ele fosse reproduzido em outras palavras pelos membros do grupo. Quando a reprodução do item não gerava nenhuma dúvida, foi considerado completamente compreendido. Quando

o pesquisador percebia que o item estava sendo entendido diferentemente do que deveria, o item era considerado problemático (Pasquali, 2010). O instrumento foi aplicado a oito profissionais de saúde que laboram na atenção ao parto, sendo cinco enfermeiros(as) e três médicas. Todas as sugestões dadas pelo público-alvo foram anotadas para adequação, e uma segunda análise foi realizada no mesmo mês.

Finalizada a etapa de análise semântica, os itens foram estruturados em escala Likert, que ficou assim organizada: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo Parcialmente; (3) Não Sei/Não se Aplica; (4) Concordo Parcialmente; (5) Concordo Totalmente. Observou-se a recomendação teórica de escalas com cinco classes, sendo a do meio neutra (Curado, 2014). Após a aplicação em amostra representativa conforme a regra de polegar, pretendeu-se construir escores por meio da soma das valorações dos itens e criação de variáveis adicionais do tipo intervalar (Curado, 2014).

### 3.5 Padrão de Resposta Esperada

Cada um dos 50 itens das três dimensões possibilita a resposta por meio da escala de Likert de cinco pontos (discordo totalmente – escore 1; até concordo totalmente – escore 5). O instrumento tem 22 itens com escores reversos (1, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 39, 41, 44, 48, 49, 50). Por exemplo, para o item “Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto”, quanto maior o escore, maior a adesão. Em contraste, para os itens que apresentam escore reverso (exemplo: “Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço”), quanto maior o escore, pior é a adesão.

Para facilitar a interpretação, foi elaborado um quadro com o padrão de resposta esperada para um serviço com adesão completa às boas práticas obstétricas (Quadro 2). Assim, para cada resposta esperada, atribuem-se pontos conforme a sua adequação total ou parcial. Isto permite calcular uma soma-

tória de pontos para cada item e para cada Dimensão, o que gerará um escore médio por item e por Dimensão.

O conceito de padrão de resposta esperada refere-se a uma resposta ou comportamento ideal que é estabelecido como referência para a avaliação de práticas ou procedimentos, especialmente no contexto de saúde. Trata-se de um conjunto de respos-

tas previamente definido, baseado em diretrizes ou evidências científicas, que serve como modelo para aferir o nível de adesão ou conformidade de um serviço ou profissional com as boas práticas recomendadas. Ao comparar as respostas reais com o padrão esperado, é possível calcular escores que indicam o grau de adequação ou não dos serviços avaliados.

Quadro 2 - Padrão de respostas adequadas esperada e pontuação do item. Brasília, 2024.

Itens	Padrão de resposta adequada esperada	Pontos
<b>Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento</b>		
1 - Desconheço a área de abrangência deste serviço de atenção ao parto e nascimento.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
2 - Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
3 - Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
4 - Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
5 - Normalmente atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
6 - A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
7 - Recebemos gestantes sem o plano de parto individual elaborado durante o pré-natal.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
8 - Em geral, recebemos as parturientes sem todos os resultados dos exames de rastreamento do risco realizados no pré-natal.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
9 - Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
10 - Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
11 - Quando necessitamos de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0

Itens	Padrão de resposta adequada esperada	Pontos
12 - O acesso às informações realizadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
13 - O parto normal é realizado em leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) neste serviço.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
<b>Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas</b>		
14 - Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto, rotineiramente.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
15 - Utilizo cortinas e/ou biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
16 - Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
17 - Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
18 - O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
19 - Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante Trabalho de Parto e Parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
20 - Estimulo a deambulação da gestante durante o trabalho de parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
21 - Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
22 - Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o trabalho de parto e parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
23 - Na fase ativa do trabalho de parto, realizo ausculta de batimentos cardíacos a cada 30 min., rotineiramente.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
24 - Utilizo partograma para acompanhar o trabalho de parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
25 - Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
26 - Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
27 - Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
28 - A tricotomia é realizada rotineiramente, neste serviço.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0

Itens	Padrão de resposta adequada esperada	Pontos
29 - Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o trabalho de parto e parto.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
30 - A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
31 - Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
32 - Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
33 - Evita-se a realização de toques vaginais por mais de um profissional.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
34 - Realizo manobra de Kristeller quando necessário.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
35- A amniotomia precoce raramente é realizada neste serviço.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
<b>Processos de Trabalho</b>		
36 - Sigo as recomendações do MS na atenção ao parto e nascimento.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
37 - As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
38 - Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
39 - Cada profissional assiste ao parto conforme sua experiência.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
40 - Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
41 - Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
42 - Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
43 - Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0

Itens	Padrão de resposta adequada esperada	Pontos
44 - Assisto ao parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
45 - Neste serviço, os profissionais capacitam-se periodicamente.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
46 - Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
47 - Registro informações sobre a atenção ao parto e nascimento apenas no prontuário eletrônico.	Concordo totalmente Concordo parcialmente	1,0
48 - Raramente consulto as informações sobre o pré-natal registradas no cartão da gestante.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
49 - As ofertas de capacitação para os profissionais desta equipe são raras.	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0
50 - A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras (os) é restrita a alguns plantões (escassa).	Discordo totalmente Discordo parcialmente	1,0





# **4** **INSTRUMENTO –** **VERSÃO FINAL**

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

### Formação:

Médica(o)

Enfermeira(o)

Residente Medicina

Residente Enfermagem

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Solteiro(a)  Casado  União estável  Outro

No filhos: \_\_\_\_\_

Carga horária semanal de trabalho: \_\_\_\_\_ horas

Número de vínculos empregatícios (empregos): \_\_\_\_\_

Quantos vínculos públicos? \_\_\_\_\_

Quantos vínculos privados? \_\_\_\_\_

Consultório particular?  Sim  Não

Há quanto tempo atua na sala de parto? \_\_\_\_\_ meses/anos

Em qual escola realizou a **graduação**: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão da **graduação**: \_\_\_\_\_

Em qual escola/serviço onde realizou a residência/especialização em obstetrícia:

Ano de conclusão da **residência** em obstetrícia: \_\_\_\_\_

Descreva as demais **especialização(ões)/residências** realizadas, em ordem cronológica:

1) \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

### Pós-Graduação Stricto Sensu:

Mestrado Área: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Doutorado Área: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Participou de eventos científicos sobre saúde materna e infantil nos últimos dois anos?

Sim  Não

Se sim, em quais?

Participou de capacitações/oficinas/seminários sobre saúde materna e infantil oferecidas pela SES-DF nos últimos dois anos?  Sim  Não

Se sim, em quais?



## UNIDADE DE SAÚDE ONDE TRABALHA

( )	Hospital Regional de Samambaia	( )	Hospital Regional de Planaltina
( )	Hospital Regional de Taguatinga	( )	Hospital Regional de Santa Maria
( )	Hospital Regional de Sobradinho	( )	Hospital Regional do Gama
( )	Hospital Regional da Asa Norte	( )	Hospital Materno Infantil de Brasília
( )	Hospital Regional de Ceilândia	( )	Hospital Regional do Paranoá
( )	Hospital Regional de Brazlândia		

Julgue os itens abaixo pensando no Centro Obstétrico onde você atua.  
Utilize as legendas para as questões de 1 a 50.

### LEGENDA

Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não sei/ não se aplica 3	Concordo Parcialmente 4		Concordo Totalmente 5	
01	Desconheço a área de abrangência deste serviço de atenção ao parto e nascimento.	1	2	3	4	5
02	Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço.	1	2	3	4	5
03	Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.	1	2	3	4	5
04	Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia.	1	2	3	4	5
05	Normalmente atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos.	1	2	3	4	5
06	A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente.	1	2	3	4	5
07	Recebemos gestantes sem o plano de parto individual elaborado durante o pré-natal.	1	2	3	4	5
08	Em geral, recebemos as parturientes sem todos os resultados dos exames de rastreamento do risco realizados no pré-natal.	1	2	3	4	5
09	Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário.	1	2	3	4	5
10	Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento.	1	2	3	4	5
11	Quando necessitamos de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.	1	2	3	4	5

Julgue os itens abaixo pensando no Centro Obstétrico onde você atua.  
Utilize as legendas para as questões de 1 a 50.

#### LEGENDA

Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não sei/ não se aplica 3	Concordo Parcialmente 4		Concordo Totalmente 5	
12	O acesso às informações realizadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.	1	2	3	4	5
13	O parto normal é realizado em leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) neste serviço.	1	2	3	4	5
14	Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto, rotineiramente.	1	2	3	4	5
15	Utilizo cortinas e/ou biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.	1	2	3	4	5
16	Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.	1	2	3	4	5
17	Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.	1	2	3	4	5
18	O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.	1	2	3	4	5
19	Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante Trabalho de Parto e Parto.	1	2	3	4	5
20	Estimulo a deambulação da gestante durante o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
21	Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.	1	2	3	4	5
22	Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o trabalho de parto e parto.	1	2	3	4	5
23	Na fase ativa do trabalho de parto, realizo ausculta de batimentos cardíacos a cada 30 min., rotineiramente.	1	2	3	4	5
24	Utilizo partograma para acompanhar o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
25	Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.	1	2	3	4	5
26	Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto.	1	2	3	4	5

Julgue os itens abaixo pensando no Centro Obstétrico onde você atua.  
Utilize as legendas para as questões de 1 a 50.

LEGENDA

Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não sei/ não se aplica 3	Concordo Parcialmente 4		Concordo Totalmente 5	
27	Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto.	1	2	3	4	5
28	A tricotomia é realizada rotineiramente, neste serviço.	1	2	3	4	5
29	Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o trabalho de parto e parto.	1	2	3	4	5
30	A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP.	1	2	3	4	5
31	Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.	1	2	3	4	5
32	Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.	1	2	3	4	5
33	Evita-se a realização de toques vaginais por mais de um profissional.	1	2	3	4	5
34	Realizo manobra de Kristeller quando necessário.	1	2	3	4	5
35	A amniotomia precoce raramente é realizada neste serviço.	1	2	3	4	5
36	Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.	1	2	3	4	5
37	As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.	1	2	3	4	5
38	Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.	1	2	3	4	5
39	Cada profissional assiste ao parto conforme sua experiência.	1	2	3	4	5
40	Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.	1	2	3	4	5
41	Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.	1	2	3	4	5
42	Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.	1	2	3	4	5
43	Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.	1	2	3	4	5
44	Assisto ao parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco.	1	2	3	4	5

Julgue os itens abaixo pensando no Centro Obstétrico onde você atua.  
Utilize as legendas para as questões de 1 a 50.

LEGENDA

Discordo Totalmente 1	Discordo Parcialmente 2	Não sei/ não se aplica 3	Concordo Parcialmente 4		Concordo Totalmente 5	
45	Neste serviço, os profissionais capacitam-se periodicamente.	1	2	3	4	5
46	Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.	1	2	3	4	5
47	Registro informações sobre a atenção ao parto e nascimento apenas no prontuário eletrônico.	1	2	3	4	5
48	Raramente consulto as informações sobre o pré-natal registradas no cartão da gestante.	1	2	3	4	5
49	As ofertas de capacitação para os profissionais desta equipe são raras.	1	2	3	4	5
50	A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras (os) é restrita a alguns plantões (escassa).	1	2	3	4	5

Na sua família e entre seus amigos, você estimula o parto normal?  
( ) Sim ( ) Não







# **5** **ORIENTAÇÕES PARA APLICAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

O instrumento destina-se a ser respondido por profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento. É autoaplicável e não requer entrevista. Pode ser aplicado impresso ou por meio eletrônico.

Nas questões específicas da Boas Práticas Obstétricas, propõem-se as seguintes formas de interpretar:

O questionário contém questões negativas (reversas), as quais já foram tratadas no momento de se definirem as respostas adequadas. As questões 1, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 17, 18, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 39, 41, 44, 48, 49, 50 são reversas. Isto significa que se os participantes responderem “discordo totalmente” ou “discordo parcialmente”, são respostas adequadas aos serviços de saúde em relação às boas práticas obstétricas. Nesses casos, receberão 1 ponto em cada item. Se responderem “concordo totalmente” ou “concordo parcialmente” ou “não se aplica”, receberão 0 ponto.

- Após atribuir os pontos para cada resposta adequada no tratamento dos dados, conforme Quadro 2, calcula-se o percentual de respostas adequadas em cada item, somando-se as respostas adequadas de cada item, dividindo-se pelo número total de respondentes e multiplicando-se por 100. Exemplo na Tabela 1.

$$\text{Percentual de Respostas Adequadas} = \frac{\text{Soma de Respostas Adequadas de cada item} \times 100}{\text{Número Total de Respondentes}}$$

Passo a Passo para calcular o percentual:

1. Identifique o número de respostas adequadas para cada item.
2. Determine o número total de respondentes.
3. Aplique a fórmula.

Tomemos como exemplo a Tabela 1, na qual constam as respostas de 28 respondentes para os 13 itens da Dimensão 1.

Para o Item 1, temos 23 respostas adequadas de um total de 28 respondentes.

- Aplicando-se a fórmula, tem-se 82,14% de respostas adequadas  $[23/28] \times 100 = 82,14\%$

Pode-se também, a critério do pesquisador ou avaliador, calcular o percentual de respostas adequadas para cada participante, somando-se o total de respostas adequadas e dividindo-se pelo total de itens.

Conforme a Tabela 1, o Participante 1 obteve 4 RA de um total de 12 itens da Dimensão 1. Sendo assim, obteve 30,7% de Respostas Adequadas. Já o Participante 20, respondeu adequadamente a 8 itens de um total de 13, obtendo-se 61,54% de respostas adequadas.

OBS: o cálculo de RA por participante possibilita realizar comparações entre grupos diferentes de profissionais.

É importante calcular o percentual médio de RA da Dimensão para facilitar a comparação entre as dimensões. Para este cálculo, somam-se todos os percentuais de respostas adequadas aos itens e divide-se pelo número de itens.

$$\% \text{ de RAD} = \frac{\sum \% \text{ RAI}}{n^{\circ} \text{ Itens}}$$

Onde:  
RAD – Respostas Adequadas por Dimensão  
RAI – Respostas Adequadas por Itens

Tomando-se como exemplo a Tabela 1, tem-se:

$$\% \text{ RAD} = [82,14 + 64,29 + 46,43 + 53,57 + 21,43 + 7,14 + 25,00 + 35,71 + 42,86 + 21,43 + 10,71 + 71,43 + 96,43]/13 = 44,51$$

Isso significa dizer que a Dimensão 1 alcançou 44,51% de RA.



Tabela 1 - Exemplo hipotético de como tabular e calcular o percentual de RA por item, por participante e por Dimensão

P	Form.	I.1	I.2	I.3	I.4	I.5	I.6	I.7	I.8	I.9	I.10	I.11	I.12	I.13	% RA
1	Méd	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	30,77
2	Méd	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	23,08
3	Enf	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	61,54
4	Enf	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	46,15
5	Enf	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	30,77
6	Enf	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	38,46
7	EnfR	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	53,85
8	EnfR	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	38,46
9	EnfR	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	46,15
10	Enf	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	53,85
11	Enf	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	53,85
12	MédR	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	46,15
13	Méd	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	46,15
14	Méd	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	38,46
15	Méd	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	38,46
16	MédR	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	30,77
17	MédR	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	38,46
18	Enf	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	46,15
19	Enf	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	53,85
20	Méd	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	61,54
21	Enf	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	46,15
22	Méd	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	46,15
23	Enf	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	53,85
24	Enf	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	46,15
25	Méd	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	53,85
26	Enf	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	46,15
27	Enf	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	53,85
28	Enf	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	23,08
Nº RA		23	18	13	15	6	2	7	10	12	6	3	20	27	
% RA		82,14	64,29	46,43	53,57	21,43	7,14	25,00	35,71	42,86	21,43	10,71	71,43	96,43	44,50

Legenda: I= Item P=participante; RA = Respostas Adequadas; Méd. = Médico; MédR = Médico Residente; Enf.= Enfermeiro; EnfR = Enfermeiro Residente.

Segue-se o exemplo hipotético para a Dimensões 2 e 3 nas próximas tabelas (Tabela 2 e Tabela 3, respectivamente). Observa-se que na Dimensão 2, o % de RA foi de 64,77. Na Dimensão 3, foi de 52,62%.

Tabela 2 - Exemplo de cálculo para a Dimensão 2

P	I.14	I.15	I.16	I.17	I.18	I.19	I.20	I.21	I.22	I.23	I.24	I.25	I.26	I.27	I.28	I.29	I.30	I.31	I.32	I.33	I.34	I.35	% RA
1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	63,64
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	77,27
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	86,36
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	72,73
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	86,36
6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	77,27
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	86,36
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	68,18
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	72,73
10	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	31,82
11	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	40,91
12	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	59,09
13	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	54,55
14	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	59,09
15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	68,18
16	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	77,27
17	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	59,09
18	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	36,36
19	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	40,91
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	86,36
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	77,27
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	90,91
23	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	59,09
24	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	54,55
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	63,64
26	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	50,00
27	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	68,18
28	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	45,45
Nº RA	18	27	24	18	22	22	25	19	21	20	14	26	25	28	26	6	7	4	9	3	14	21	
% RA	64,29	96,43	85,71	64,29	78,57	78,57	89,29	67,86	75,00	71,43	50,00	92,86	89,29	100,00	92,86	21,43	25,00	14,29	32,14	10,71	50,00	75,00	64,77

Média (Percentual das respostas adequadas por Dimensão) =  $\sum 1425 = 64,77\%$

Número de itens: 22

Tabela 3 - Exemplo de tabulação da Dimensão 3

P	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Média
1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	60,00
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	80,00
3	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	33,33
4	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	53,33
5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33,33
6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	33,33
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	73,33
8	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	33,33
9	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	26,67
10	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	33,33
11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	20,00

P	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	Média
12	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	73,33
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	66,67
14	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	46,67
15	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	60,00
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	80,00
17	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	66,67
18	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	53,33
19	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	46,67
20	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	73,33
21	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	66,67
22	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	66,67
23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	66,67
24	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	40,00
25	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	60,00
26	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	46,67
27	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	33,33
28	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	46,67
TR	26	22	16	10	15	17	15	20	15	9	2	19	24	6	5	53,33
%	92,86	78,57	57,14	35,71	53,57	60,71	53,57	71,43	53,57	32,14	7,14	67,86	85,71	21,43	17,86	52,62

Média (Percentual das respostas adequadas por item) =  $\sum 789,29 = 52,62\%$

Número de Itens: 14

Após calcular os percentuais de respostas adequadas de todas as dimensões, sugere-se a aplicação dos parâmetros adaptados de Costa et al. (2015), para os profissionais e para serviço: Ótimo = 90 a 100%; Satisfatório = 70 a 89%; Precário = 50 a 69%; e Insuficiente = 0 a 49%.

Aplicando-se ao exemplo hipotético apresentado, tem-se:

Quadro 3 - Parâmetros de avaliação das respostas nas três Dimensões

Dimensão	% RA	Padrão
1 - Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento	44,51	Insuficiente
2 - Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas	64,77	Precário
3 - Processos de Trabalho	52,62	Precário

## Outras recomendações para a análise dos dados

Sugere-se a aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade dos dados. Para variáveis contínuas, recomenda-se o uso do teste de análise de variância (ANOVA). Caso o teste ANOVA seja estatisticamente significativo, pode-se realizar a análise post hoc utilizando o teste de Turkey TSD com correção de Bonferroni.

Para as variáveis categóricas, usar as tabelas de contingência, que podem ser avaliadas por meio de teste de  $X^2$  de Pearson ou do teste exato de Fisher, com análise post hoc com

correção de Bonferroni quando apropriado.

- Calcular a Média e Desvio-padrão (DP) das práticas das Dimensões 1, 2 e 3.
- Pode-se fazer comparações entre grupos de respondentes, dependendo da diversidade de perfis de participantes, bem como identificar a correlação entre as dimensões e as variáveis sociodemográficas e de desfecho. Outras análises podem ser conduzidas conforme os objetivos de cada pesquisador.



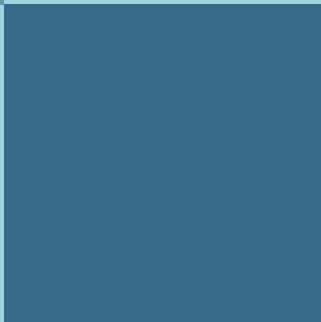
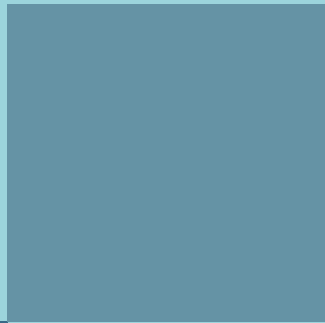
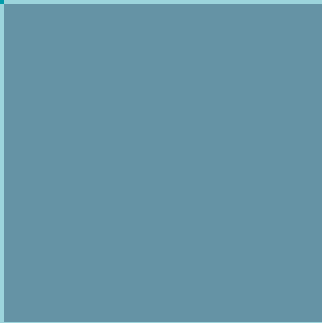
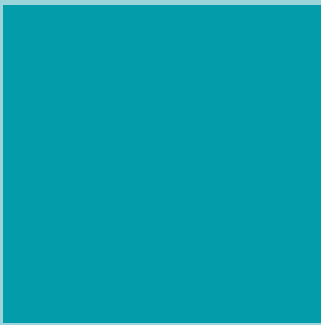




# 6

## CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA SAÚDE

O instrumento oferece uma contribuição relevante para a avaliação de serviços de saúde, visto que evidencia desafios para o cumprimento das boas práticas, que incluem as dificuldades do ambiente das maternidades, as relações entre os profissionais que assistem ao parto e nascimento, a formação de novos obstetras e a forma de conduzir o processo do parto. Dessa forma, os resultados provenientes da aplicação do instrumento poderão subsidiar as ações para qualificar o cuidado obstétrico e neonatal, contribuindo para o alcance das propostas governamentais e dos Objetivos de Desenvolvimento do Sustentável (ODS) por meio da efetiva implementação das boas práticas preconizadas pela OMS, com a consequente redução das mortes maternas evitáveis.





## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Cartilha Nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde:** Projeto Parto Adequado – Fase 1. Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. Rio de Janeiro: ANS, 2016.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. Grupo Temático Trabalho e Educação na Saúde. Propostas para a área de gestão do trabalho e educação na saúde para o fortalecimento do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 32, n. Suppl 2, p. e230497pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230497en>. Acesso em: 12 ago. 2024.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751-757, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde/ Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Portaria consolidada da Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 27 jun. 2011b, p. 109. Correção na Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011, publicada no DOU de 1º jul. 2011, Seção 1, p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 8 jun. 2000, Seção 1:4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 8 jun. 2000, Seção 1:4.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de. O processo de formação de enfermeir@s e médic@s na modalidade residência obstétrica a partir da percepção dos preceptores. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; AMORIM, Fábio Ferreira; SANTANA, Levy Aniceto; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2135-2145, 2019.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; PIRES Maria Raquel Gomes Maia. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, p. 889-897, 2015.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; GUILHEM, Dirce Bellezi. O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1763-1772, 2022.

CARVALHO, Silas Santos; SILVA, Camila. Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto normal: revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 63, p. 110-119, 2020.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VASCONCELOS, Ana Lúcia Ribeiro de; GUERRERO, André Vinicius Pires. A logical model of the rede cegonha network. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 23, n. 4, p.1297-1316, 2013.

COSTA, Pedro Guilherme Castilho et al. Parteiras tradicionais: um relato de experiência na promoção do parto humanizado. **Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, p. 98-98, 2023. Disponível em: <https://revistaremececs.com.br/index.php/remecs/article/view/1511>. Acesso em: 12 ago. 2024.

CURADO, Maria Alice Santos; TELES Júlia; MARÔCO, João. Analysis of variables that are not directly observable: influence on decision-making during the research process. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 146-152, 2014.

DIAS, Barbara Almeida Soares; LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; PEREIRA, Marcos Nakamura. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00073621, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>. Acesso em: 12 ago. 2024.

DINIZ, Simone Grilo. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 6, p. 119-127, 2013.

DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care: how can it be assessed?**. *Jama*, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

FARIA, Helayne Ximenes; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 772-772, 2021.

GIOVANELLA, Lúgia et al. (Eds.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBÜHLER, Ines. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

KAPPAUN, Aneline; COSTA, Marli Marlene Moraes da. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 30, Suppl. 1, p. S17-32, 2014.

LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. e00223018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 12 ago. 2024.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. São Paulo: Editora da Unicamp, 1999.

NICIDA, Lucia Regina de Azevedo; TEIXEIRA, Luiz Antônio da Silva; RODRIGUES, Andreza Pereira; BONAN, Cláudia. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, p. 4531-4546, 2020.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

OLIVEIRA, Ana Emília Araújo de. Experiências coletivas no SUS. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, v. 15, 2022. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/1002>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PASQUALI, Luiz. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, Luiz. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Lima Fernandes; SILVA, Jaqueline Marcelino da; SOUZA, Helton Saragor de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. supl. 1, p. e0024678, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol.00246>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PEREIRA, Felipe Medeiros. **Parteiras, Medicina e Ciência: políticas do parto e diálogos necessários na atenção à saúde da mulher**. São Paulo: Dialética, 2020.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006.

REGO JÚNIOR, Wagner Porto et al. Obstetric medicine and humanization of childbirth through review of episiotomy practice: Medicina obstétrica e humanização do parto através da revisão da prática da episiotomia. **Concilium**, v. 24, n. 11, p. 565-582, 2024.

ROCHA, Jaqueline Alvarenga; NOVAES, Paulo Batistuta. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, p. 119-126, 2010.

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

ROSA, Hevelyn; CABRAL, Cristiane da Silva. Uma cidadania da fertilidade: as políticas de saúde da mulher como tecnologias de produção do sexo e do gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220534pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220534en>. Acesso em: 12 ago. 2024.

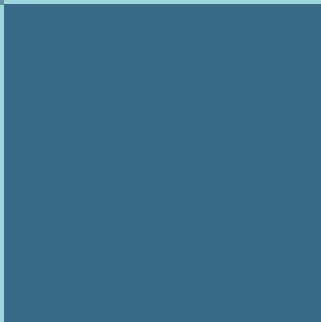
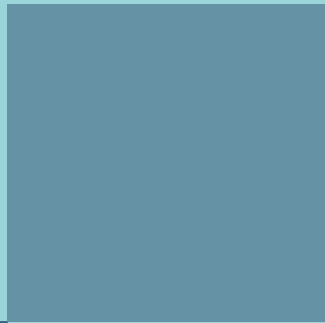
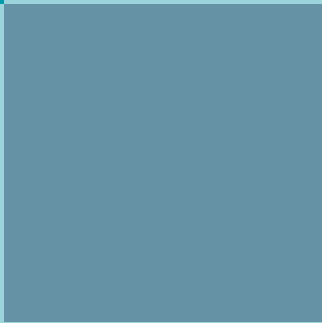
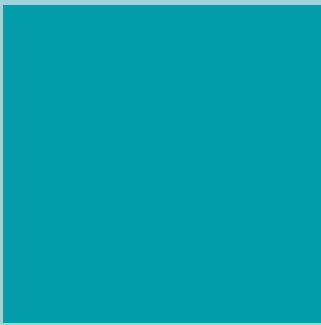
SÁ, Maicon Douglas da Silva de; SOUSA, Marília Cordeiro de; ROCHA, Karlla Morgana Nunes. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento na visão dos profissionais obstetras. **Saúde & Ciência em Ação**, v. 6, n. 2, p. 42-52, 2020.

SEIZE, Mariana de Miranda; BOSA, Juliane Callegaro. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. **PsicoUSF**, v. 22, n. 1, p. 161-176, 2017.

SOARES, Larissa Rocha et al. Práticas ineficazes utilizadas no trabalho de parto normal. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, p. e17411729693-e, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29693>. Acesso em: 12 ago. 2024.

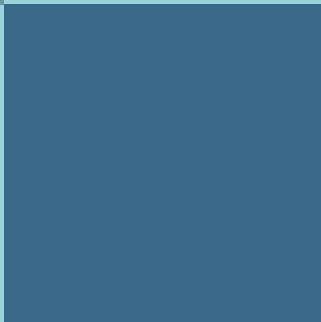
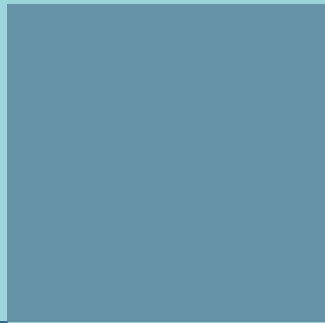
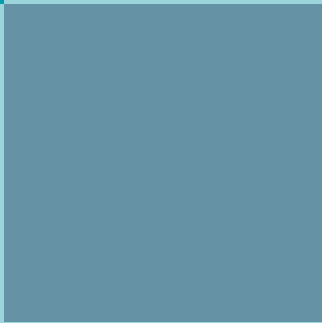
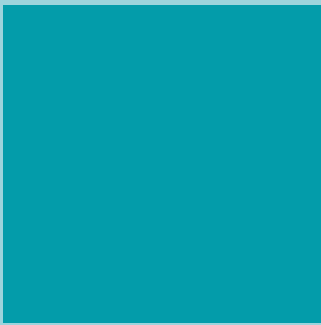
TEMPESTA, Giovana Acacia; FRANÇA, Ruhana Luciano de. Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, p. 257-290, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO; 1996.



## ÍNDICE REMISSIVO

- A**  
adesão dos profissionais, 7, 9, 11, 14, 15, 26, 33  
ambiência, 7, 14, 16, 21, 27  
análise dos itens, 20  
análise semântica, 28, 33  
assistência ao parto, 14, 15, 21, 22, 24, 27, 36, 44  
autonomia da mulher, 15
- B**  
boas práticas, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 21, 26, 28, 33, 48, 55, 65
- C**  
construção do instrumento, 14, 20  
Critério Comportamental, 33  
Critério de Clareza, 32  
Critério de Objetividade ou de Desejabilidade, 32  
Critério de Relevância, 32  
Critério de Simplicidade, 32  
Critério de Variedade, 32
- D**  
definição constitutiva, 20  
definição operacional, 20, 26  
dimensões, 20, 23, 26, 33, 48, 51, 52  
diretrizes da organização da rede de atenção materna e infantil, 26
- E**  
elaboração dos itens, 20, 26, 28  
evidências científicas, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 21, 23, 24, 26, 27, 34, 36, 43, 51
- H**  
humanização do parto, 9, 12, 14, 51
- I**  
Índice de Validade de Conteúdo, 32  
Instrumento de Análise, 9, 11, 14  
intervenções desnecessárias, 15, 16, 22
- L**  
literatura científica, 15, 16
- M**  
Mapa de vinculação, 27  
métodos não farmacológicos de alívio da dor, 27, 28, 35  
Ministério da Saúde, 14, 16, 21, 22, 23, 24, 43
- P**  
PAISM, 20, 21  
parto humanizado, 15, 24  
Pasquali, 20, 26, 32, 33  
PHPN, 21  
Práticas demonstrativamente úteis, 24, 27  
procedimentos empíricos, 20  
procedimentos teóricos, 20, 26  
profissionais de saúde, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 33
- Q**  
questionários, 16, 17, 28, 33
- R**  
Rede Cegonha, 21, 23  
região/território de referência, 27  
respeito à autonomia da mulher, 15
- S**  
SUS, 9, 11, 22, 23, 55
- T**  
trabalho de parto, 22, 24, 27, 28, 34, 35, 36, 42, 43



## BIOGRAFIA DAS AUTORAS E ORGANIZADORAS

### Elisabete Mesquita Peres de Carvalho

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Vale do Acaraú (Sobral -CE -1993). Especializações em Enfermagem Obstétrica (UnB - 2000), Saúde Pública (2005), Gestão em Saúde e Controle de Infecção Hospitalar (2011). Mestrado em Ciências da Saúde pela Escola Superior de Ciências da Saúde/FEPECS/SES-DF(2013-2015). Doutorado em Ciências da Saúde pela UnB (2016-2020). Docente Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde da Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/SES-DF. Enfermeira da Secretaria de Saúde, onde atuou como Supervisora de Enfermagem no Centro Obstétrico do Hospital Regional de Sobradinho (HRS) (2001-2009), como Gerente de Enfermagem do HRS (2011-2014), como Gerente Interna de Regulação (2019-2020). É membro da Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras – ABENFO/DF (desde 2018), e Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente da Secretaria de Estado de Saúde do DF.

### Leila Bernarda Donato Göttems

Graduada em Enfermagem pela Universidade de Brasília (1995). Especializações em Saúde da Família (UnB - 1999) e em Gestão e Economia da Saúde (UNICAMP-2006). Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (2002-2003). Doutorado em Administração (UnB) 2006-2010. Pós-Doutorado em Economia (UnB) 2018-2019. Professora do curso de Enfermagem da Universidade Católica de Brasília e da Escola Superior em Ciências da Saúde/FEPECS/SES-DF. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde da ESCS/FEPECS/SES-DF (Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde e Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde). Vice-coordenadora (2013-2023) e coordenadora do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde (a partir de novembro de 2023). Docente Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE (desde 2019). Nos últimos 10 anos, tem coordenado Projetos de Pesquisa e de Desenvolvimento Tecnológico fomentado pelas instituições nacionais e locais (CNPq, FAP-DF, CAPES-MEC, OPAS/MS) com criação de produtos técnicos (protocolos, manuais) e tecnológicos (software, aplicativos), material instrucional com recursos audiovisuais (vídeos, podcast) e avaliação de políticas e programas de saúde, tendo como principais temas: avaliação de políticas públicas de saúde, políticas informadas por evidências, saúde da mulher, segurança do paciente, Atenção Primária a Saúde, gestão e economia da saúde. Integrante do Núcleo de Pesquisa em Promoção da Saúde e Projetos Inclusivos (NESPROM/Ceam/UnB). Editora científica da revista Comunicação em Ciências da Saúde, da ESCS/FEPECS. Diretora do Centro de Pesquisa em Enfermagem da ABEn-Seção DF (2023-2025). Gerente de Cursos de Mestrado e Doutorado da ESCS/FEPECS (2023 até o momento).

## Manuela Costa Melo

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (1995). Especializações em Promoção e Educação em Saúde (2004), Saúde Perinatal (2001) e Saúde Pública (1998). Mestrado pelo Programa Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília (2010-2012). Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade de Brasília (2013-2017). Estágio pós-doutoral vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (2022-2023). Docente na Escola Superior de Ciências da Saúde, na graduação, desde 2010, e na pós-graduação como professora voluntária, desde 2021. Enfermeira assistencial na Secretaria Estadual de Saúde (desde 2001). Líder do Grupo de Pesquisa na Saúde da Criança e do Adolescente – GPESCA (2018) e membro do Grupo de Pesquisa em Metodologias Ativas – GPMA (2017). Autora de artigos, livros, capítulos de livros, além de trabalhos técnicos na área da saúde do adulto, da mulher, da criança, do adolescente, aplicação das metodologias ativas no ensino e aprendizagem. Coordenadora do projeto “Apoio à pesquisa nas dimensões da assistência, da gestão e da tecnologia em saúde para a segurança e qualidade do processo de trabalho da enfermagem”, apoiado pelo Acordo CAPES/COFEN, Edital nº 08/2021.



Este manual inovador, que analisa a adesão dos profissionais às boas práticas na atenção ao parto e nascimento, é de extrema relevância para a sociedade. Ele oferece ferramentas práticas e metodológicas para a melhoria da qualidade assistencial em saúde materno-infantil, um tema que merece nossa atenção e comprometimento.

Em um contexto global, a preocupação com o fortalecimento do binômio mãe-filho é crescente. Este manual não apenas aborda preocupações como autonomia da mulher, a minimização das possibilidades de complicações durante o parto e puerpério e o fortalecimento da confiança da população nos serviços de saúde, mas também possibilita a promoção de educação continuada e conscientização da importância das boas práticas pelos profissionais envolvidos.

Elaborado com rigor metodológico, este manual visa aumentar a possibilidade de medir com precisão os comportamentos, atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde em relação às boas práticas. Essa abordagem permite intervenções direcionadas para proporcionar um atendimento mais seguro e humanizado. Escrito por renomadas pesquisadoras, ambas com ampla vivência acadêmica e de gestão, o manual traz perspectivas valiosas que enriquecem a prática profissional para todos que desejam um atendimento no qual os direitos da mãe e filho sejam priorizados e respeitados. Ao promover boas práticas, ele não apenas melhora a assistência, mas também transforma a experiência do parto em um momento de empoderamento e cuidado.

Parabenizo às autoras por esta iniciativa significativa. Estou confiante de que o impacto deste manual será real e progressivo, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial de nossas pacientes. Com a adoção de melhores práticas, estamos um passo mais perto de garantir um atendimento que valorize a saúde e o bem-estar de mães e recém-nascidos.

**Adriana Mendonça Silva Alexandrino**  
**Médica Gineco-Obstetra**

