



Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento*

Adherence to best care practices in normal birth:
construction and validation of an instrument

Adhesión a las buenas prácticas en la atención al parto normal:
construcción y validación de instrumento

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho¹, Leila Bernarda Donato Göttems¹, Maria Raquel Gomes Maia Pires²

* Extraído da dissertação “Elaboração de instrumento para análise da adesão dos profissionais às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto”, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Escola Superior de Ciências da Saúde, 2015.

¹ Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a Saúde, Brasília, DF, Brasil.

² Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the stages of construction and validation of an instrument in order to analyze the adherence to best care practices during labour and birth. **Method:** Methodological research, carried out in three steps: construction of dimensions and items, face and content validity and semantic analysis of the items. **Results:** The face and content validity was carried out by 10 judges working in healthcare, teaching and research. Items with Content Validity Index (CVI) ≥ 0.9 were kept in full or undergone revisions as suggested by the judges. Semantic analysis, performed twice, indicated that there was no difficulty in understanding the items. **Conclusion:** The instrument with three dimensions (organization of healthcare network to pregnancy and childbirth, evidence-based practices and work processes) followed the steps recommended in the literature, concluded with 50 items and total CVI of 0.98.

DESCRIPTORS

Natural Childbirth; Questionnaires; Validation Studies; Women's Health.

Autor Correspondente:

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho
SMHN Quadra 03, conjunto A, Bloco 1
Edifício – FEPECS
CEP 70710-907 – Brasília, DF, Brasil
elisabete_mpc@yahoo.com.br

Recebido: 15/02/2015
Aprovado: 15/09/2015

INTRODUÇÃO

O guia para a atenção ao parto normal publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1996⁽¹⁾, produto de debates internacionais com base em evidências científicas, foi um marco na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Desde então, governos e sociedade civil organizada se lançaram numa *cruzada* na divulgação e implementação dessas práticas, o que têm contribuído significativamente para a redução dos óbitos evitáveis⁽²⁻⁴⁾.

As práticas de atenção ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, segundo utilidade, eficácia e risco, para orientar a conduta do profissional: A) as demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; B) as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; e D) as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente^(1,4).

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⁽⁵⁻⁶⁾.

Persistem intervenções desnecessárias e sem critérios e taxas de mortalidade materna elevadas, no panorama nacional e internacional. A OMS estimou que, em 2013, aproximadamente 289.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, parto e puerpério, com uma taxa de mortalidade global de 210 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos⁽⁷⁾.

De fato, muito se tem trabalhado para a mudança do modelo vigente de atenção ao parto, denominado como tecnocrático com primazia da tecnologia dura sobre as relações humanas, da ideia de passividade das mulheres durante as intervenções que abreviam o tempo de nascimento, das práticas sem evidências científicas na forma de conduzir o parto por profissionais^(3,8). A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e redução das intervenções desnecessárias constituem-se em recomendações da OMS, reforçadas pelo Ministério da Saúde por meio da política pública denominada Rede Cegonha⁽⁹⁾.

A produção acadêmica sobre o tema é extensa, disponível e consistente. No entanto, leituras mais atentas indicam que ainda há lacunas no entendimento das potencialidades e das limitações no processo de trabalho dos profissionais que atuam na atenção ao parto, com baixa adesão às boas práticas obstétricas. A adesão é um processo dinâmico, multifatorial e comportamental que resulta de um conjunto de determinantes que dependem de fatores subjetivos. É um processo de decisão mediado por traços da personalidade, nível cognitivo intelectual, crenças e contexto social do qual o indivíduo faz parte⁽¹⁰⁾. Assumir atitudes profissionais adequadas com estímulo e conhecimento técnico é aderir às práticas recomendadas.

A análise da adesão pode ser feita por métodos de observação direta e/ou indireta por meio de instrumentos psicométricos objetivos e validados⁽¹⁰⁾. A adesão às boas práticas foi aqui tratada como constructo a ser mensurado (variável latente) por meio de observação indireta das suas manifestações no cotidiano do processo de trabalho em saúde no contexto da rede de atenção ao parto e nascimento⁽¹¹⁾. Estas manifestações serão os itens (conceitos operacionais) da adesão, que se constituem em atitudes, comportamentos, angústias, opiniões sobre saúde e bem-estar físico e psicológico das mulheres informados por meio de um processo de autodescrição ou de heteroavaliação. Definiram-se itens em três dimensões da adesão – organização da rede de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento; práticas obstétricas baseadas em evidências científicas e processos de trabalho.

Dessa forma, este artigo indagou: *Que variáveis relacionadas à organização da rede de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, e ao processo de trabalho podem indicar a adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto?* O objetivo deste artigo é descrever as etapas de construção e validação de um instrumento para análise da adesão às boas práticas na atenção ao parto e nascimento.

MÉTODO

Realizou-se pesquisa metodológica para construção, validação de conteúdo e aparente dos itens para um questionário sobre adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto. A pesquisa metodológica investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas centradas no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados⁽¹²⁾.

No processo de elaboração de um instrumento de medidas, deve-se observar os aspectos de validade e confiabilidade. A validade está presente quando ele mede, de fato, o que se propõe a medir em relação a um determinado fenômeno investigado. A confiabilidade é a capacidade do instrumento apresentar medidas fiéis à realidade⁽¹³⁾. Validar é um processo de investigação que começa na construção e subsiste durante as etapas de elaboração, aplicação, correção e interpretação dos resultados. A interpretação da validade de um teste também exige, por vezes, o cálculo de diferentes coeficientes⁽¹³⁻¹⁵⁾. O delineamento do estudo seguiu as seguintes etapas:

ETAPA 1 – CONSTRUÇÃO DOS ITENS DO INSTRUMENTO

A partir de extensa revisão de literatura, que incluiu publicações, protocolos internacionais, nacionais e locais, foi construída uma Matriz de Análise (Quadro 1), estruturada em três dimensões, que deu origem às variáveis (itens).

ETAPA 2 – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARENTE DOS ITENS

A validade de conteúdo consiste em analisar em que proporção os itens elaborados para medir uma construção teórica representam efetivamente todos os aspectos importantes do conceito a ser medido⁽¹⁶⁾. A validade aparente diz respeito à linguagem, compreensão e adequação dos itens⁽¹⁹⁾.

Quadro 1 – Matriz de Análise da adesão dos profissionais de saúde às práticas baseadas em evidências científicas de atenção ao parto e nascimento – Brasília, DF, Brasil, 2014.

Dimensão	Conceitos	Indicadores
Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento	<ul style="list-style-type: none"> Mapa de vinculação: Instrumento que ordena o fluxo de movimentação de gestantes entre o pré-natal e a assistência ao parto⁽⁹⁾. 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 para alívio da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto⁽¹⁶⁾. 	<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais conhecem a região/território de referência. São realizadas práticas de vinculação entre o pré-natal e a maternidade. Existência de tecnologias leves para o alívio não farmacológico da dor. Oferta de ações que incentivam o uso das tecnologias leves para o alívio não farmacológico da dor.
Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas	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 ⁽¹⁷⁾ .	<ul style="list-style-type: none"> Aceitação ou não das práticas demonstradamente úteis. Discordância ou não das práticas claramente prejudiciais e utilizadas de modo inadequado. Utilização ou não das práticas demonstradamente úteis.
Processos de Trabalho em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Existência de protocolos que orientam o processo de trabalho na atenção ao parto e nascimento: Protocolos que orientam a condução do Trabalho de Parto e Parto dentro do princípio da humanização e das práticas recomendadas pela OMS⁽¹⁾. Conhecimento científico como força produtiva: Profissionais de saúde atuando em parceria, compartilhando a informação, tomada de decisão e em capacitação contínua. 	<ul style="list-style-type: none"> Modelos médicos centrados em procedimentos. Predominância de capital imaterial (conhecimento como principal força produtiva).

Para a validação de conteúdo, foi construído um guia fundamentado nos princípios de elaboração de escalas psicológicas de Pasquali⁽²⁰⁾. Nesta análise, os especialistas julgaram se os itens estavam adequados aos atributos da construção teórica.

Utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para identificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de análise das respostas^(18,21). Este índice permite 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)⁽²⁰⁻²¹⁾ foi usado para contemplar a limitação do índice que não mensura a concordância ao acaso. Utilizaram-se como critérios adicionais para a revisão final do instrumento: 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⁽⁴⁾.

Os juízes avaliaram cada item 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⁽¹⁹⁻²⁰⁾. 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) divididos pelo número total de respostas^(18,21).

Em cada dimensão deixou-se espaço para que os juízes indicassem revisões necessárias nos itens; itens necessários, porém ausentes na dimensão; itens desnecessários no ins-

trumento e comentários ou sugestões quanto à avaliação dos itens na dimensão⁽¹⁸⁻²¹⁾. Realizou-se concomitantemente a validade aparente sobre a apresentação do conteúdo, a clareza e facilidade na leitura de cada item.

O convite aos juízes foi formal, realizado por meio de uma carta explicativa contendo: a matriz de análise, o objetivo do estudo, a descrição do instrumento, informações sobre o contexto, a população alvo e o motivo pelo qual o profissional foi escolhido como juiz⁽²⁰⁾. Os apêndices para análise dos juízes foram encaminhados por e-mail e/ou cópias impressas.

Foram convidados 17 profissionais de nível superior, médicos(as) e enfermeiros(as), com comprovada experiência clínica, publicações sobre o tema e conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas. Foi solicitado um prazo de 30 dias para apreciação do conteúdo, que foi estendido para mais 20 dias. Retornaram 10 instrumentos avaliados, número suficiente de acordo com as recomendações da literatura que indicam o mínimo de cinco e o máximo de 10, ou pelo menos seis especialistas⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Os juízes que responderam tinham média de idade de 50 anos, três do sexo masculino e sete do feminino. No tocante à formação acadêmica, cinco eram médicos(as) e cinco enfermeiras, com tempo médio de atuação profissional de 20,9 anos.

A escala Likert adotada 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⁽¹¹⁾. 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⁽¹¹⁾.

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). 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, mas para os itens que apresentam escore reverso (exemplo: “Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço”) quanto maior o escore pior é a adesão. 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).

ETAPA 3 – ANÁLISE SEMÂNTICA

A análise semântica tem por objetivo verificar se todos os itens estão compreensíveis para a população à qual o instrumento se destina⁽²⁰⁾. Esta análise consistiu na checagem dos itens em uma situação de *brainstorming*. Cada item foi apresentado 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⁽²⁰⁾.

O instrumento foi aplicado a oito profissionais de saúde que laboram na atenção ao parto, sendo cinco enfermeiros(as) e três médicas, durante o mês de dezembro de 2014. Após as sugestões de adequação, uma segunda análise foi realizada no mesmo mês. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Esta-

do de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF, sob o nº CAAE 01918712.6.0000.5553, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na análise dos especialistas obteve-se retorno de 10 instrumentos avaliados. Foram feitas sugestões de mudanças em itens e em relação à dimensão que o item representava. Houve concordância dos juízes referente a todos os itens pertencentes à dimensão Práticas baseadas em evidências científicas. No entanto, com relação à Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento e Processos de Trabalho surgiram divergências que levaram à realocação de itens.

Foram realizadas algumas mudanças nos itens para atender às sugestões dos juízes: redação na primeira pessoa, para atender ao critério comportamental, remanejamentos em relação às dimensões e acréscimo para preencher lacunas identificadas. O instrumento foi fechado em 50 itens (Quadro 2). Todas as alterações foram realizadas antes da Análise Semântica. O IVC total do instrumento foi de 0,98%, o que significa que o conteúdo do instrumento possibilita medir o que se propõe medir.

Quadro 2 – Concordância dos juízes em relação aos critérios dos itens, a partir da aplicação dos testes de IVC – Brasília, DF, Brasil, 2014.

Itens	IVC
Dimensão 1 – Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento	
1. Desconheço o território de abrangência deste serviço de atenção ao parto e nascimento.	0,98
2. Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço.	0,96
3. Esse serviço recebe gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.	1
4. Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes neste serviço.	1
5. O parto normal é realizado em leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) neste serviço.	1
6. O espaço físico, neste serviço, dificulta a deambulação da gestante durante o trabalho de parto.	0,98
7. Utiliza-se de forma inadequada a cama PPP, a bola, o cavalinho e a banqueta de parto, neste serviço.	0,96
8. A gestão desta unidade dimensiona inadequadamente o quantitativo de profissionais à demanda de partos.	0,98
9. Neste serviço o enfermeiro realiza partos normais, rotineiramente.	1
10. A chefia de enfermagem deste serviço escala enfermeiros para assistência exclusiva ao trabalho de parto (TP) e Parto.	0,95
11. Neste serviço, registram-se informações sobre a atenção ao parto e nascimento em diferentes instrumentos.	0,91
12. Os profissionais utilizam as informações sobre o pré-natal registradas no prontuário eletrônico das parturientes.	1
13. Neste serviço recebo gestantes com plano de parto individual elaborado durante o pré-natal.	0,96
Dimensão 2 – Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas	
14. Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto, rotineiramente.	1
15. Utilizo meios alternativos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.	1
16. Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.	1
17. Reconheço no acompanhante uma barreira para o cuidado da parturiente.	1
18. O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.	1
19. Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o Trabalho de Parto e Parto.	1
20. Utilizam-se rotineiramente métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.	1
21. Estimulo a liberdade de posição da parturiente durante o Trabalho de Parto e Parto arto.	1
22. Neste serviço se realiza ausculta de batimentos cardíofetais a cada 30 min., rotineiramente.	1
23. O partograma é utilizado rotineiramente para acompanhar o trabalho de parto.	1
24. Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.	1

continua...

...continuação

Itens	IVC
25. Promovo o contato cutâneo precoce entre mãe e filho, rotineiramente.	1
26. Evita-se a realização rotineira de enema neste serviço.	1
27. Evita-se a tricotomia rotineira, neste serviço.	1
28. Utiliza-se a infusão intravenosa rotineiramente durante o Trabalho de Parto e Parto, neste serviço.	1
29. A ocitocina intravenosa é utilizada rotineiramente como forma de acelerar o TP, neste serviço.	1
30. Estimula-se a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.	1
31. Realiza-se a episiotomia rotineiramente neste serviço.	1
32. Toques vaginais são realizados por mais de um profissional para avaliar o trabalho de parto.	0,9
33. Aqui se realiza a manobra de Kristeller quando necessário.	1
34. A amniotomia precoce é realizada rotineiramente neste serviço.	1
35. A parturiente é transferida para a sala de parto no momento do parto.	1
Dimensão 3 – Processos de Trabalho	
36. Utilizo os protocolos de atenção ao parto e nascimento.	1
37. Os protocolos que orientam a atenção ao parto são de difícil acesso aos profissionais.	1
38. Neste serviço, presto contas sobre como atuo.	0,86
39. As intervenções médicas são inquestionáveis neste serviço.	0,83
40. As parturientes são consultadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.	1
41. Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.	0,98
42. Cada profissional assiste o parto de acordo com seu modo próprio.	0,9
43. Discuto as evidências científicas com minha equipe.	1
44. Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.	1
45. Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.	1
46. Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.	1
47. Assisto o parto habitual de forma similar ao parto de risco.	1
48. A assistência ao parto por profissionais não médicos é restrita.	1
49. Neste serviço os profissionais se capacitam.	1
50. Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.	1

Na dimensão 1, correspondente aos itens nº 1 a 12, foram feitas as seguintes alterações: os itens nº 5 e 6 foram remanejados para a dimensão 2 e o item nº 9 para a dimensão 3. Os itens nº 7 (IVC =0,96), nº 8 (IVC=0,98), nº 10 (IVC=0,95) e nº 11 (IVC=0,91), embora com IVC alto, receberam sugestões de alteração de redação para maior objetividade, clareza e evitar redundâncias. O item nº 7 foi excluído porque não atendeu ao critério de simplicidade, visto que expressava ideias variadas e confundia o respondente. O conteúdo deste item está contido nos itens nº 13 e 21 da versão final do instrumento. O item nº 8 foi alterado e passou a ser o nº 6 da versão final. Os itens nº 10 e 11 tiveram redação revisada e passaram a compor a dimensão 3 (47 e 50, respectivamente). Foram acrescentados os itens nº 8, 9, 10 e 11 da versão final do instrumento por sugestões dos juízes.

Na dimensão 2, correspondente aos itens nº 13 a 35, foram feitas as seguintes alterações: os itens nº 5 e 6 vieram remanejados da dimensão 1. Apenas o item 35 (IVC=1,0) foi excluído, após avaliação das pesquisadoras e sugestões dos juízes por não atender aos critérios de relevância e credibilidade.

Na dimensão 3, correspondente aos itens nº 36 a 50, foram feitas as seguintes alterações: os itens nº 37, 38 e 39 foram excluídos. O item nº 37 (IVC=1,0) foi excluído por estar contemplado no nº 36. Os itens nº 38 e 39 foram excluídos por receberem IVC 0,86 e 0,83, respectivamente, e por recomendações dos juízes. Na forma como estavam redigidos, foram considerados deselegantes e não expressavam atitudes desejáveis ou preferenciais, podendo induzir a vieses nas respostas.

Quadro 3 – Estrutura e organização do Instrumento para análise da adesão dos profissionais de saúde às práticas obstétricas seguras na atenção ao parto – Brasília, DF, Brasil, 2014.

Itens	1	2	3	4	5
01 Desconheço a área de abrangência deste serviço de atenção ao parto e nascimento.					
02 Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço.					
03 Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.					

continua...

...continuação

	Itens	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.					
05	Normalmente atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos.					
06	A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente.					
07	Recebemos gestantes sem o plano de parto individual elaborado durante o pré-natal.					
08	Em geral, recebemos as parturientes sem todos os resultados dos exames de rastreamento do risco realizados no pré-natal.					
09	Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário.					
10	Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento.					
11	Quando necessitamos de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.					
12	O acesso às informações realizadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.					
13	O parto normal é realizado em leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) neste serviço.					
14	Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto, rotineiramente.					
15	Utilizo cortinas e/ou biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.					
16	Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.					
17	Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.					
18	O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.					
19	Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o Trabalho de Parto e Parto.					
20	Estimulo a deambulação da gestante durante o trabalho de parto.					
21	Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.					
22	Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o Trabalho de Parto e Parto.					
23	Na fase ativa do trabalho de parto, realizo ausculta de batimentos cardíofetais a cada 30 min., rotineiramente.					
24	Utilizo partograma para acompanhar o trabalho de parto.					
25	Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.					
26	Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto.					
27	Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto.					
28	A tricotomia é realizada rotineiramente, neste serviço.					
29	Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o Trabalho de Parto e Parto.					
30	A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP.					
31	Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.					
32	Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.					
33	Evita-se a realização de toques vaginais por mais de um profissional.					
34	Realizo manobra de Kristeller quando necessário.					
35	A amniotomia precoce raramente é realizada neste serviço.					
36	Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.					
37	As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.					
38	Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.					
39	Cada profissional assiste ao parto conforme sua experiência.					
40	Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.					
41	Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.					
42	Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.					
43	Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.					
44	Assisto o parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco.					
45	Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente.					
46	Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.					

continua...

...continuação

Itens	1	2	3	4	5
47 Registro informações sobre a atenção ao parto e nascimento apenas no prontuário eletrônico.					
48 Raramente consulto as informações sobre o pré-natal registradas no cartão da gestante.					
49 As ofertas de capacitação para os profissionais desta equipe são raras.					
50 A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras(os) é restrita a alguns plantões (escassa).					

DISCUSSÃO

A construção dos itens do instrumento foi realizada após 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⁽²²⁻²⁴⁾.

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^(1,9,23).

Nos itens relativos ao processo de trabalho e às novas práticas oriundas das RAS, o desafio foi elaborar aqueles relacionados aos: valores institucionais, existência de espaços 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. Esta dificuldade também foi observada na avaliação realizada pelos juízes, visto que houve divergências que levaram à realocação dos itens nas dimensões^(9,25). Em relação aos itens da dimensão Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento, ressalta-se que os itens 1, 2, 3 e 10 referem-se a atitudes dos profissionais. Os demais mensuram o aporte de infraestrutura e logística aos serviços para que favoreçam o trabalho articulado e o compartilhamento de objetivos e informações preconizados na RAS⁽⁹⁾.

A *expertise* dos juízes foi fundamental para identificar a pertinência dos itens em relação ao constructo, bem como avaliar a compreensão e clareza para a população alvo do instrumento⁽²⁰⁾. Estudos relatam que quanto maior a produção acadêmica e o tempo de experiências na área, maior qualificação tem o profissional para exercer o papel de juiz na validação de conteúdo⁽²⁶⁾.

Os itens com IVC maior ou igual a 0,9 foram mantidos na íntegra ou adequadamente redigidos conforme as suges-

tões dos juízes. Exceção a esta regra ocorreu com o item 35 (IVC=1,0), que foi excluído por não atender aos critérios de relevância e credibilidade. Em serviços que não possuem leitos PPP, é necessária a transferência da parturiente para a sala de parto no momento do parto. A inexistência dessa tecnologia não é impeditiva para a adesão às boas práticas obstétricas. O item, portanto, pode induzir a uma atitude desfavorável para com o instrumento e aumentar os erros de respostas⁽²⁰⁾.

Consideram-se esses itens com conteúdo validado porque contemplaram os escores preconizados pelo referencial adotado nesta pesquisa⁽²⁰⁻²¹⁾. Esses resultados estão em consonância com outros estudos⁽²⁷⁻²⁸⁾ que consideraram necessária uma concordância entre os juízes de pelo menos 80% para o IVC.

O instrumento foi submetido a duas avaliações para contemplar os quesitos da Análise Semântica. A versão final do instrumento compõe-se de 50 itens, estruturado em escala Likert, com pontuação numérica de 1 a 5, conforme Quadro 3. Os itens seguiram o critério de variedade sugerido por Pasquali, com metade em termos favoráveis e metade em termos desfavoráveis para evitar erro de resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A construção do instrumento seguiu as etapas recomendadas na literatura – revisão bibliográfica, definição de dimensões, elaboração de itens, validação de conteúdo e aparente e análise semântica. Não ocorreram mudanças significativas no conteúdo dos itens relativos às práticas baseadas em evidências científicas, indicando maior apropriação dos conceitos que elas representam. No entanto, houve relativa dificuldade na composição dos itens das dimensões organização da rede de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento, e processos de trabalho. Observou-se que os novos dispositivos propostos pelas RAS e as mudanças no processo de trabalho deles decorrentes demandam maior apropriação pela comunidade acadêmica e de profissionais de saúde. O instrumento composto por 50 itens obteve IVC total de 0,98. Este estudo tem como limitação a não verificação da consistência interna do instrumento, para o que se recomenda a aplicação a uma amostra de profissionais que atuam na atenção ao parto, para validação de constructo, confiabilidade e a consistência interna.

RESUMO

Objetivo: Descrever as etapas de construção e validação de um instrumento para análise da adesão às boas práticas na atenção ao parto e nascimento. **Método:** Pesquisa metodológica, realizada em três etapas: elaboração de dimensões e itens, validação aparente e de conteúdo e análise semântica dos itens. **Resultados:** A validade aparente e de conteúdo foi realizada por 10 juízes que atuam na

assistência, ensino e pesquisa. Os itens com Índice de Validade de Conteúdo (IVC) \geq a 0,9 foram mantidos na íntegra ou sofreram revisões conforme sugestões dos juízes. A análise semântica, realizada duas vezes, indicou que não havia dificuldade na compreensão dos itens. **Conclusão:** O instrumento com três dimensões (organização da rede de atenção ao parto e nascimento, práticas baseadas em evidências científicas e processos de trabalho) seguiu as etapas recomendadas na literatura, finalizado com 50 itens e IVC total de 0,98.

DESCRITORES

Parto Normal; Questionários; Estudos de Validação; Saúde da Mulher.

RESUMEN

Objetivo: Describir las etapas de construcción y validación de un instrumento para análisis de la adhesión a las buenas prácticas en la atención al parto y nacimiento. **Método:** Investigación metodológica, realizada en tres etapas: elaboración de dimensiones e ítems, validación aparente y de contenido y análisis semántico de los ítems. **Resultados:** La validez aparente y de contenido fue realizada por 10 jueces que actúan en la asistencia, enseñanza e investigación. Los ítems con Índice de Validez de Contenido (IVC) \geq a 0,9 fueron mantenidos íntegramente o sufrieron revisiones conforme a las sugerencias de los jueces. El análisis semántico, llevado a cabo dos veces, señaló que no había dificultad en la comprensión de los ítems. **Conclusión:** El instrumento con tres dimensiones (organización de la red de atención al parto y nacimiento, prácticas basadas en evidencias científicas y procesos laborales) siguió las etapas recomendadas en la literatura, finalizado con 50 ítems e IVC total de 0,98.

DESCRIPTORES

Parto Normal; Cuestionarios; Estudios de Validación; Salud de la Mujer.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
2. Victora CG, Aquino EM, Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780):1863-76.
3. Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2436-46.
4. Rocha JA, Novaes PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina*. 2010;38(3):119-26.
5. Rattner D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface*. 2009;13 Supl 1:595-602.
6. Diniz SG. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. *Questões Saúde Reprodutiva*. 2013;7(6):119-27.
7. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990-2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2014.
8. Aquino EML. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S8-10.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília*, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.
10. Margallo R, Nazareth C, Caetano AS, Oliveira J, Cunha JS, Meliço-Silvestre AA. Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARv [Internet]. 2009 [citado 2015 maio 15]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0466.pdf>
11. Curado MAS, Teles J, Marôco J. Analysis of variables that are not directly observable: influence on decision-making during the research process. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2015 Apr 15];48(1):146-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-146.pdf>
12. Demo P. Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Líber; 2004.
13. Dini AP, Alves DFS, Oliveira HC, Guirardello EB. Validity and reliability of a pediatric patient classification instrument. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2014;22(4):598-603.
14. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 12];43(n.spe):992-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a02v43ns.pdf
15. Vituri DW, Matsuda LM. Content valid ation of quality indicators for nursing care evaluation. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 15];43(2):426-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a24v43n2.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União, Brasília*, 4 jun. 2008. Seção 1, p.50.
17. Lacerda RA, Nunes BK, Batista AO, Egly EY, Graziano KU, Angelo M, et al. Evidence-based practices published in Brazil: identification and analysis of their types and methodological approaches. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Apr 17];45(3):773-82. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a33.pdf
18. Alexandre NMC, Coluci MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
19. Bellucci Junior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5): 751-7.
20. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998; 25(5):206-13.

21. Polit D, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006;29(5):489-97.
22. Duarte ED, Dittz ES, Madeira LM, Braga PP, Lopes TC. O trabalho em equipe expresso na prática dos profissionais de saúde. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2012 [citado 2015 mar. 27];14(1):86-94. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a10.pdf
23. Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S17-32.
24. Diniz, SG. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface Comun Saúde Educ*. 2014;18(48):217-20.
25. Pasche DF, de Albuquerque Vilela ME, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus Actas Saúde Colet*. 2010;4(4):105-17.
26. Pompeu DA, Rossi LA, Paiva L. Content validation of the nursing diagnosis Nausea. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2014 [cited 2015 Apr 17];48(1):48-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-48.pdf>
27. Joventino ES, Oriá MOB, Sawada NO, Ximenes LB. Apparent and content validation of maternal self-efficiency scale for prevention of childhood diarrhea. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013;21(1):371-9.
28. Costa PB, Chagas ACMA, Joventino ES, Dod RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. *Rev Rene*. 2013;14(6):1160-7.