

Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro

Isis Cristiane Bezerra de Melo Carvalho ¹

Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo ²

Marise Reis de Freitas ³

Edna Marta Mendes da Silva ⁴

Wilton Rodrigues Medeiros ⁵

Nathanny Ferreira Moutinho ⁶

Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta ⁷

Zenewton André da Silva Gama ⁸

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

^{2,8} Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campus Universitário Lagoa Nova. Av. Sen. Salgado Filho, s.n. Natal, RN, Brazil. CEP: 59.078-970. E-mail: zasgama@gmail.com

³ Departamento de Infectologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

⁴ Maternidade Escola Januário Cicco. Natal, RN, Brasil.

⁵ Hospital Universitário Ana Bezerra. Santa Cruz, RN, Brasil.

^{6,7} Curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil.

Resumo

Objetivos: adaptar culturalmente e validar o Safe Childbirth Checklist (SCC) da OMS para os hospitais brasileiros.

Métodos: realizou-se uma pesquisa metodológica com técnicas de consenso e etapas de adaptação transcultural. O SCC original passou por três etapas de adaptação e validação: 1- grupo nominal com painel de especialistas; 2- conferência de consenso em duas maternidades escolas, em reuniões com profissionais que utilizariam a lista; 3- pré-teste com questionário estruturado aos profissionais de saúde das duas maternidades (n=40) após 30 dias de sua utilização. Critérios de validação contemplaram as validades de face e conteúdo, adequação aos protocolos nacionais, terminologia e viabilidade no contexto local.

Resultados: o SCC adaptado para o Brasil foi denominado Lista de Verificação para o Parto Seguro – Brasil (LVPS-BR), contendo 49 itens. Na primeira etapa, os 29 itens do SCC original foram aprovados com algumas adaptações (ex.: CD4 substituído por Teste Rápido para HIV). Na segunda etapa, ocorreram ajustes em alguns dos 29 itens e acrescentaram-se 24 itens. Na terceira etapa, excluíram-se três itens, agruparam-se dois e acrescentou-se um.

Conclusões: o processo de validação disponibilizou uma LVPS potencialmente útil para o contexto brasileiro, apresentando indícios de validade e viabilidade para o contexto nacional.

Palavras-chave Qualidade dos cuidados de saúde, Segurança do paciente, Serviços de saúde Materno-infantil, Lista de verificação



Introdução

A mortalidade materno-infantil ainda é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Considerando que a maioria dessas mortes ocorre por causas evitáveis, esses óbitos podem ser indicadores de qualidade do sistema de saúde.¹

As regiões em desenvolvimento são responsáveis por 99% das mortes maternas. Os países da América Latina e Caribe possuem uma Taxa de Mortalidade Materna (TMM) de 85 mortes por 100.000 nascidos vivos (NV), considerada alta quando comparada às de países da Ásia Central, com 39 óbitos/100.000 NV e Norte da África com 69 óbitos/100.000 NV.²

No período de 2000-2011, a TMM no Brasil foi de 64,8 mortes/100.000 NV, com uma taxa de mortalidade neonatal (TMN) de 10,6 mortes/1.000 NV.³ Apesar de se observar uma tendência de queda na mortalidade materna na última década, a TMM no Brasil ficou distante da meta pactuada pelos países signatários dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015, que era de 35 óbitos maternos/100.000 NV para o ano de 2015.⁴

Por sua vez, a mortalidade infantil é considerada um dos melhores indicadores para a avaliação da qualidade da assistência à saúde, bem como do nível socioeconômico de uma população.^{5,6}

O Brasil alcançou a meta de redução da mortalidade na infância (crianças menores de 5 anos) passando de 53,7 óbitos em 1990 para 17,7 óbitos em 2011, em razão de programas de saúde implementados nas décadas de 1980, 1990 e 2000, tais como o incentivo ao aleitamento materno, reidratação oral, imunizações, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de redistribuição de renda como o Bolsa Família. No entanto, persiste a dificuldade de redução da taxa de mortalidade infantil (referente ao primeiro ano de vida) e mais especificamente no período neonatal, o qual é responsável por aproximadamente 60% das mortes infantis, que poderiam ser evitadas por uma assistência de boa qualidade.^{7,4}

Tendo em vista que, no Brasil, 99% dos partos são realizados em estabelecimento de saúde e há uma cobertura de pré-natal de 91%,⁴ pode-se inferir que apenas o acesso amplo aos serviços de saúde não é suficiente para alcançar bons resultados na assistência à saúde de mulheres e crianças.^{8,9} O relatório de monitoramento da Cedaw¹⁰ aponta dificuldades na qualidade da assistência à mulher relativa à formação dos profissionais que atendem no pré-natal e no parto; acesso ao serviço de saúde; uso de tecnologias não baseadas em evidências; e uma assistência de qualidade que esteja preocupada com

a segurança do paciente e a integralidade do cuidado.

Com a finalidade de melhorar a qualidade e a segurança no momento do parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o *Safe Childbirth Checklist* (SCC),¹¹ em 2008, para que as maternidades pudessem ter uma assistência padronizada em relação aos principais riscos associados ao parto.

O documento foi construído em inglês por diversos especialistas, como ação universal, e contém 29 itens de fácil aplicação, que resultasse no uso de poucos recursos e que fosse facilmente aplicável em hospitais de primeiro mundo ou em países em desenvolvimento com o intuito de garantir uma assistência ao parto livre de eventos adversos e danos irreparáveis, como morte materna e neonatal. O *checklist* é uma ferramenta simples, mas eficaz, que não só ajuda a garantir a execução de processos de cuidados importantes, como também ajuda a melhorar a comunicação direta e coordenação entre os membros da equipe.¹²

Relaciona-se às principais causas de mortes maternas (hemorragia, infecção, trabalho de parto obstruído e distúrbio hipertensivos)¹³ e neonatais (cuidados intraparto inadequados, asfixia perinatal, infecção e complicações da prematuridade).¹⁴ O SCC foi testado em dez países da África e Ásia com resultado positivo.¹⁵

Estudo realizado no sul da Índia pela *Harvard School of Public Health* (HSPH) com o *Safe Childbirth Checklist* revelou que o número de práticas essenciais desempenhadas pelos funcionários do hospital aumentou de uma média de 10 de 29 itens para 25 de 29 itens após a implementação do *checklist*.¹⁶ Estudo piloto realizado na Colômbia demonstrou que esse instrumento contribuiu para que profissionais de saúde se lembrem de executar práticas essenciais, tais como a higienização das mãos, manejo de infecção, avaliação do sangramento pós-parto e amamentação até uma hora após o nascimento, além de outros cuidados importantes.¹⁷

Seria o SCC uma ferramenta viável na realidade brasileira? A OMS reconhece a necessidade de adaptação transcultural e validação para as realidades locais, de forma a adequá-lo aos diversos contextos, idiomas e práticas. As metodologias de Adaptação Transcultural de instrumentos¹⁸ e Técnicas de Consenso¹⁹ para avaliação de intervenções em saúde podem ser utilizadas para essa finalidade.

O objetivo do estudo foi adaptar e validar o *Safe Childbirth Checklist* para o contexto hospitalar brasileiro, de forma que esse instrumento possibilite aos profissionais de saúde lembrar e realizar a

assistência que deve ser prestada à mãe e ao RN durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Com isso, espera-se uma qualificação do cuidado, o que impactaria na qualidade da assistência prestada e consequente diminuição de eventos adversos, inclusive na mortalidade materna e neonatal.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa metodológica, pois realizou a adaptação e validação de instrumentos mediante uma combinação entre técnicas de consenso e etapas de adaptação transcultural. Tomaram-se por referência métodos de avaliação da validade de intervenção em saúde mediante técnicas de consenso de especialistas, tais como o grupo nominal e conferência de consenso¹⁹ e o modelo de Adaptação Transcultural proposto por Beaton *et al.*,¹⁸ que inclui revisão com comitê de especialistas na sua fase 4, realizada mediante grupo nominal e conferência de consenso, e um pré-teste com a implementação do instrumento e posterior questionário sobre sua validade com 40 profissionais que corresponde à fase 5. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN com parecer número: 1.186.809/2015.

O projeto está inserido em um estudo multicêntrico registrado na iniciativa “*Safe Childbirth Checklist Collaboration*” (SCC) da Organização Mundial da Saúde, que tem como prioridade explorar em todo o mundo a viabilidade e o uso prático do SCC. O estudo conta com a participação de quatro países da América Latina (Brasil, México, Peru e Venezuela) e um país da África Oriental (Tanzânia). O México promoveu a iniciativa, e nesse país a pesquisa é coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde Pública do México, que lidera a cooperação entre os países. Entretanto, cada país tem independência na realização, financiamento e coordenação do projeto. No Brasil, a coordenação é realizada pelo Grupo de Pesquisa Melhoria da Qualidade em Serviços de Saúde – QualiSaúde, ligado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e certificado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Seguindo o fluxo de atividades representado na Figura 1, através da rede de colaboração, a OMS disponibilizou o *Safe Childbirth Checklist* (SCC) em português europeu. Nesse idioma o título do instrumento passou a se chamar Lista de Verificação para o Parto Seguro (LVPS). Utilizando como base essa Lista e mediante a comparação com o SCC original, o grupo de pesquisadores no Brasil consensuou uma adaptação dos termos de forma que ficassem mais

coerentes com o português brasileiro. Dessa forma, produziu-se a versão da LVPS que serviu para análise e adaptação das três etapas descritas a seguir e representadas na Figura 1.

Na Etapa 1 foi utilizada uma variação da Técnica de Grupo Nominal, que cumpre a análise por comitê de especialistas proposta na fase 4 de Beaton *et al.*¹⁸ Essa técnica pode ser aplicada quando os participantes tiverem experiência no tema apresentado, quando o grupo não for muito heterogêneo e o número de participantes for inferior a 10 pessoas. Com essa técnica consegue-se, normalmente, uma boa validade das decisões tomadas em grupo, o que favorece a resolução construtiva dos conflitos, despersonalizando os confrontos devido aos desacordos. É dividida em 6 fases: 1. Geração de ideias de forma individual; 2. Registro da lista individual de ideias; 3. Esclarecimento das ideias; 4. Priorização individual das ideias (votação preliminar); 5. Discussão do voto preliminar; 6. Voto final.²⁰ A Técnica utilizada consistiu em: 1. Apresentar os itens do SCC; 2. Esclarecer os itens; 3. Rodada I de avaliação baseada em critérios por especialistas (primeira votação presencial); 4. Discussão entre os especialistas; 5. Rodada II de adaptação e reavaliação com especialistas (segunda votação presencial); 6. Discussão entre os especialistas; 7. Rodada III de adaptação e reavaliação com especialistas (votação final à distância). Durante as rodadas de votação I, II e III da Etapa 1, os profissionais avaliaram cada um dos 29 itens da LVPS quanto a critérios de validade e viabilidade para o contexto nacional (Figura 1).

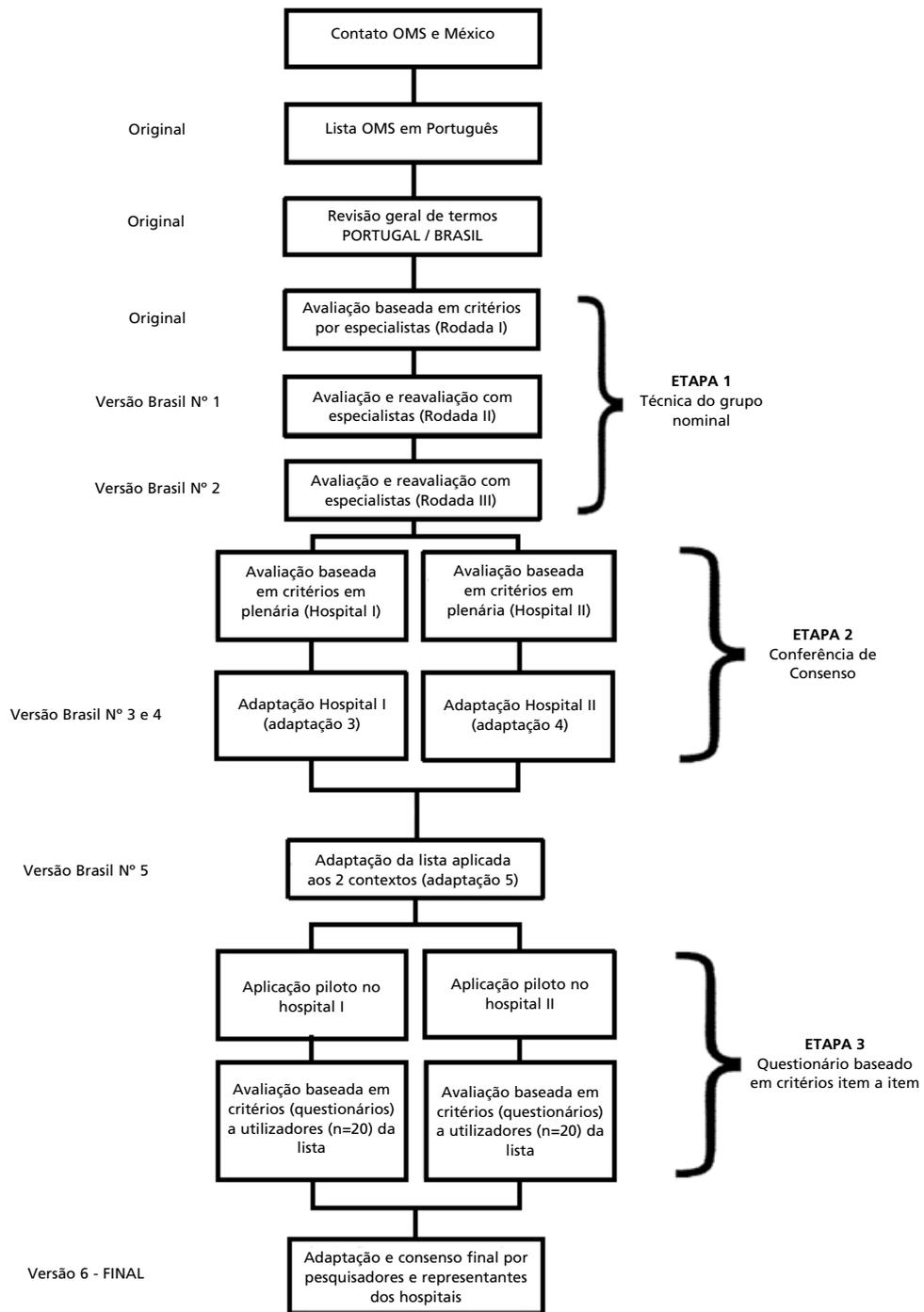
O grupo de especialistas participantes possuiu nove profissionais: três de uma Maternidade Universitária do interior do estado do Rio Grande do Norte; três de uma Maternidade Estadual situada na capital (Natal); e três de uma Maternidade Universitária da capital (Natal). As maternidades foram escolhidas por representarem perfis diferentes possivelmente encontrados pelo Brasil e a seleção dos profissionais baseou-se na representatividade de profissões envolvidas na assistência ao parto. Quanto à profissão, três profissionais eram enfermeiras obstetras, três médicas obstetras e três médicas pediatras.

O grupo foi coordenado por um especialista em gestão da qualidade em serviços de saúde, uma médica infectologista e uma epidemiologista. A Etapa I aconteceu no Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com período de duração de 5 horas.

Na segunda etapa da validação, realizamos

Figura 1

Fluxograma de adaptação e validação da LVPS.



reuniões em forma de Conferência de Consenso (CC), que também complementa sobre uma perspectiva mais ampla a análise de comitê de especialistas proposta na fase 4 de Beaton *et al.*¹⁸ Esta etapa teve a participação de médicos, cientistas e outros profissionais para obter um consenso sobre um tema específico.²¹ Foi realizada uma CC em cada uma das duas maternidades que aplicariam a LVPS, sendo uma maternidade do interior e outra da capital do Rio Grande do Norte (RN).

A maternidade do interior é um hospital de ensino para assistência ginecológica, obstétrica e pediátrica, localizado no município de Santa Cruz/RN, que fica na região agreste do Estado com uma população de 36.477 habitantes.²² O hospital oferta serviço de referência na assistência materno-infantil para região do Trairi e outros municípios do estado. Esse hospital realiza aproximadamente 3 partos/dia e 1.300 partos/ano de baixo risco. Possui instalações de alojamento conjunto, centro cirúrgico e salas de partos, no entanto não disponibiliza de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) materna e neonatal. A equipe é composta, dentre outros, por médicos obstetras, pediatras, enfermeiras obstétricas e enfermeiras assistenciais.

A maternidade situada em Natal (com aproximadamente 817.590 habitantes) caracteriza-se como uma unidade de referência para partos de alto risco na rede de serviços de saúde do RN.²² Dessa forma, essa maternidade, além de atender à demanda do município de Natal, recebe pacientes de diversas regiões do estado, realizando uma média de 12 partos/dia e aproximadamente 4.300 partos/ano. Disponibiliza instalações de alojamento conjunto, centro cirúrgico, salas de parto, UTI materna e neonatal e banco de leite. Conta com uma equipe de 65 médicos (obstetras, intensivistas e neonatologistas) e 117 enfermeiros.

As Conferências de Consenso foram convocadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente e gerências das duas maternidades participantes. As CCs ocorreram com a participação de todos os tipos de profissionais da assistência ao parto (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e técnicos de enfermagem) e incluíram a apresentação da LVPS, item por item, em plenária, questionando sobre os mesmos critérios de validade e viabilidade utilizados na Etapa I. Uma pesquisadora apresentou o instrumento a ser adaptado, outro pesquisador mediou as observações feitas pelos profissionais e outra pesquisadora ficou encarregada de anotar as concordâncias e discordâncias levantadas pelos profissionais de forma oral. Essa etapa possibilitou a elaboração de duas LVPS específicas,

uma para cada maternidade, que posteriormente foram agregadas em uma para análise final na Etapa 3 a seguir.

Com uma LVPS adaptada que contemplava as contribuições das etapas anteriores do projeto, realizamos um estudo piloto com a sua introdução nos prontuários de todas as pacientes que foram atendidas nessas maternidades para que fosse aplicada em cada etapa do parto e puerpério, das mães e dos recém-nascidos durante 30 dias. Para sensibilizar quanto à importância do preenchimento da LVPS foram produzidos cartazes, folhetos e divulgação na mídia televisiva local sobre o projeto. A única diferença entre os instrumentos implantados nas duas maternidades é que em uma delas a LVPS foi desmembrada em dois instrumentos: um contendo os itens relativos à parturiente/puérpera e outro com os itens relativos ao recém-nascido. Isso ocorreu por sugestão dos profissionais do serviço para facilitar o preenchimento, uma vez que nessa maternidade os prontuários da mãe e do bebê ficam separados.

Foi realizada assim uma fase de pré-teste com 30 dias de implementação da LVPS (fevereiro de 2016). Após a implementação, um representante do Núcleo de Segurança do Paciente de cada maternidade aplicou um questionário estruturado a 40 profissionais que preenchiam a LVPS, sendo 20 de cada maternidade participante do projeto. O pré-teste e quantidade de profissionais selecionados para responder o questionário tem como base o modelo de adaptação transcultural proposto por Beaton *et al.*¹⁸ O instrumento continha os mesmos critérios de validade e viabilidade que foram aplicados na Etapa 1 e serviu para avaliar cada item da lista adaptada. As categorias profissionais que responderam aos questionários foram 20 médicos e 20 enfermeiros, que podiam ser incluídos se seu nome estivesse em pelo menos cinco LVPS no local de preenchimento. Os resultados dessa etapa serviram para consensuar entre pesquisadores e profissionais das maternidades a versão final da LVPS.

Foram utilizados cinco critérios para avaliação da validade e viabilidade da LVPS no contexto nacional durante as três etapas de sua adaptação e validação. Os critérios contemplaram itens específicos para avaliação da validade de face e de conteúdo da LVPS, adequação aos protocolos nacionais, terminologia e viabilidade no contexto local.

O critério 1 foi sobre a validade de face ou grau de relevância óbvia²⁰ e perguntava se o item da LVPS “É relevante”. O critério 2 foi sobre a validade de conteúdo ou se media o conceito que se desejava medir²⁰ e perguntava se o item “relacionava-se com

a segurança da mãe e/ou do bebê durante o parto”. O critério 3 averiguava a “adequação do item às recomendações, protocolo nacional ou local”. O critério 4 indagava se “a terminologia está adequada” e o critério 5 tratava da viabilidade, perguntando se “é possível de ser aferido no seu contexto de trabalho”.

As opções de resposta a cada pergunta dos critérios eram em escala de *Likert*, variando de 1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Indiferente; 4- Concordo e 5- Concordo totalmente. Os critérios foram avaliados na Etapa 1 de forma individual por cada especialista do Grupo Nominal; na Etapa 2 de forma geral pelos grupos das conferências de consenso; e na Etapa 3 de forma individual por cada profissional que respondeu ao questionário.

A análise da validade foi realizada de forma quantitativa nas Etapas 1 e 3 do estudo, visto que produziram pontuações individuais sobre os critérios de validade e viabilidade. Essa análise baseou-se no cálculo de um Índice de Validade (IV) para cada item da lista de verificação.²³

O IV foi calculado na Etapa 1 baseado na mediana e na Etapa 3 baseado no percentil 10 e no percentil 20. Essa mudança de parâmetro foi justificada porque na Etapa 1 o nível de exigência para o consenso era menor, pois eram itens extensamente reconhecidos e aprovados pela OMS. Já na Etapa 3, o nível de exigência deveria ser maior porque havia itens adicionais incluídos na Etapa 2 do estudo.

O ponto de corte para excluir um item da LVPS final foi a pontuação <4 no IV. Na Etapa 3, porém, alguns fatores adicionais foram considerados para decidir sobre a exclusão. Itens com algum critério ou IV <4 no percentil 10 tiveram a sua pontuação avaliada no percentil 20 se fossem do SCC. Se ainda no Percentil 20 o item do SCC fosse reprovado, os pesquisadores avaliaram se algum fator cultural influenciou a rejeição do item, mesmo ele sendo indicado.

Resultados

Após a primeira etapa de adaptação e validação, o SCC foi denominado Lista de Verificação de Parto Seguro (LVPS). Após as três etapas, foi aprovada quanto à validade e viabilidade com 49 itens, sendo 10 no momento da admissão, 9 antes da expulsão, 14 imediatamente após o nascimento e 16 antes da alta. O processo de adaptação envolveu mudanças no conteúdo, na terminologia, acréscimo e retirada de itens, conforme apresentado na Tabela 1.

Durante a Etapa 1, considerando os 29 itens do SCC original, todos os itens foram aprovados quanto

aos critérios de validade na terceira rodada (Mediana do IV >4). Nessa etapa, cinco itens sofreram adaptações quanto à terminologia e seis itens adequação de conteúdo, considerando protocolos nacionais ou locais ou viabilidade no contexto de trabalho (Tabela 2).

Quanto à terminologia, por exemplo, duas modificações principais foram efetuadas: (1) Os termos “gestante” e “mãe” foram substituídos por “parturiente”, em que se referia aos momentos antes do parto, e por “puérpera”, quando se referia ao pós-parto. (2) No momento imediatamente antes da expulsão ou antes da cesariana, no item “Assistente identificado e informado para estar pronto para dar assistência ao parto se necessário?”, o termo “assistente identificado” foi substituído por “profissional identificado”.

Com relação às adaptações de conteúdo, três alterações principais: (1) alteração da frequência de verificação da temperatura da parturiente no momento da admissão de a cada duas horas para a cada seis horas; (2) no item “A parturiente necessita receber antibiótico?”, presente em três momentos da lista, a indicação de administração de antibiótico à parturiente quando a temperatura da mesma estivesse maior que 38°C não foi considerado suficiente para a prescrição de antibiótico; (3) no momento da admissão, no item “A gestante necessita receber antirretrovirais?”, a recomendação da SCC era administrar antirretroviral baseado na contagem de células CD4, porém alteramos para “Administrar antirretroviral se soropositividade confirmada no pré-natal ou após teste rápido”. A possibilidade de a parturiente ser admitida sem o diagnóstico de HIV, a demora em obter o resultado do CD4 e a rotina das maternidades no Brasil de realizar o teste rápido para confirmação de soropositividade foram as justificativas utilizadas para essa adaptação.

Durante a Etapa 2, na conferência com os profissionais das duas maternidades participantes, 24 itens foram acrescentados, 2 itens adaptados quanto à terminologia e 25 itens quanto à adequação do conteúdo (Tabela 2). A LVPS totalizou 53 itens nessa etapa.

Quanto aos acréscimos de itens, destacam-se: no momento da admissão, “se a parturiente levou o cartão de pré-natal”; no momento imediatamente antes da expulsão (ou cesárea), “se a parturiente apresenta indicação de cesárea” e “se está presente algum profissional com capacitação atualizada em reanimação neonatal”; no momento logo após o nascimento, “clampeamento do cordão de 1 a 3 minutos?”, “administrada vitamina K?”, “realizada profilaxia para conjuntivite neonatal?”, “identifi-

Tabela 1

Descrição das alterações durante as fases de adaptação.

Perguntas da LVPS avaliadas durante as fases do consenso	
Momento da admissão	
1. A gestante precisa ser referida?	Etapa 1: Trocou o nome gestante por parturiente e referida por referenciada. Etapa 3: Acrescentou: referenciada para outro hospital.
2. Iniciou o partograma?	Etapa 1: O registro da temperatura passou de 2 horas para 4 horas. Etapa 2: Acrescentou o não se aplica para checar e o registro da temperatura passou para 6 horas e o registro da pressão arterial a cada 2 horas quando em uso de Sulfato de Magnésio.
3. A gestante necessita receber antibiótico?	Etapa 1: Administrar antibiótico quando febre inexplicada. Etapa 2: Só deixou ruptura de membranas > 18 horas e acrescentou outro motivo. E na checagem entrou o item não necessita de reavaliação clínica e/ ou laboratorial.
4. A gestante necessita receber sulfato de magnésio?	Etapa 2: Os motivos para administração passaram a ser: pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão; PAD ≥ 110 mmHg e/ou sintomas clínicos; cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência; dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito; náuseas e vômitos e reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção).
5. A gestante necessita receber antirretrovirais?	Etapa 1: Retirou diagnóstico desconhecido para checar e os parâmetros para checar deixaram de ser a contagem de células CD4 e passaram a ser soropositividade confirmada no pré-natal ou após teste rápido. Etapa 2: Acrescentou o não se aplica para checar. Etapa 3: Retirou o não se aplica para checar e o critério de administração do retroviral passou a ser apenas soropositividade confirmada.
6. Confirmar a disponibilidade de material para lavar as mãos e luvas a cada exame vaginal?	Etapa 1: Colocou o sim e o não para poder checar. Etapa 2: Colocou o não se aplica e modificou o termo lavar as mãos por higienização das mãos. Etapa 3: Retirou o não se aplica e colocou o material para checar (água, sabão, papel toalha, solução alcoólica e luvas).
7. Encorajar a presença de um acompanhante durante o parto?	Não sofreu adaptação.
8. Confirmar que a gestante ou o acompanhante solicitará auxílio durante o trabalho de parto, se necessário?	Etapa 3: Acrescentado o sinal de alerta diminuição dos movimentos fetais.
A. A mulher levou o cartão do pré-natal?	Etapa 2: Acrescentado.
B. A parturiente necessita receber anti-hipertensivo?	Etapa 2: Acrescentado.

continua

Tabela 1

continuação

Descrição das alterações durante as fases de adaptação.

Perguntas da LVPS avaliadas durante as fases do consenso

Antes da expulsão

9. A gestante necessita receber antibiótico? Etapa 1: No local de consideração administração de antibiótico foi retirada temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e substituído por febre inexplicada durante o trabalho de parto.
Etapa 2: Só deixou ruptura de membranas >18 horas e acrescentou outro motivo. E na checagem entrou o item não necessita de reavaliação clínica e/ ou laboratorial.
10. A parturiente necessita receber sulfato de magnésio? Etapa 2: Os motivos para administração passaram a ser: pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão; PAD $\geq 110\text{mmHg}$ e/ou sintomas clínicos; cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência; dor epigástrica, dor "em barra" no hipocôndrio direito; náuseas e vômitos e reflexos patetares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção).
11. Confirmar a disponibilidade de material essencial, próximo da cama e preparar o parto. Para a gestante Etapa 2: Acrescentado duas pinças Kelly para checar.
12. Confirmar a disponibilidade de material essencial, próximo da cama e preparar o parto. Para a o recém-nascido Etapa 1: Os itens para checar eram toalhas limpas, lâmina estéril para cortar o cordão umbilical, dispositivo de sucção e balão e máscara pediátrica.
Etapa 2: Sondas traqueais N° 6, 8 e 10 e gástricas curtas N° 6 e 8; Dispositivo para aspiração de mecônio; Aspirador a vácuo com manômetro; Reanimador manual neonatal/Balão autoinflável; Máscaras de ventilação 00, 0 e 1; Oxímetro de pulso; Laringoscópio com lâmina reta N° 00, 0 e 1; Cânulas de intubação traqueal N° 2,5/3/3,5/4; Adrenalina; Expansor de volume (SF 0,9% ou Riger-lactato); Campos estéreis; Sonda traqueal N° 6 ou 8 ou cateter umbilical 5F ou 8F; Luvas e óculos, lâmina estéril para cortar o cordão umbilical; Clampe para cordão umbilical; Fontes de oxigênio/ar comprimido; Fonte de calor radiante; e Relógio de parede.
13. Assistente identificado e pronto a ajudar no parto em caso de necessidade? Etapa 1: A pergunta passou a ser profissional assistente identificado e informado para estar pronto para dar assistência ao parto se necessário? E foi acrescentado sim ou não para checar.
Etapa 3: Identificou e informou um segundo profissional para auxiliar o parto, caso necessário?
- C. A parturiente apresenta indicação de cesárea? Etapa 2: Acrescentado
- D. A parturiente necessita receber anti-hipertensivo? Etapa 2: Acrescentado
- E. Está presente algum profissional com capacitação atualizada em reanimação neonatal (máximo 2 anos)? Etapa 2: Acrescentado
- F) A parturiente apresenta indicação de episiotomia? Etapa 3: Acrescentado

Após o parto

14. A mãe está sangrando além do esperado? Etapa 2: Nas orientações foram acrescentados: misoprostol retal e ativar equipe de resposta rápida para emergência obstétrica.

continua

Descrição das alterações durante as fases de adaptação.

Perguntas da LVPS avaliadas durante as fases do consenso	
15. A mãe necessita iniciar antibiótico?	Etapa 2: Os critérios de administração foram trocados por parto muito manipulado, fórceps e outro motivo. E na checagem entrou o item: não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial. Etapa 3: Cesárea.
16. A mãe necessita iniciar sulfato de magnésio?	Etapa 2: Os motivos para administração passaram a ser: Pré-eclâmpsia grave, pura ou sobreposta à hipertensão; PAD ≥ 110 mmHg e/ou sintomas clínicos; cefaleia, distúrbios visuais e alteração do nível de consciência; dor epigástrica, dor “em barra” no hipocôndrio direito; náuseas e vômitos e reflexos patelares exaltados (aumento da amplitude e/ou da área de obtenção).
17. O recém-nascido necessita de... referência?	Etapa 2: A pergunta passou a ser: o recém-nascido necessita ser referenciado para uma unidade de cuidados especiais e os itens de checagem passaram a ser não, sim, na própria instituição e sim para outra instituição Etapa 3: A pergunta passou a ser: o recém-nascido necessita ser referenciado para outro hospital e os itens de checagem passou a ser não e sim, providenciado.
18. O recém-nascido necessita de... antibiótico?	Etapa 2: Nos critérios de administração foram acrescentados ruptura de membranas >18horas e outro motivo. E na checagem entrou o item: não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial.
19. O recém-nascido necessita de... cuidados especiais/monitorização?	Etapa 2: A pergunta passou a se apresentar assim: cuidado especial ou vigilância? E os critérios foram que acrescentados: precisa de antibiótico, precisou de reanimação e outro motivo.
20. O recém-nascido necessita... iniciar terapia antirretroviral?	Etapa 2: O critério de profilaxia do antirretroviral passou de 12 horas após o nascimento para 4 horas após o nascimento.
21.1. Realizou contato pele a pele (se a mãe e o recém-nascido estiverem bem?)	Etapa 2: Item desmembrado.
21.2. Iniciou amamentação na primeira hora (se a mãe e o recém-nascido estiverem bem?)	Etapa 2: Item desmembrado.
22. Confirmar se a mãe e/ou acompanhante pedirão ajuda caso existam sinais de perigo	Etapa 2: Foi menos atividade que o normal nos sinais de alerta. E o termo sinal de perigo foi substituído por sinal de alerta.
G. A parturiente necessita receber anti-hipertensivo?	Etapa 2: Acrescentado.
H. Clampeamento do cordão de 1 a 3 minutos?	Etapa 2: Acrescentado.
I. Administrada vitamina K?	Etapa 2: Acrescentado.
J. Realizada profilaxia para conjuntivite neonatal?	Etapa 2: Acrescentado.
	Etapa 3: Não foi aprovado.

continua

Tabela 1 **continuação**

Descrição das alterações durante as fases de adaptação.

Perguntas da LVPS avaliadas durante as fases do consenso	
K. Identificação do RN com pulseira?	Etapa 2: Acrescentado.
Antes da alta	
23. O sangramento da mãe está controlado?	Não sofreu modificação.
24. A mãe necessita de antibiótico.	Etapa 2: Nos critérios de administração foram substituídos calafrios e corrimento de odor fétido por suspeita de endometrite e outro motivo. E na checagem entrou o item: não, necessita de reavaliação clínica e/ou laboratorial.
25. O recém-nascido necessita de antibiótico?	Etapa 2: A pergunta sofreu modificação e passou a se configurar assim: Se o recém-nascido fazia uso de antibiótico, o tratamento foi finalizado?
26. O bebê mama corretamente?	Etapa 2: No quesito de checagem, não foi acrescentado orientar boas práticas de amamentação e adiar a alta.
27. Se a mãe é soropositiva, a mãe e o recém-nascido receberam a quantidade suficiente de antirretrovirais (ARV) para período de 6 semanas?	Etapa 2: Os itens de checagem passaram a ser: - Sim, para o bebê; - Sim, para mãe; - Sim, para a mãe e bebê. Etapa 3: Acrescentado o item de checagem: não se aplica.
28. Discutiu com a mãe e apresentou as opções de planejamento familiar?	Etapa 3: Não foi aprovado.
29.1 Organizar o seguimento e assegurar que a mãe e/ou acompanhante irão procurar ajuda caso haja sinais de perigo da mãe.	Etapa 2: Foi desmembrada em duas perguntas: foi acordado e organizado o seguimento da mãe e confirmar que a mulher e/ou o acompanhante foram informados dos sinais de perigo. O termo sinais de perigo foi substituído por sinais de alerta. Etapa 3: O item sofreu junção.
29.2 Organizar o seguimento e assegurar que a mãe e/ou acompanhante irão procurar ajuda caso haja sinais de perigo do recém-nascido.	Etapa 2: Foi desmembrada em duas perguntas: foi acordado e organizado o seguimento do recém-nascido e confirmar que a mulher e/ou o acompanhante foram informados dos sinais de perigo do recém-nascido. O termo sinais de perigo foi substituído por sinais de alerta. Etapa 3: O item sofreu junção.

continua

Tabela 1

conclusão

Descrição das alterações durante as fases de adaptação.

Perguntas da LVPS avaliadas durante as fases do consenso	
L. O RN apresenta icterícia?	Etapa 2: Acrescentado.
M. Realizou exame para o grupo sanguíneo e fator RH?	Etapa 2: Acrescentado.
N. Realizou vacina BCG?	Etapa 2: Acrescentado.
O. Realizou vacina de Hepatite B?	Etapa 2: Acrescentado.
P. Realizado o teste do pezinho?	Etapa 2: Acrescentado.
Q. Realizado o teste da orelhinha?	Etapa 2: Acrescentado.
R. Realizado o teste do olhinho?	Etapa 2: Acrescentado.
S. Realizado o teste da linguinha?	Etapa 2: Acrescentado.
T. Realizado o teste do coraçãozinho?	Etapa 2: Acrescentado.

Tabela 2

Adaptações no conteúdo (≅), na terminologia (T), itens novos (+) e eliminações de itens (x) realizadas durante as três etapas de adaptação e validação.

Propostas iniciais das perguntas avaliadas durante as fases do consenso	Etapas			Final
	1	2	3	
Momento da admissão				
1. A gestante precisa ser referida?	T		T	OMS
2. Iniciou o partograma?	≅	≅		≅ OMS
3. A gestante necessita receber antibiótico?	≅	≅		≅ OMS
4. A gestante necessita receber sulfato de magnésio?		≅		≅ OMS
5. A gestante necessita receber antirretrovirais?	≅	≅	≅	≅ OMS
6. Confirmar a disponibilidade de material para lavar as mãos e luvas a cada exame vaginal?	≅	≅	≅	≅ OMS
7. Encorajar a presença de um acompanhante durante o parto?	≅			OMS
8. Confirmar que a gestante ou o acompanhante solicitará auxílio durante o trabalho de parto, se necessário?		≅		≅ OMS
A. A mulher levou o cartão do pré-natal?			+	BR
B. A parturiente necessita receber anti-hipertensivo?			+	BR
Antes da expulsão				
9. A gestante necessita receber antibiótico?	≅	≅		≅ OMS
10. A parturiente necessita receber sulfato de magnésio?		≅		≅ OMS
11. Confirmar a disponibilidade de material essencial, próximo da cama e preparar o parto. Para a gestante		≅		OMS
12. Confirmar a disponibilidade de material essencial, próximo da cama e preparar o parto. Para o recém-nascido		≅	≅	≅ OMS
13. Assistente identificado e pronto a ajudar no parto em caso de necessidade?	T	T	T	OMS
C. A parturiente apresenta indicação de cesárea?		+	≅	BR
D. A parturiente necessita receber anti-hipertensivo?		+		BR
E. Está presente algum profissional com capacitação atualizada em reanimação neonatal (máximo 2 anos)?		+		BR
F. A parturiente apresenta indicação de episiotomia?			+	BR
Após o parto				
14. A mãe está sangrando além do esperado?	T	≅		≅ OMS
15. A mãe necessita iniciar antibiótico?	T	≅	≅	≅ OMS
16. A mãe necessita iniciar sulfato de magnésio?		≅		≅ OMS
17. O recém-nascido necessita de...referência?	T	T	T	OMS
18. O recém-nascido necessita de... antibiótico?		≅	≅	≅ OMS
19. O recém-nascido necessita de... cuidados especiais/monitorização?		≅	≅	≅ OMS
20. O recém-nascido necessita... iniciar terapia antirretroviral?		≅		≅ OMS
21.1 Realizou contato pele a pele (se a mãe e o recém-nascido estiverem bem.)?		≅		≅ OMS
21.2 Iniciou amamentação na primeira hora (se a mãe e o recém-nascido estiverem bem.)?		≅		≅ OMS
22. Confirmar se a mãe e/ou acompanhante pedirão ajuda caso existam sinais de perigo.		≅	≅	≅ OMS
G. A parturiente necessita receber anti-hipertensivo?			+	BR
H. Clampeamento do cordão de 1 a 3 minutos?			+	BR
I. Administrada vitamina K?			+	BR
J. Realizada profilaxia para conjuntivite neonatal?			+	-
K. Identificação do RN com pulseira?			+	BR

continua

- Os itens indicados com números arábicos (1,2,3...) são os presentes na *Safe Childbirth Checklist* original e os itens ordenados por letras (A,B,C...) são os acrescentados na Lista de Verificação para o Parto Seguro adaptada.

- Os itens sem modificações de conteúdo estão indicados na coluna "final" como OMS, os que tiveram adaptações de conteúdo como ≅ OMS e os originais da lista brasileira como BR.

Tabela 2

conclusão

Descrição das alterações durante as fases de adaptação.

Propostas iniciais das perguntas avaliadas durante as fases do consenso	Etapas			Final
	1	2	3	
L. Confirmar atenção à mãe imediatamente depois do nascimento?		+	X	BR
Antes da alta				
23. O sangramento da mãe está controlado?				OMS
24. A mãe necessita de antibiótico		≡		≡ OMS
25. O recém-nascido necessita de antibiótico?		≡	≡	≡ OMS
26. O bebê mama corretamente?		≡		OMS
27. Se a mãe é soropositiva, a mãe e o recém-nascido receberam quantidade suficiente de antirretrovirais (ARV) para período de 6 semanas?		≡	≡	≡ OMS
28. Discutiu com a mãe e apresentou as opções de planejamento familiar?			X	-
29.1 Organizar o seguimento e assegurar que a mãe e/ou acompanhante irão procurar ajuda caso haja sinais de perigo da mãe.		≡		≡ OMS
29.2 Foi organizado e acordado o seguimento da mãe?		+	X	
29.3 Organizar o seguimento e assegurar que a mãe e/ou acompanhante irão procurar ajuda caso haja sinais de perigo do recém-nascido.		≡		≡ OMS
29.4 Foi organizado e acordado o seguimento do recém-nascido?		+	X	
M. O RN apresenta icterícia?		+		BR
N. Realizou exame para o grupo sanguíneo e fator RH?		+		BR
O. Realizou vacina BCG?		+		BR
P. Realizou vacina de Hepatite B?		+		BR
Q. Realizado o teste do pezinho?		+		BR
R. Realizado o teste da orelhinha?		+		BR
S. Realizado o teste do olhinho?		+		BR
T. Realizado o teste da linguinha?		+		BR
U. Realizado o teste do coraçãozinho?		+		BR

- Os itens indicados com números arábicos (1,2,3...) são os presentes na *Safe Childbirth Checklist* original e os itens ordenados por letras (A,B,C...) são os acrescentados na Lista de Verificação para o Parto Seguro adaptada.

- Os itens sem modificações de conteúdo estão indicados na coluna "final" como OMS, os que tiveram adaptações de conteúdo como ≡ OMS e os originais da lista brasileira como BR.

Tabela 3

Resultados da análise da validade dos 53 itens que compunham a 5ª versão da LVPS durante a 3ª etapa de adaptação e validação e decisão final sobre a última versão.

Item	Percentil 10 (n=40)					Índice de Validade P10	Percentil 20 (n=40)					Índice de Validade P20	Decisão Final
	C1	C2	C3	C4	C5		C1	C2	C3	C4	C5		
No momento da admissão													
1	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
2	4	4	3	4	4	4							Incluído
3	4	4	4	4	4	4							Incluído
4	4	4	4	4	4	4							Incluído
5	4	4	4	4	4	4							Incluído
6	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
7	2	2	2	3	3	2	4	3	3	3	4	3*	Incluído
8	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
A	4	4	4	4	4	4							Incluído
B	4	4	4	4	4	4							Incluído
Imediatamente antes da expulsão (ou cesariana)													
9	4	4	3	4	4	4							Incluído
10	4	4	4	4	4	4							Incluído
11	4	4	4	4	4	4							Incluído
12	4	4	4	4	4	4							Incluído
13	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	Incluído
C	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
D	4	4	3	4	3	4							Incluído
E	4	4	4	4	4	4							Incluído
F													NA
Logo após o nascimento													
14	4	4	4	4	4	4							Incluído
15	4	4	4	4	4	4							Incluído
16	4	4	4	4	4	4							Incluído
17	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
18	4	4	3	4	4	4							Incluído
19	4	4	4	4	4	4							Incluído
20	4	4	4	4	4	4							Incluído
21.1	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
21.2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	Incluído
22	4	4	4	4	4	4							Incluído
G	4	4	4	4	4	4							Incluído
H	4	4	4	4	4	4							Incluído
I	4	4	4	4	4	4							Incluído
J	2	2	1	2	3	2	3	3	2	3	3	3	Excluído
K	4	4	4	4	4	4							Incluído
L	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	Excluído

continua

Critérios: C1: validade de face; C2: validade de conteúdo; C3: adequação a protocolos; C4: terminologia; C5: viabilidade. Valores em escala de Likert: 1 - Discorda totalmente; 2- Discordo; 3- Indiferente; 4- Concordo e 5- Concordo totalmente

Índice de Validade: Mediana dos valores de C1 a C5 no Percentil 10, apresentado para todos os itens, e no Percentil 20, apresentado quando o item foi <4 no percentil 10 e pertencia ao SCC.

NA: Não se aplica, pois é item novo acrescentado no consenso da última etapa.

* Apesar de ter IV 3, item foi incluído após análise qualitativa dos pesquisadores.

Tabela 3

conclusão

Resultados da análise da validade dos 53 itens que compunham a 5ª versão da LVPS durante a 3ª etapa de adaptação e validação e decisão final sobre a última versão.

Item	Percentil 10 (n=40)					Índice de Validade P10	Percentil 20 (n=40)					Índice de Validade P20	Decisão Final
	C1	C2	C3	C4	C5		C1	C2	C3	C4	C5		
Antes da alta													
23	4	4	4	4	4	4							Incluído
24	4	4	4	4	4	4							Incluído
25	4	4	4	4	4	4							Incluído
26	4	4	4	4	4	4							Incluído
27	4	4	4	4	4	4							Incluído
28	3	2	2	3	2	2	4	3	3	3	4	3	Excluído
29.1	4	4	4	4	4	4							Incluído
29.2	4	4	2	4	4	4							Incluído
29.3	4	4	4	4	3	4							Incluído
29.4	4	3	4	3	4	4							Incluído
M	4	4	4	4	4	4							Incluído
N	4	4	4	4	4	4							Incluído
O	4	4	4	4	4	4							Incluído
P	4	4	4	4	4	4							Incluído
Q	4	4	4	4	4	4							Incluído
R	4	4	4	4	4	4							Incluído
S	4	4	4	4	4	4							Incluído
T	4	4	3	4	4	4							Incluído
U	4	4	3	4	4	4							Incluído

Crítérios: C1: validade de face; C2: validade de conteúdo; C3: adequação a protocolos; C4: terminologia; C5: viabilidade. Valores em escala de *Likert*: 1 - Discorda totalmente; 2- Discordo; 3- Indiferente; 4- Concordo e 5- Concordo totalmente
Índice de Validade: Mediana dos valores de C1 a C5 no Percentil 10, apresentado para todos os itens, e no Percentil 20, apresentado quando o item foi <4 no percentil 10 e pertencia ao SCC.

NA: Não se aplica, pois é item novo acrescentado no consenso da última etapa.

* Apesar de ter IV 3, item foi incluído após análise qualitativa dos pesquisadores.

cação do recém-nascido com pulseira?"; e no momento antes da alta, "o recém-nascido apresenta icterícia?", "realizou exame para o grupo sanguíneo e fator RH?", "realizou vacina BCG?", "realizou vacina Hepatite B?", "realizou o teste do pezinho?", "realizou o teste da orelhinha?", "realizou o teste do olhinho?", "realizou o teste da linguinha?" e "realizou o teste do coraçãozinho?". Quanto ao item "se parturiente necessita receber anti-hipertensivo", foi acrescentado nos momentos da admissão, imediatamente antes da expulsão ou cesariana e logo após o nascimento.

No que diz respeito à viabilidade ou possibilidade de ser aferido no contexto de trabalho, tivemos duas adaptações principais: (1) no momento logo após o nascimento, o item "Iniciou a amamentação e o contato pele a pele" foi desmembrado em dois itens, pois a amamentação não seria indicada caso a puérpera fosse portadora do vírus HIV; (2) no

momento antes da alta, o item "Organizar o seguimento e assegurar que a mãe/acompanhante irá procurar ajuda caso haja sinais de perigo, tanto para a mãe como para o recém-nascido, após a alta", foi desmembrado em quatro itens para haver a possibilidade de checar especificamente a organização do seguimento e as orientações antes da alta, tanto para as puérperas quanto para os recém-nascidos. Também se justificou porque o processo de trabalho na alta é dividido entre o profissional obstetra e pediatra, sendo impossível checar a mãe e bebê no mesmo momento.

Durante a terceira etapa, considerando as respostas dos profissionais ao questionário sobre cada item e os critérios de decisão estabelecidos, permaneceram 49 itens na versão final.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, dos 53 itens analisados quanto ao IV, 41 itens obtiveram a mediana 4 no percentil 10. Isso significa

que 90% dos profissionais aprovaram o item com mediana adequada. Dos doze itens restantes, com mediana menor que 4, analisamos se eles faziam parte da SCC da OMS. Os dois itens que não faziam parte da SCC foram excluídos (“realizou profilaxia de conjuntivite neonatal?” e “confirmar atenção à mãe imediatamente depois do nascimento”) e os outros 10 itens que faziam parte da SCC foram analisados quanto ao IV no percentil 20. Oito dos itens que derivavam da SCC foram aprovados com mediana 4 no percentil 20, significando que 80% dos profissionais concordavam com a permanência do item. No entanto, dois itens ainda continuaram com notas menor que 4 (“foi estimulada a presença de um acompanhante durante o parto?” e “discutiu com a mãe e apresentou as opções de planejamento familiar?”). Esses itens, embora não aprovados no parâmetro quantitativo, foram analisados de forma a responder se eles não foram aprovados devido a um padrão cultural típico do nosso contexto. A decisão final foi incluir o item “foi estimulada a presença de um acompanhante”, considerando a ampla recomendação sobre a importância da presença do acompanhante na hora do parto para a qualidade e segurança do cuidado. Por outro lado, o item que discute as opções de planejamento familiar foi excluído da lista, tendo em vista que no contexto estudado essa atividade é realizada na atenção básica, e não no âmbito hospitalar.

Discussão

Este estudo contribui para a melhoria da qualidade da assistência ao parto no Brasil, uma vez que adaptou transculturalmente e avaliou a validade e viabilidade de um instrumento potencialmente útil para prevenir desfechos adversos, tanto para as mães como para os recém-nascidos. A lista de verificação traduzida induz boas práticas que agem tanto nas causas diretas de morte materna (doenças hipertensivas, hemorragia e infecção puerperal) como nas causas indiretas (doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, parto ou puerpério e infecções prévias)⁴ e das mortes neonatais (cuidados intraparto inadequados, asfíxia perinatal, infecção e complicações da prematuridade).^{14,24}

Melhorar a qualidade da assistência ao parto é uma necessidade mundial e brasileira, tendo em vista que apenas aumentar o acesso a partos institucionalizados não é suficiente para alcançar bons resultados na assistência às mulheres e crianças. É preciso garantir, simultaneamente ao acesso aos serviços de saúde, a qualidade dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde,⁸ uma necessidade que ficou

clara em estudo recente realizado na Índia.⁹ A LVPS adaptada ao Brasil pretende promover a qualidade do cuidado com ênfase na segurança do paciente ou redução a um mínimo aceitável dos riscos e danos desnecessários associados ao cuidado.^{8,25}

Muitos são os estudos que comprovam que as listas de verificação são benéficas para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e que elas melhoram a adesão a boas práticas,^{16,17,26} podendo ser usadas tanto em ambientes ricos como pobres em recursos.²⁵ Isso ficou comprovado no estudo da lista de verificação de cirurgia segura que impactou os indicadores de saúde tanto nos países de alta renda como nos de baixa e média renda.²⁷ A LVPS foi idealizada de forma global, que pudesse ser utilizada em países com pouca tecnologia diagnóstica (como laboratório de análises clínicas e de imagens), por isso se fez necessária a sua adaptação para o contexto brasileiro.¹¹

Entretanto, apenas a inserção do uso da lista de verificação nas maternidades não surtirá efeito ou não terá validade, se junto a isso não for realizada uma intervenção para a implementação adequada da lista. É importante que ao longo do uso a Lista seja adaptada para suprir às necessidades dos profissionais e usuários e que sejam trabalhados na equipe a comunicação e o esforço na formação do conhecimento baseado em evidências científicas. Somado a isso, o *feedback* de acompanhamento contínuo também é essencial para garantir que o cuidado seja eficiente, eficaz e seguro.^{25,27}

A validade da LVPS também depende do nível de evidência de cada um dos seus itens. Sobre isso, os especialistas detectaram a necessidade de atualizar alguns itens da lista original aos protocolos mais atuais publicados no Brasil, tais como o uso de antirretroviral nas primeiras 12 horas após o nascimento, a utilização do parâmetro das células de CD4 para iniciar o tratamento da soropositividade e os parâmetros de administração de sulfato de magnésio. Após as etapas de validação e análise indireta da evidência empírica (validade de critério), a lista foi adaptada de acordo com os protocolos.^{28,29}

Quanto à viabilidade, após estudo piloto nos dois hospitais, todos os itens que permaneceram na última versão tiveram valores aceitáveis de possibilidade de aferição no contexto de trabalho. Isso é consistente com os relatos dos profissionais sobre a fácil aplicação do instrumento e que a lista era possível de ser aplicada no contexto estudado. Foi imprescindível a aplicação do pré-teste para identificar e corrigir problemas, além de reduzir as barreiras à sua implementação, uma recomendação da OMS para a implementação de *checklists*.²⁵

Diferente do *checklist* de cirurgia segura,²⁵ a LVPS engloba todos os momentos em que a mulher se encontra na maternidade (admissão, imediatamente antes do parto, logo após o parto e antes da alta) e dois públicos-alvo (mãe e recém-nascido), dessa forma para viabilizar sua execução em uma das maternidades a lista precisou ser separada em mãe e recém-nascido, tendo em vista que neste hospital os prontuários são separados e os profissionais que os assistem são diferentes.

O processo de validação disponibilizou uma Lista de Verificação para o Parto Seguro potencial-

mente útil para o contexto brasileiro, apresentando indícios de validade e viabilidade para o contexto nacional. A lista adaptada foi considerada relevante, aplicável para a melhoria da segurança, adequada segundo as práticas baseadas em evidência, com terminologia adequada e viável para diferentes perfis de hospitais brasileiros, tanto do interior quanto da capital. Mas seu uso deve ser precedido por avaliação do contexto e adaptações locais, conforme se preconiza para todos os *checklists* e protocolos clínicos.

Referências

- Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol*. 1999; 28 (1): 10-8.
- WHO (World Health Organization). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: 2014. [Acesso em: 20 de jan 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1
- Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos: indicadores de mortalidade. Brasil: 2012. [Acesso em: 29 mai 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasil: [Acesso em: 29 mai 2015]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf
- Lourenço EC, Brunken GS, Luppi CG. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013; 22 (4): 697-706
- Graaf J, Steegers E, Bonsel G. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013; 25 (2): 98-108.
- Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377: 1863-76.
- Scott KW, Jha AK. Putting quality on the global health agenda. *N Engl J Med*. 2014; 371 (1): 3-5. [Acesso em: 02 de março 2015]. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1402157#t=article>
- Randive B, Diwan V, Costa A. India's Conditional Cash Transfer Programme (the JSY) to Promote Institutional Birth: Is There an Association between Institutional Birth Proportion and Maternal Mortality? *PLoS ONE*. 2013; 8 (6): e67452.
- Consórcio Nacional de Redes e Organizações. Monitoramento da CEDAW: ação permanente do movimento de mulheres/Brasil. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2014. Caderno 1 [Acesso em: 16 mar 2016]. Disponível em: http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/caderno_cedaw.pdf
- WHO (World Health Organization). Safe Childbirth Checklist. Geneva: 2015. [Acesso em: 16 mar 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist/en/>
- Weiser TG, Berry WR. Review article: perioperative checklist methodologies. *Can J Anaesth*. 2013; 60 (2): 136-142.
- Van Den Broek NR, Graham WJ. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG*. 2009; 116 (1): 18-21.
- Lee AC, Cousens S, Darmstadt GL, Blencowe H, Pattinson R, Moran NF, Hofmeyr GJ, Haws RA, Bhutta SZ, Lawn JE. Care during labor and birth for the prevention of intrapartum-related neonatal deaths: a systematic review and delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health*. 2011; 11 (3): S10.
- WHO (World Health Organization). Safe childbirth checklist collaboration: improving the health of mothers and neonates progress report. Geneva; 2014 [Acesso em: 20 jun 2015] Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/scc-progress-report-2014.pdf?ua=1>
- Spector JM, *et al*. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PLoS One*. 2012; 7 (5): e35151.
- WHO (World Health Organization). Colombian nurses improve the quality of care at birth. Geneva; 2015 [Acesso em: 20 jun 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/features/2015/colombia-safe-childbirth-checklist/en/>.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25 (24): 3186-91.
- Moreno SP, Argelaguet EP. No todo es acuerdo em consenso: limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. *Gac Sanit*. 1993; 7 (39): 294-301.

20. Saturno PJ, Antón JJ, Santiago MC. La construcción de criterios para evaluar la calidad: manual del máster em gestión de la calidad em los servicios de salud: módulo 3 - actividades básicas para la mejora continua: métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora. Universidad de Murcia. Murcia.
21. Descritores em Ciências da Saúde. Conferência de Consenso. Brasil. [Acesso em: 9 jun 2015]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Informações de saúde: dados demográficos e sócio-econômicos. Brasil. [Acesso em: 16 fev 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprn.def>
23. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16 (7): 3061-8.
24. WHO (World Health Organization). Newborn care at birth. Geneva. [Acesso em: 28 jun 2016]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_at_birth/en/
25. Organización Mundial de la Salud. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Genebra; 2009 [Acesso em: 20 jun 2015]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
26. Patabendige M, Senanayake H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; (15): 12.
27. Gawande A. Checklist: Como fazer as coisas benfeitas. . Rio de Janeiro: Sextante; 2011.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia de consulta rápida: protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasil: 2014 [Acesso em: 20 jun 2015]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56319/_p_15_07_2014_protocolo_guia_rapido_pediatico_p_25629.pdf.
29. Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte. Brasil: 2015 [Acesso em: 27 out 2017]. Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000080196.PDF>

Recebido em 8 de Fevereiro de 2017

Versão final apresentada em 30 de Outubro de 2017

Aprovado em 30 de Março de 2018