

GRACIELLE DE SOUSA FREITAS

**LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA
CENTRO DE PARTO NORMAL**

BRASÍLIA

2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GRACIELLE DE SOUSA FREITAS

**LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA
CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília

Orientadora: Prof^a Dr^a Daphne Rattner

BRASÍLIA

2022

GRACIELLE DE SOUSA FREITAS

**LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA
CENTRO DE PARTO NORMAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Aprovada em 15/12/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a Daphne Rattner

Universidade de Brasília – UnB – PPGSC -Presidente

Prof. Dr^a. Dirce Bellezi Guilhem

Universidade de Brasília – UnB – PPGSC - Membro Interno

Prof. Dr^a Leila Bernarda Donato Gottens

Escola Superior de Ciências da Saúde - Membro Externo

Prof. Dr^a Juliana Machado Schardosim

Universidade de Brasília – UnB – Membro Suplente

Dedico este trabalho primeiramente ao meu marido, Gustavo, por quem tenho profundo amor, admiração e respeito. Pela sua inteligência emocional que me fez enxergar o possível e impossível e pela sua ajuda mesmo após dias longos de trabalho.

Aos meus pais, Vanderlei (in memoriam) e Claudia, que proporcionaram o que foi possível mesmo diante dos desafios impostos pela vida.

A minha irmã e amiga, Valéria, de quem tenho muito orgulho, para mim, não existe mais forte no mundo.

Aos meus filhos Victor, Valentina e Júlia que me instigaram a prosseguir e são a fonte do maior amor que Deus me proporcionou.

A minha querida orientadora, Daphne, a quem dedico ainda profunda admiração e respeito, que acreditou no processo mesmo diante de adversidades e me mostrou o quão forte sou.

E por último, e não menos importante, a mim, mãe adolescente, servidora pública, parteira, eterna estudante, que possui uma capacidade enorme de resiliência e que aprendeu que o processo de construção também é fonte de sabedoria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me sustentar quando nem eu mesma mais podia.

A minha família, que de maneira direta ou indireta, contribuiu como rede de apoio, cuidando dos meus filhos para que eu pudesse estudar e trabalhar.

A Prof^a Daphne Rattner, minha orientadora, que, com seu vasto conhecimento, conduziu-me de forma justa, sempre com respeito e prontidão a todas as demandas. Muito obrigada por tudo, sua orientação foi muito valiosa para o progresso do trabalho.

A minha chefe imediata do Hospital Regional de Samambaia, Gisella, que compreendeu o processo de construção de dissertação e foi empática com flexibilidade na escala de trabalho para que eu pudesse ter tempo para escrever a dissertação.

As minhas queridas amigas e colegas parceiras da Casa de Parto de São Sebastião: Marília, Nayane, Quênia e Débora. Se tornaram fonte de apoio emocional e de consultoria profissional em muitos momentos.

A Universidade de Brasília que esteve presente em todas as etapas da minha formação acadêmica e à todas as pessoas que não foram nomeadas aqui, mas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Nós nos tornamos aquilo que pensamos.

(Buda)

RESUMO

FREITAS GS. Lista de Verificação para Parto Seguro: adaptação e validação para Centro De Parto Normal. 102p. Dissertação (mestrado). Brasília, DF: Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2022.

O objetivo deste estudo é adaptar e validar um instrumento brasileiro, baseado na Lista de Verificação para Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde, para sua adequação ao contexto do Centro de Parto Normal. Trata-se de um estudo metodológico, com uso da técnica de Delphi e escala tipo Likert, desenvolvido em três etapas: construção de um instrumento piloto adaptado da Lista de Verificação para Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde, validação de conteúdo e validação aparente por juízes especialistas. Além disso, utilizou-se o instrumento *RIGHT-Ad@pt checklist* para orientar a adaptação com checagem de todas as etapas. O instrumento alcançou índice de validade de conteúdo geral $> 0,9$ nas duas etapas, *concordância interavaliadores* $\geq 0,9$ em todas as dimensões e quesitos de avaliação e obteve notas elevadas nos escores nas duas etapas (>90). Em virtude dos elevados valores obtidos nos resultados, verifica-se que a validação obtida permitiu o desenvolvimento de um instrumento contendo 31 itens relevantes aos construtos teóricos, portanto, passível de ser utilizado como ferramenta para promover a segurança dos pacientes em Centros de Parto Normal. A utilização do *RIGHT-Ad@pt checklist* facilitou a construção da lista com os atributos essenciais e permitiu a identificação das limitações no estudo.

Palavras-chave: Lista de Checagem, Parto Normal, Enfermeiras Obstétricas, Segurança do Paciente, Centros Independentes de Assistência a Gravidez e ao Parto.

ABSTRACT

FREITAS GS. Safe Childbirth Checklist: adaptation and validation for Birth Centers. 102p. Dissertação (mestrado). Brasília, DF: Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2022.

The objective of this study was to adapt and validate a Brazilian instrument, based on the World Health Organization's Safe Childbirth Checklist, for its use in the context of Birth Centers. This is a methodological study, using the Delphi technique and the Likert scale, developed in three stages: construction of a pilot instrument adapted from the World Health Organization's Safe Childbirth Checklist, content validation and validation apparent by expert judges. In addition, the instrument RIGHT-Ad@pt checklist was used to guide the adaptation, with checking of all steps. The instrument reached a general content validity index >0.9 in both stages, interrater agreement ≥ 0.9 in all dimensions and assessment items and obtained high scores in both stages (>90). Due to the high values obtained in the results, it appears that the validation obtained allowed the development of an instrument containing 31 items relevant to the theoretical constructs, therefore, capable of being used as a tool to promote the safety of patients in a Birth Center. The use of the RIGHT-Ad@pt checklist facilitated the construction of the list with the essential attributes and allowed the identification of limitations in the study.”

Keywords: Checklist, Natural Childbirth, Nurse Midwives, Patient Safety, Birthing Centers

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Concordância dos juízes em relação ao conteúdo dos itens, a partir da aplicação do teste de IVC - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Tabela 2 Concordância dos juízes em relação a aparência do instrumento, a partir da aplicação do teste de IVC - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Tabela 3 Média das notas das etapas de validação de conteúdo e aparente da Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Matriz de Análise para a construção da primeira versão da Lista de Verificação Para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Quadro 2 Itens da versão final da Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Ordem cronológica das Iniciativas do governo brasileiro para melhoria da assistência ao parto e nascimento - Brasília, DF, Brasil, 2022.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A - Admissão

AA – Antes da Alta

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AP – Antes do Parto

ÁPICE ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia

APO – Após o Parto

CFM – Conselho Federal de Medicina

COVID-19 - Doença do Coronavírus 2019

CPN - Centro de Parto Normal

CPNCM - Centro de Parto Normal Casa de Maria

EA – Evento Adverso

EUA - Estados Unidos da América

GM/MS - Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IRA - *Interrater Agreement*

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH - Política Nacional de Humanização

RAMI - Rede de Atenção Materna e Infantil

RMM - Razão de Mortalidade Materna

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO	18
2.2 INICIATIVAS DO GOVERNO BRASILEIRO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	21
2.3 PARIR EM CPN É SEGURO?	26
3 OBJETIVO	30
3.1 OBJETIVO GERAL.....	30
4 MÉTODO	31
4.1 ADAPTAÇÃO DA LISTA	32
4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	33
4.3 VALIDAÇÃO APARENTE.....	34
5 ASPECTOS ÉTICOS	36
6 RESULTADOS	37
8 CONCLUSÕES	48
ANEXO 1 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTO SEGURO	59
ANEXO 2 – The RIGHT-Ad@pt checklist	63
ANEXO 3 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	66
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
APÊNDICE 2 – ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	69
APÊNDICE 3 –LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	70
APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	73
APÊNDICE 5 - ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO – VALIDAÇÃO APARENTE	77
APÊNDICE 6 –LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL – VALIDAÇÃO APARENTE	78
APÊNDICE 7 -- INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE APARENTE	80
APÊNDICE 8 – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO- VERSÃO FINAL	81
APÊNDICE 9 – TEXTO DO ARTIGO SUBMETIDO	83

1 INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico e natural que requer cuidado e acolhimento. Também pode ser considerado um evento social, uma vivência singular do universo da mulher e de seus familiares, o que, na maioria das vezes, torna-se motivo de alegria para todos os envolvidos (1-3).

No entanto, sabe-se, que ao longo da história, parir deixou de ser um evento familiar e passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizada, dentro de hospitais, na ausência de entes queridos e sendo assistido por médicos e não mais por parteiras (2,3,4-6,).

Essa mudança gerou muitos avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal no mundo. Porém, nesse modelo de assistência, um evento que antes era considerado natural passou a ser visto como potencialmente patológico e à sua assistência foram acrescentadas, de rotina, inúmeras intervenções médicas (1,7).

Durante várias décadas do século XX, muitas mulheres de classe média e alta no mundo industrializado pariram sedadas. O parto sob sedação total começou a ser usado na Europa e nos Estados Unidos, e fez muito sucesso entre os médicos e parturientes das classes econômicas elevadas. A técnica se dava por uma injeção de morfina na mulher no início do trabalho de parto e, em seguida, uma dose de um amnésico chamado escopolamina, assim a mulher sentia a dor, mas não tinha qualquer lembrança consciente do que havia acontecido (8).

Porém, na década de 1980, iniciaram-se questionamentos de que essas intervenções reprimiam os mecanismos naturais do corpo feminino em decorrência de uma assistência invasiva e medicamentosa, ou seja, com uma inversão de papéis (7,9).

Com vistas a resgatar a autonomia da mulher no processo de parturição e trazê-la da posição de objeto de cuidado para protagonista, e ainda reduzir as intervenções sem evidências científicas no parto, em 1996, foram divulgadas as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a assistência do parto, também chamadas de “Boas Práticas de Atenção ao Parto” (10).

As práticas foram distribuídas em quatro categorias: A - práticas úteis que devem ser estimuladas; B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem

ser eliminadas; C - práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para sua realização; e D - práticas frequentemente usadas incorretamente (10).

Assim, as recomendações da OMS objetivam resgatar a autonomia da mulher e reduzir as intervenções rotineiras e desnecessárias como o uso de episiotomia e toques vaginais frequentes, entre outros (10). Entretanto, ao longo das décadas, tais recomendações não foram internalizadas integralmente pelas equipes que assistem os partos dentro dos hospitais.

No Brasil, isso foi percebido na pesquisa “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010). Esta pesquisa mostrou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. As mais comuns, segundo o estudo, são gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e negligência (11).

Um inquérito de abrangência nacional, realizado entre 2011 e 2012, intitulado “Nascer no Brasil”, que teve como um de seus objetivos analisar as intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual, revelou que, da amostra representativa de 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, sem condições de saúde que indicassem o uso de procedimentos ou intervenção cirúrgica. No entanto, dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, porém, apenas 5,6% tiveram parto normal sem nenhuma intervenção (12).

Em contrapartida, houve iniciativas do governo brasileiro para diminuir essas intervenções e promover a humanização do cuidado (13). Como por exemplo, a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), em 2000, que priorizou a redução das altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal e adotou medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e neonatal (14).

Posteriormente ao PHPN, foram publicadas outras leis e portarias com objetivo de qualificar a atenção obstétrica no país, das quais, ressaltam-se a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do

SUS e a portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS (15-17).

Outra estratégia para a melhoria da assistência no país foi a Instituição, por meio da portaria GM/MS nº 985 de 5 de agosto de 1999, dos Centros de Parto Normal (CPN). A portaria GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015, redefiniu as diretrizes para implantação e habilitação de CPN, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente “Parto e Nascimento” da Rede Cegonha, e dispõe ainda sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal (18,19).

O CPN é uma modalidade de assistência para assistência intra, extra ou perihospitalar que visa um cuidado direcionado ao resgate do protagonismo da mulher na parturição. A estrutura dessas instituições foi planejada para atender partos de baixo risco (partos sem complicações clínicas ou obstétricas que coloquem em risco a mulher e/ou o feto) onde mulheres e acompanhantes são acolhidos durante toda a internação (1,13,20).

No CPN, a assistência é prestada por enfermeiros obstetras e por obstetras (21). Esses profissionais são os escolhidos para atuarem nesse contexto em virtude de serem considerados mais criteriosos quanto ao uso de intervenções no parto(22). Existem poucos estudos brasileiros que descrevem a segurança da assistência prestada exclusivamente por esses profissionais em CPN, o que corrobora os questionamentos atuais sobre a segurança nessa modalidade de atendimento (23,24).

Esses questionamentos podem estar sendo embasados pelo fato de que o parto de baixo risco não está isento da ocorrência de um evento adverso (EA). Há uma estimativa de que aproximadamente 2% das pacientes obstétricas sofram algum EA grave durante o parto como, por exemplo, hemorragias e infecções, o que contribui para as taxas de morbimortalidade materna e neonatal (25).

Segundo a OMS, ocorrem mais de 130 milhões de partos a cada ano no mundo e, destes, cerca de 303 mil evoluem para óbito materno, 2,6 milhões para óbito fetal e outros 2,7 milhões para o óbito do recém-nascido. A maioria dessas mortes ocorre em países de baixa renda, com poucos recursos, e decorrem de causas altamente evitáveis (26).

Uma forma simples e eficaz de aumentar a segurança dos partos de risco habitual, evitar um EA e contribuir para a redução das taxas de mortalidade materna

e neonatal seria a adoção de ações padronizadas como a criação de protocolos institucionais e de Listas de Verificação de Segurança (25).

Em 2017 um guia para a implementação de uma Lista de Verificação para Partos Seguros foi publicado pela OMS no idioma português. Trata-se de um instrumento, baseado em evidências científicas, que visa a segurança intraparto para a prevenção das principais causas de mortes maternas, fetais e neonatais. Cada item da Lista deve ser verificado, caso contrário, poderão ocorrer danos significativos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos. No entanto, o documento traz alguns itens que não são aplicáveis ao contexto da assistência do CPN, como o manejo de drogas hipotensoras e antibióticos por exemplo (27).

Um estudo recente de Carvalho *et al* (2018) foi desenvolvido para validar e adaptar esse documento para a segurança no parto em maternidades brasileiras. Os autores concluíram que o instrumento formulado apresentou validade nos critérios estudados e confiabilidade para ser aplicado no contexto das maternidades brasileiras. No entanto, a pesquisa não considerou a aplicação do documento em CPN, apenas em unidades hospitalares (28).

Não foram identificados na literatura estudos que descrevessem a utilização de uma lista de verificações de segurança no parto adaptada ao contexto do CPN. Desse modo, surgiu o seguinte questionamento que foi o marco inicial desta pesquisa: Seria possível adaptar e validar um instrumento brasileiro, baseado na Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS, para aplicação em CPN com vistas a contribuir para a promoção da segurança da mãe e do recém-nascido em todas as etapas da internação?

A pergunta de pesquisa foi construída a partir da estratégia "Pico" (população, interesse e contexto). P: Pacientes do CPN (mães e recém-nascidos). I: Adaptar e validar a Lista de Verificação do Parto Seguro da OMS para o contexto do CPN. Co: Promoção da segurança na assistência em Centro de Parto Normal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Até o final do século XIX, parir era tido como um evento sexual, afetivo e feminino e era assistido em domicílio com assistência exclusiva de mulheres, curandeiras, parteiras ou comadres. Apenas em casos complicados, quando a parteira não conseguia resolver o problema, chamava-se o médico (29,30).

O partejar era então visto como um sacerdócio e quem o exercia dominava as manobras externas para facilitar a passagem do bebê pelo canal vaginal e conhecia a gravidez e o puerpério por experiência própria. Sendo assim, as mulheres preferiam as parteiras por razões emocionais, humanitárias e devido ao constrangimento de mostrar sua genitália, uma vez que a maioria de profissionais que exerciam a medicina era do gênero masculino (29,30).

Em relação a presença do médico no nascimento, o entendimento do ato de parir como algo natural e sem necessidade de intervenções contribuiu para manter a medicina longe desse cenário. Os primeiros homens incorporados no ambiente do parto atendiam em situações especialíssimas, quase sempre em emergências. Além disso, tinham pouco experiência no parto e, nessas ocasiões, estavam mais interessados em hemostasia, sutura e drenagens (31).

No entanto, no final do século XIX inicia-se uma mudança que transformou o parto normal em uma prática médica controlada (32,33). O que era fisiológico, feminino e íntimo, começa a ser visto como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e com uma visão patológica como regra, e não exceção. Neste modelo medicalizado, a mulher deixou de ser o centro do processo, cabendo ao médico a condução do parto (32-35).

Instalou-se então uma nova configuração e a negativa das mulheres em dar à luz fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar, à medida que melhoravam a segurança e a assepsia desse espaço (36).

Essa transformação, entretanto, não se deu de forma continuada e sem divergências de interesses. Segundo PALHARINI; FIGUERÔA (2018), médicos e parteiras entraram em conflito. De um lado o conhecimento institucionalizado

masculino e o do outro o saber tácito feminino. Conflitos esses também ocorriam entre o médico, homem, e a parturiente, mulher, configurando relações de desigualdade de gênero que estão na origem do estabelecimento da medicina como saber validado política e socialmente (36).

Mesmo assim, o parto hospitalar começou a se consolidar como prática dominante e o hospital como indicação segura para parir e maternidades e hospitais para mulheres foram sendo criados na Inglaterra, França, Alemanha e EUA na segunda metade do século XIX (36).

No século XX, enfim, o parto hospitalar se tornou predominante, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, o que proporcionou a inclusão de intervenções cirúrgicas como, por exemplo, o uso rotineiro de episiotomia e do fórceps profilático. Além disso, o ato de dar à luz, como experiência subjetiva e domiciliar para a mulher e sua família, cedeu lugar para um momento privilegiado para treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetizes (35).

No Brasil, a criação de maternidades data do início do século XX, quando as reformas sanitárias se tornaram mais intensas e a medicalização do parto foi vista como uma das estratégias de civilização da população (36). Desde então, os profissionais não-médicos, incluindo as enfermeiras e especialmente as enfermeiras obstetras, prestam assistência ao parto normal, muitas vezes, por insuficiência de cobertura médica e sem o reconhecimento devido (31).

No país, desde 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº. 7.498/86), assegura a autonomia da enfermeira na consulta de enfermagem à gestante, a assistência à parturiente e puérpera e o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distocia (37).

Em âmbito mundial já é reconhecido que a enfermeira parteira (enfermeira obstetra) é a profissional mais adequada e com melhor “custo-benefício” para o cuidado ao parto normal de baixo risco (10,32,38). Entretanto, a assistência obstétrica brasileira é fortemente ligada e centralizada na figura do profissional médico (32).

No que diz respeito ao excesso de intervenções que a medicalização do parto trouxe, algumas destas foram justificadas como humanização. Segundo Diniz (2005), Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, empregou o termo humanização no início do século XX e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século.

Ambos defenderam que a narcose e o uso de fórceps vieram para humanizar a assistência aos partos (8).

No entanto, a realidade da assistência obstétrica brasileira apresenta um cenário epidemiológico com altas taxas de mortalidade materna e perinatal, possivelmente pelo uso indiscriminado de intervenções e altas taxas de cesáreas (39).

Já se tem conhecimento de várias evidências científicas de que o excesso de intervenção leva a um aumento da morbimortalidade materna e neonatal, e desse modo, há a necessidade de reduzir tais intervenções iatrogênicas como forma de promoção da saúde (8)

Diante disso e do sofrimento que os procedimentos intervencionistas causam às mulheres, desde as décadas de 1980 e 1990, no Brasil, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista (que já interviam no debate nacional sobre o rompimento do poder médico sobre o corpo feminino), começaram a contestar se todas as práticas obstétricas eram realmente necessárias ou se tratavam de violência obstétrica (40,41,42).

TESSER *et al* (2015) definem “violência obstétrica” como uma prática frequente e atrelada a questões de gênero, e que consiste ainda em uma violência institucional exercida por equipe médico-hospitalar e caracterizada pela negligência ou maus-tratos a gestantes desde a assistência a pré-natal até o pós-parto (43).

Associado a esse movimento e com base na publicação da OMS (1996), que legitimou as práticas humanizadas através da medicina baseada em evidências, houve iniciativas do governo brasileiro para promover a humanização do parto e nascimento, melhorar a assistência às gestantes/parturientes e recém-nascidos e reduzir as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. As principais estratégias nacionais propostas serão discutidas a seguir.

2.2 INICIATIVAS DO GOVERNO BRASILEIRO PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

As iniciativas governamentais para melhoria da assistência obstétrica e neonatal ganharam força na década de 1990. Segundo Rattner (2009), ao final de 1997, uma ampla parceria foi firmada entre governo e sociedade civil, tendo como sede o Conselho Federal de Medicina e, como mote, “Natural é parto normal”. Adicionado a esse movimento foi elaborado um planejamento estratégico, com propostas de intervenções amplas. A autora cita ainda que alguns Conselhos Regionais, como o de São Paulo, assumiram essa campanha com apoio de atrizes brasileiras que pariram de parto normal (6).

Em maio de 1998, o Ministério da Saúde aumentou em 160% o valor da remuneração do parto vaginal e instituiu o pagamento de analgesia de parto (6). A portaria GM/MS nº 2816/1998 estipulou limites para pagamento de cesarianas aos hospitais: 40% para o segundo semestre de 1998, com redução semestral gradativa, até alcançar 30% em 2000(44). Essa portaria foi modificada pela portaria GM/MS nº 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea, compartilhando, com as lideranças estaduais, a responsabilidade pelo monitoramento dos hospitais (6,45).

Para a regulamentação da inserção de enfermeiros obstetras e obstetrizes na assistência obstétrica, as portarias GM/MS nº 2.815/98 e SAS/MS nº 163/98 foram instituídas. A primeira estabelece a inclusão na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) do procedimento “parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra”. A segunda descreve as atribuições das enfermeiras obstétricas e aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para realização de parto normal (46,47).

No entanto, a publicação destas portarias gerou um clima de descontentamento na categoria médica, que se intensificou após a portaria GM/MS nº 985, de 1999, que instituiu os Centros de Parto Normal ou Casas de Parto (CP) no SUS (18). Os profissionais médicos, diante das medidas do MS, questionaram a segurança dos pacientes assistidos por enfermeiros e a pauperização da medicina (48,49).

O questionamento da segurança na assistência de outros profissionais existe pelo conceito de risco incorporado pelo processo de medicalização que consolidou o parto como ato médico (50). Existe ainda a narrativa de que as medidas para facilitar a atuação de enfermeiros obstetras e obstetrites se deve à redução de custos na assistência materno-infantil, que coloca em risco as gestantes e são divulgadas como medidas de humanização de parto (49).

No que se refere ao movimento pela humanização propriamente dito, segundo BACKES (2021), este pode ser visto como um movimento social ou como uma política pública. Enquanto política pública voltada para a atenção humanizada durante o parto e nascimento, foi uma conquista social importante para combater a hegemonia do modelo assistencial medicalizado. No entanto, a mudança do modelo de atenção obstétrica é um processo que envolve uma luta à qual os profissionais podem ou não se incorporar, dependendo de sua formação (51).

Nesse contexto, destaque deve ser dado ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, trouxe o termo “humanização” oficialmente em um programa do governo (6,14). O PHPN objetivou, principalmente, a integralidade do atendimento obstétrico, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal e a melhoria da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Além disso, o Programa previa estímulos financeiros aos municípios para qualificar o pré-natal e aos hospitais para garantir vagas para as parturientes (14).

Para fortalecer e ampliar a humanização da assistência para além dos hospitais e do público materno infantil, o Ministério da Saúde, em 2003, criou a Política Nacional de Humanização (PNH) “HumanizaSUS”. Tendo como um de seus princípios a transversalidade, a política visa se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS além de manter o foco nos processos de trabalho e de gestão da saúde (52).

A PNH estimula ainda a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir estratégias conjuntas de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no autocuidado (52).

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi lançada, tendo forte contribuição de movimentos sociais, trabalhadores de saúde e especialistas (53). Segundo SOUTO; MOREIRA (2021), a política, que ainda está em vigor no país, é responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos), e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora (54).

Os autores reiteram que seu caráter 'integral' diz respeito a uma forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito (54). Além disso, a PNAISM reconhece a diversidade das mulheres: negras, indígenas, trabalhadoras rurais, entre outras; além dos diferentes ciclos da vida, enfatizando os direitos sexuais e reprodutivos (55).

Mas sua consolidação se deve a uma luta de décadas desde a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompeu com o termo 'materno-infantil' e passou a entender a saúde da mulher fora do ciclo reprodutivo com o conceito de 'integralidade' (56). Institucionalmente, com a criação do PAISM, a estrutura do Ministério da Saúde também se reformulou, e a 'Área Técnica Materno-Infantil tornou-se Área Técnica de Saúde da Mulher e foi separada da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (54).

Já em 2011, no mesmo caminho já percorrido pelas políticas e programas de saúde desenvolvidos até então, o MS lançou a Rede Cegonha. Trata-se de uma convergência de várias políticas anteriores e propõe a constituição de uma rede de atenção à saúde materna e infantil com um conjunto de ações para garantir atenção humanizada no pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil até 24 meses, além da atenção ao planejamento sexual, reprodutivo e ao abortamento (17).

Especificamente para os componentes parto e nascimento seguros, a RC propôs a implementação de um novo modelo de atenção centrado nas necessidades da mulher e na valorização do parto normal como processo fisiológico com a implantação de CPNSs e inserção das enfermeiras obstetras e obstetrias na assistência (17).

Para fortalecer a Rede, reconhecendo a importância de uma formação voltada para a mudança de modelo de atenção obstétrica e neonatal, em 2017 surgiu o Projeto

Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), com enfoque na formação humanizada de novos profissionais, baseada em evidências científicas nos campos de cuidado ao parto e nascimento, que passou a contribuir para a melhoria do cuidado às mulheres em situações de violência sexual, abortamento e aborto legal, e de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto (57).

Entretanto, em um momento delicado para a política brasileira, em meio a pandemia da COVID-19 e desmonte da área técnica direcionada à saúde da mulher no MS, surgiu, sob a portaria 715/2022, a Rede Materno e Infantil (RAMI) (58). Trata-se de portaria que limita o campo de atuação e a importância do enfermeiro obstetra, centrando a responsabilidade de todo o atendimento na figura do médico, o que configura um grande retrocesso do cuidado à mulher (59).

Segundo MORAIS *et al* (2022), a execução de tal portaria pode ter impacto negativo na medida em que retoma um modelo medicalocêntrico, renunciando a todas as vantagens da multidisciplinaridade como forma de qualificar a assistência (59).

Ao desmerecer o papel da enfermagem obstétrica que, na Rede Cegonha, destaca-se como fundamental no processo de humanização, a estratégia atual do governo federal impõe ao SUS a centralização do cuidado em um único profissional, mesmo, como citado anteriormente, sendo o enfermeiro obstetra o profissional ideal para o atendimento às parturientes de risco habitual. Além disso, poderá haver o aumento de procedimentos intervencionistas, distanciando novamente a mulher do protagonismo no parto, piora em ações relacionadas à detecção precoce de complicações e lentidão da referência dentro do sistema de saúde (59)

Apesar da publicação da RAMI ser um retrocesso a um modelo de assistência hegemônica e com reserva de mercado, observa-se que a implantação das políticas e programas anteriores a ela estão concentrados na melhoria das condições de saúde materna e infantil, o que pode refletir em diminuição da mortalidade.

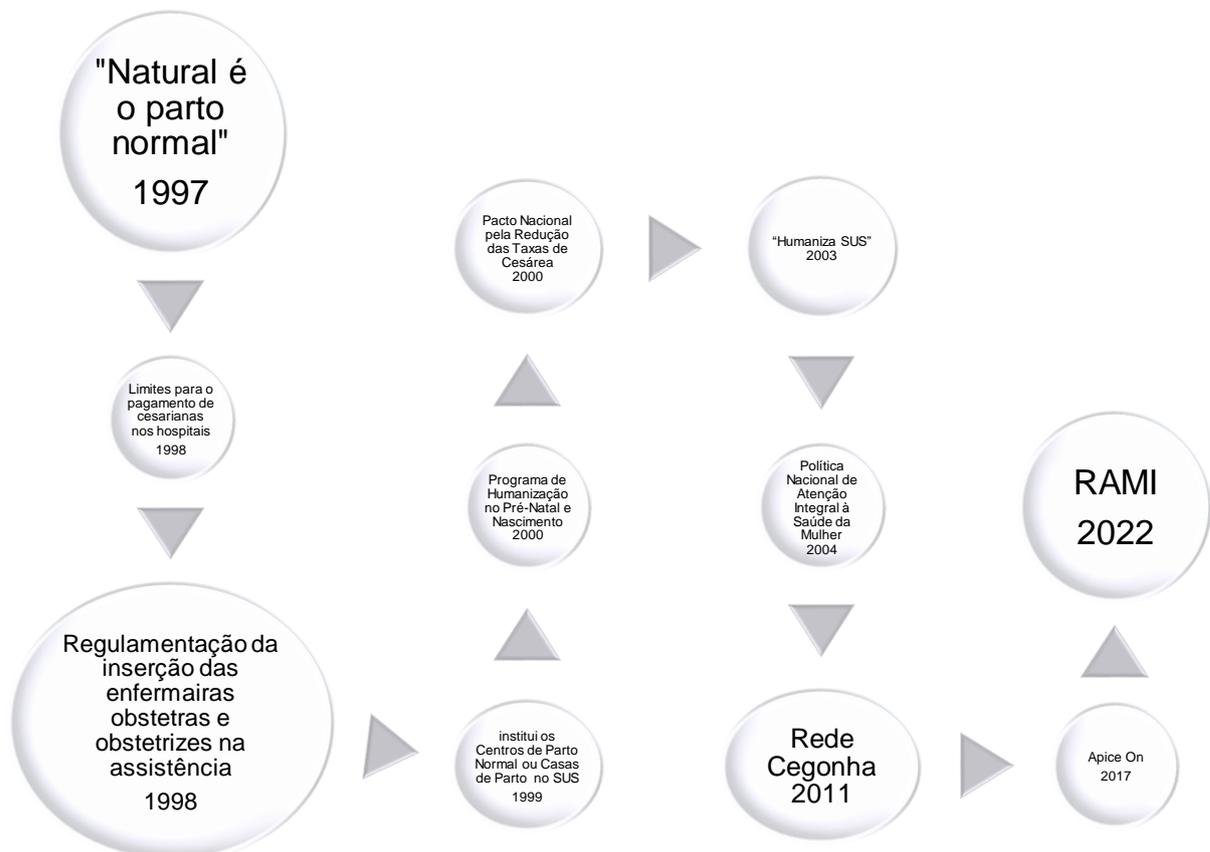
Reflexo disso é o compromisso internacional firmado pelo Brasil com a meta de reduzir a razão de mortalidade materna (RMM) a 30 mortes maternas/100.000 nascidos vivos até 2030 (60). Porém, de acordo com o 20º Boletim epidemiológico, divulgado em maio de 2020, que dispôs sobre as taxas de mortalidade materna no Brasil, o resultado não está perto dessa meta. Em 2018 a RMM foi de 59,1 óbitos para cada 100.000 nascidos vivo, quase o dobro da meta, e houve aumento nesse

indicador, relacionado à pandemia de coronavírus: em 2019 houve 1515 óbitos maternos confirmados; em 2020 foram 1964 e dados preliminares para 2021 identificaram 2941 óbitos maternos (59,61).

Este resultado reforça que ainda existe a necessidade de intervenção do governo com medidas que valorizem as evidências científicas, que proporcionem o treinamento e qualificação dos profissionais e que promovam a melhoria da estrutura de ambientes já sabidamente humanizados para o parto, como o CPNs.

A figura abaixo resume as iniciativas governamentais, citadas, em ordem cronológica.

Figura 1. Ordem cronológica das Iniciativas do governo brasileiro para melhoria da assistência ao parto e nascimento - Brasília, DF, Brasil, 2022.



2.3 PARIR EM CPN É SEGURO?

Na década de 1990, como referido no capítulo anterior, em meio as tentativas nacionais de formulação de políticas públicas para promover redução das taxas de cesariana, mudança nas práticas obstétricas e melhoria da assistência ao parto e nascimento no SUS, surgiu o Centro de Parto Normal (CPN) (6,8).

O CPN destina-se à assistência ao parto normal de risco habitual, inserido no sistema de saúde local, que funciona de maneira intra ou extra-hospitalar. Quando localizado fora do ambiente hospitalar, tem o hospital como referência para remoções em caso de intercorrências (62).

Destaca-se que o CPN foi criado com o intuito de resgatar o protagonismo da mulher e o direito à privacidade e à dignidade ao parir num local semelhante ao seu ambiente familiar, e ao mesmo tempo, com segurança para mãe e bebê (63).

As enfermeiras obstetras e obstetrizes, cuja formação está voltada para o suporte emocional e o atendimento da mulher e do recém-nascido, atuam nesse modelo de assistência de forma a preservar a valorização da mulher, intervindo somente quando necessário e na promoção do bem-estar materno, com a utilização de tecnologias não invasivas para alívio da dor (64).

Um estudo de SILVA *et al* (2021) que objetivou analisar a percepção de puérperas, internadas em um CPN, sobre a assistência prestada por enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto, apontou que as puérperas apresentaram sentimentos de satisfação apesar do medo, ansiedade e dor. Os autores mencionam ainda que a satisfação está relacionada ao atendimento recebido pela equipe de enfermagem, que tem o papel de aproximar a realidade da assistência à humanidade e as necessidades da mulher (65).

No que se refere à segurança na assistência no CPN, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em um parecer de 2018, menciona que as publicações científicas brasileiras a respeito de resultados maternos e/ou neonatais decorrentes da assistência ao parto nas casas de parto, ou CPNs, apresentam um viés importante, considerando-se que elas têm como autoras as próprias enfermeiras obstetras. E

relata ainda que até o momento da publicação do parecer, ainda existia escassez de publicações sobre o tema (66).

No entanto, se houvesse fundamentação teórica sobre o viés mencionado pelo CFM, poderia ser afirmado que estudos médicos com bons resultados também tem vieses de pesquisa por simplesmente terem médicos em sua autoria, o que não é verídico. Ao mesmo tempo, reitera-se que a literatura indica que o parto assistido nos CPNs não aumenta os riscos, mas sim, contribui para a otimização de leitos de maternidade, redução do excesso de intervenções desnecessárias e aumento da satisfação das usuárias com a experiência do parto, como mostram as publicações a seguir.

Uma revisão integrativa realizada por GOMES *et al*, (2020), buscou descrever os efeitos que a implementação dos CPNs exerceu na qualidade da assistência obstétrica, de acordo com os resultados maternos e neonatais. Os autores evidenciaram que, com pouco mais de duas décadas do início da implementação dos CPN's no Brasil, os estudos levantados mostram impactos positivos desse sistema no cuidado às parturientes e aos neonatos (67).

Os autores mencionam ainda que, dentre as publicações, a nuliparidade sem comorbidades associadas, presença de acompanhantes e emprego de posições de parto não litotômicas estiveram presentes nos trabalhos analisados, influenciando os desfechos das parturientes de forma positiva com menor uso de ocitocina, diminuição da realização de episiotomias, índice de Apgar maior que 7 e poucos casos relatados de remoções maternas e fetais (67).

Um estudo descritivo sobre os resultados maternos e perinatais da assistência no Centro de Parto Normal Casa de Maria (CPNCM), na cidade de São Paulo, apontou como resultados que 92,2% das parturientes tiveram um acompanhante de sua escolha e as práticas mais utilizadas no parto foram: banho de aspersão ou imersão (92,9%), amniotomia (62,6%), deambulação (47,6%), massagem de conforto (29,8%) e episiotomia (25,7%). Com relação aos recém-nascidos, 99,9% apresentaram índice de Apgar ≥ 7 no quinto minuto; 9,3% receberam aspiração das vias aéreas superiores; nenhum necessitou ser entubado; e 1,4% foram removidos para o hospital. Desse modo, o modelo de assistência praticado no CPN-CM apresenta resultados maternos

e perinatais esperados para mulheres com baixo risco obstétrico, sendo alternativa segura e menos intervencionista no parto normal (68).

Em 2013, um estudo de PEREIRA *et al* descreveu os resultados maternos e neonatais da assistência na Casa de Parto David Capistrano Filho, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009. Os resultados da pesquisa apontam que as parturientes eram mulheres jovens, de 15 a 25 anos de idade (66,6%), e nulíparas (55%). Outros achados se referem ao fato de que durante o trabalho de parto, elas permaneceram com o acompanhante (94,1%) e receberam cuidados para o relaxamento e o conforto. A taxa de episiotomia foi de 2,4% e não houve óbitos maternos e neonatais. Os casos de asfixia neonatal representaram 0,2% dos nascidos vivos. As transferências para o hospital corresponderam a 2,8% das mulheres no pós-parto e 8,5% entre os neonatos (69).

Ainda com relação aos resultados de partos assistidos em CPN, podemos citar o estudo TEIXEIRA *et al.*, (2018) que descreveu os resultados maternos e neonatais da assistência no Centro de Parto Normal Intra-hospitalar da Maternidade Balbina Mestrinho em Manaus, em partos assistidos entre setembro de 2014 a 2016. Os resultados apontaram que a maioria das parturientes (50,79%) era jovem, entre 18 e 25 anos e múltíparas (74,86%), permaneceram em média 03 horas e 14 minutos em trabalho de parto e acompanhadas (97,35%). A taxa de episiotomia foi de 8,46% e laceração perineal de 52,37% predominando as de primeiro grau (38,62%). A maioria dos recém-nascidos permaneceu em contato pele a pele (86,60%) e foi realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical (77,78%). A média do Apgar no primeiro minuto foi de 8,72 e no quinto minuto 9,76 (70).

No que se refere ao desfecho com cesariana, uma pesquisa transversal com análise de prontuários de 2.441 partos assistidos em março e abril de 2005 em um centro de parto normal intra-hospitalar de São Paulo concluiu que a prevalência de cesariana se mostrou dentro dos limites propostos pela Organização Mundial da Saúde. Mulheres com cesariana em gestação anterior, admitidas com até 4 cm de dilatação, idade gestacional > 40 semanas, com líquido amniótico meconial e recém-nascido > 4 kg tiveram maior risco para evoluir para o parto cirúrgico (71).

No entanto, apesar da literatura mencionada sugerir o CPN como alternativa segura e com práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas, mães e bebês não estão isentos de serem acometidos por um evento adverso.

Uma pesquisa transversal com dados de 9.135 recém-nascidos de um CPN,, coletados entre julho de 2001 e dezembro de 2012, objetivou analisar os fatores associados ao Apgar de quinto minuto menor do que sete (índice que mostra uma resposta ruim às manobras de reanimação adotadas). Os autores relataram que 53 recém-nascidos (0,6%) tiveram Apgar menor que sete no quinto minuto e que a análise multivariada encontrou associação positiva entre baixo Apgar e idade gestacional menor que 37 semanas, patologias na gestação e intercorrências no trabalho de parto. A presença do acompanhante foi um fator protetor (72).

Para ser admitida em CPN, a gestante deve estar a termo, ou seja, entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias de gestação, e não ter qualquer patologia que coloque sua vida ou a do bebê em risco durante o parto. Portanto, o CPN é uma opção viável e segura para recém-nascidos de mulheres de baixo risco desde que o protocolo de seleção das mulheres seja seguido (72).

Como o fortalecimento e a ampliação dos CPNs dependem dos resultados exitosos desse modelo de atenção, instrumentos que promovam a segurança dos pacientes nestas instituições são necessários. Desse modo, existe confiança nesta pesquisa de que a Lista da OMS para Partos Seguros possa ser adaptada a este contexto com vistas a contribuir para a segurança no atendimento prestado por enfermeiros obstetras e obstetrites.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Adaptar e validar um instrumento brasileiro de acordo com a Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS adequado ao contexto do CPN.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar um levantamento bibliográfico intencional para embasar a inserção e adaptação dos itens de um instrumento de verificação para o parto seguro em CPN;

Adaptar um instrumento de verificação para o parto seguro de acordo com a Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS adequado ao contexto do CPN;

Validar um instrumento de verificação para o parto seguro o de acordo com a Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS adequado ao contexto do CPN;

Descrever as etapas de construção, adaptação e validação de conteúdo e aparente do instrumento;

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, realizado com uso da técnica de Delphi, dividido em três etapas: construção de um instrumento piloto adaptado da Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS, validação de conteúdo e validação aparente por juízes especialistas. Além disso, utilizou-se o instrumento RIGHT-Ad@pt checklist para orientar a adaptação com checagem de todas as etapas (73).

O estudo metodológico descreve o processo de desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa metodológica. Assim, possibilita a utilização de mecanismos que organizam e selecionam dados para validar e analisar um instrumento de modo que se produza um constructo fidedigno e preciso com possibilidade de replicação e utilização por outros profissionais (74,75).

Na técnica Delphi avalia-se e discute-se as considerações de especialistas sobre o tema (juízes), ou seja, profissionais efetivamente engajados na área. Não há um número ideal para a composição do grupo de juízes e a definição da quantidade de profissionais pode variar de acordo com o estudo (76).

A validação de conteúdo indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio. Já a validade aparente indica se um instrumento parece estar medindo o constructo apropriado, especialmente de acordo com aqueles que vão usar o instrumento (75).

Para seleção dos juízes, inicialmente, a amostra foi intencional, onde foram convidados, via correio eletrônico, 5 enfermeiros obstetras e obstetrites atuantes em CPNs do país. Após esse processo, utilizou-se a técnica bola de neve (*snowball sampling*) para o alcance de mais juízes. Nessa técnica os participantes são acessados utilizando-se cadeias de referência e podem fazer indicação de outros que possuem os critérios de inclusão para o estudo (77).

Foram incluídos como juízes enfermeiros obstetras e obstetrites atuantes em CPNs públicos ou privados e foram excluídos enfermeiros que atuam CPNs mas não possuem título de enfermeiro obstetra ou obstetrite e enfermeiros obstetras e obstetrites

que não atuam CPNs. O quadro de amostragem tornou-se saturado quando novos nomes não foram mais sugeridos pelos participantes.

4.1 ADAPTAÇÃO DA LISTA

Conforme o modelo de Pasquali (1988) a validação se inicia com a fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento, isto é, a definição das suas propriedades e da dimensionalidade desses atributos, bem como, a definição constitutiva e operacional desses e a construção dos itens (88).

Também é necessário conceituar os itens de forma detalhada, novamente baseando-se na literatura de referência além disso nos especialistas da área e na própria experiência do pesquisador, que, no caso deste estudo, é relevante pois a pesquisadora compõe uma equipe de CPN (88).

Assim, na primeira etapa, para fundamentar a construção da Lista preliminar e pela escassez de estudos que tratam de Listas de Verificação de segurança no parto em CPNs, optou-se por um levantamento bibliográfico intencional de protocolos, diretrizes e políticas, em ordem cronológica desde a publicação que instituiu o CPN no âmbito do SUS, que tratam da atenção ao parto e nascimento no Brasil.

Também foram consultadas as legislações vigentes sobre o direito ao acompanhante, as publicações da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) sobre prevenção de morte materna por hemorragia, as diretrizes atuais de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e as diretrizes da OMS. Além, é claro, da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros e protocolos nacionais de segurança do paciente.

Com base na bibliografia levantada, foi construída uma Matriz de Análise (Quadro 1), estruturada em seis eixos, que deu origem aos itens do instrumento piloto. Esta Matriz foi inspirada no estudo de validação de Carvalho et al (2015) (78).

Após este processo, um instrumento piloto com 31 itens de checagem, intitulado “Lista de verificação para parto seguro em Centro de Parto Normal” foi desenvolvido para validação de conteúdo e validação aparente. Esta etapa ocorreu entre outubro de 2021 e dezembro de 2021.

4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Na segunda etapa, após aceitação do convite e assinatura do TCLE pelos juízes (Apêndice 1), o instrumento piloto e as orientações de preenchimento foram enviados para validação de conteúdo (Apêndices 2-4). Foi solicitado um prazo de 30 dias para apreciação do instrumento e retorno (via correio eletrônico), que foi estendido para mais 20 dias conforme necessidade de cada juiz.

No documento, foi apresentada uma escala Likert constando como opções de respostas, a cada item do instrumento, as seguintes possibilidades: escore 1 atribuído a “Discordo totalmente do item”; escore 2 atribuído a “Discordo parcialmente do item”; escore 3 atribuído a “Concordo com o item”; escore 4 atribuído a “Concordo totalmente com o item”. Além disso, ao final de cada avaliação foi disponibilizado um campo para escrever sugestões e/ou justificativas em relação aos itens.

Quanto à análise da validade de conteúdo do instrumento, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro e baseia-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item, assim, estes poderiam ser classificados como: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante ou (4) muito relevante (79).

Para adequar-se ao instrumento de coleta de dados deste estudo, equiparou-se o grau de relevância ao grau de concordância entre os juízes: (1) discordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) concordo e (4) concordo totalmente.

Os IVCs de cada item do instrumento foram calculados com base no somatório do número de especialistas, que avaliaram o item como “3” ou “4”, dividindo-se o valor pelo número total de especialistas (79). A seguinte fórmula foi usada para o cálculo:

$$IVC = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar cada dimensão, utilizou-se o somatório dos IVC da dimensão, calculados separadamente para cada item, dividido pelo número de itens da dimensão. Para o IVC total do instrumento, calculou-se a média, utilizando a somatória de todos os IVC calculados isoladamente, dividida pelo número de itens do instrumento.

Segundo Alexandre e Coluci (2011), o IVC permite avaliar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Sugere-se uma concordância mínima de 0,80 no IVC, neste estudo, assumimos uma concordância de 0,80 ou mais para permanência do item e abaixo disso reformulação ou exclusão do item (79).

Também foi utilizado o *Interrater Agreement* (IRA) para análise. O IRA é destinado a avaliar a extensão em que os juízes são confiáveis nas avaliações dos itens frente ao contexto estudado. Para se calcular o IRA de cada dimensão foi dividido o número de itens que obtiveram acima de 80% (0,8) de concordância entre os avaliadores, pelo total de itens de cada dimensão (80).

Esta fase do estudo ocorreu entre janeiro de 2022 a abril de 2022.

4.3 VALIDAÇÃO APARENTE

Na terceira etapa, após a reformulação do instrumento, procedeu-se a validação aparente da Lista como um todo. Essa etapa constitui-se um subtipo da validade de conteúdo que propõe verificar intuitivamente, por meio da opinião de especialistas, a legibilidade e a clareza de conteúdo do instrumento (81).

Assim, foi enviado aos juízes um novo documento com orientações para o julgamento dos seguintes quesitos: “Clareza”, “Organização”, “Relevância” e “Aparência”. Também foi disponibilizada uma escala tipo Likert constando como opções de respostas as seguintes possibilidades: escore 1 atribuído a “Discordo totalmente”; escore 2 atribuído a “Discordo parcialmente”; escore 3 atribuído a “Concordo”; escore 4 atribuído a “Concordo totalmente”. Um campo para escrever sugestões e/ou justificativas em relação ao julgamento dessa rodada estava disponível no final do documento (Apêndices 5-7).

Foi estabelecido como critério de aceitação, nível de concordância entre os juízes de pelo menos igual ou superior a 80% (0.8). O IVC e o IRA também foram utilizados para análise nessa etapa (80).

Os dados obtidos foram agrupados em bancos de dados a partir de um instrumento construído para essa finalidade. Para os dados numéricos foi utilizada estatística descritiva por meio do programa *Microsoft Excel 365 (2022)* utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio padrão.

Esta fase do estudo ocorreu entre maio de 2022 a julho de 2022.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Seguiu-se os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília sob o parecer nº 5.000.562, CAAE 48233021.4.0000.0030. A participação dos juízes ficou condicionada a assinatura do TCLE.

6 RESULTADOS

A primeira versão do instrumento manteve as 4 dimensões (momentos) existentes no modelo da OMS: “Admissão (A)”, “Antes do Parto (AP)”, “Após o parto no espaço de até 1 hora (APO)” e “Antes da alta (AA)”. Estes momentos, ou pontos de pausa, foram mantidos uma vez que são os mais vulneráveis no contexto de atenção ao parto e nascimento (27). O conteúdo dos itens adaptados e inseridos na lista preliminar foi guiado a partir da matriz de análise construída conforme a bibliografia levantada (Quadro 1).

Quadro 1- Matriz de Análise para a construção da primeira versão da Lista de Verificação Para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Eixo	Conceito	Conteúdo dos itens relacionados
Critérios de admissão	As gestantes admitidas devem ser de baixo risco (risco habitual) (18,19).	-Critérios de admissão no CPN; -Testagem rápida para Sífilis e HIV; -Necessidade de remoção ao hospital de retaguarda se fora dos critérios de admissão
Insumos e recursos humanos necessários para uma assistência segura	A equipe e os materiais necessários para a assistência devem estar disponíveis durante todos os períodos clínicos do parto (26,27,82).	- Material e equipe necessária para a assistência em todas as fases do trabalho de parto, pós-parto e reanimação neonatal;
Práticas consideradas benéficas durante o trabalho de parto, parto e puerpério	- O acompanhante deve ser de livre escolha da mulher (15,17); - Deve haver condições favoráveis para utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto (18,19); - Realização do contato pele a pele na primeira hora de vida se mãe e recém-nascido em boas condições (83); - Amamentação sob livre demanda desde a primeira hora de vida(83);	- Presença do acompanhante - Orientações ao acompanhante e a mulher - Material de assistência ao trabalho de parto - Contato pele a pele - Avaliação da amamentação

Prevenção de morte materna e neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de medidas de prevenção de hemorragia pós-parto (HPP)(84); - Disponibilidade de material e equipe necessários para a reanimação neonatal (26,27,82); - Identificação do recém-nascido de risco e da puérpera de risco (82) 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade e administração da ocitocina profilática; - Sangramento pós-parto - Necessidade de monitorização da mãe e do bebê - Material essencial para a reanimação neonatal - Sinais vitais - Orientações ao acompanhante e a mulher
Organização da rede de apoio ao CPN	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade do cuidado (18,19); - Possuir um hospital de retaguarda para continuidade da assistência em caso de remoção (18,19) 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de remoção ao hospital de retaguarda; - Vinculação da puérpera e recém-nascido na Unidade Básica de Saúde.
Promoção da segurança dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de todos os pacientes na admissão (85) - Checagem das medicações e cuidados administrados (86); - Instituição do Partograma (Documento essencial para o acompanhamento do trabalho de parto, pode evitar condutas desnecessárias e iatrogênicas) (87); 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos pacientes - Medicação prescrita checada e documentação para Alta completa - Preenchimento do partograma

Fonte: A autora (2022)

No momento “admissão” a adaptação foi em relação a checagem sobre: os critérios de admissão no CPN, remoção ao hospital de referência, pulseira de identificação, realização de testes rápidos de sífilis e HIV e material para a assistência ao trabalho de parto (17-19).

Da lista original da OMS, para este momento, permaneceram a sinalização para a presença do acompanhante, a abertura do partograma e orientações de chamar a equipe no caso de intercorrências (26,27). Porém, com modificações na escrita para melhor entendimento. A sinalização para uso de antibióticos, medicamentos hipotensores foi retirada devido ao contexto de baixo risco atendido (17-19).

Na dimensão “antes do parto”, a sinalização para uso de antibióticos e medicamentos hipotensores também foi retirada. A conferência do assistente de parto foi mantida, porém com novo texto com referência à equipe completa. A checagem do material de assistência ao parto e ao recém-nascido também foi mantida, mas com mudanças no texto para diferenciação entre material de reanimação neonatal e de

assistência ao parto (26,27). Foram acrescentados itens referentes a necessidade de remoção da parturiente ao hospital de referência e um específico sobre a disponibilidade da dose profilática de ocitocina (17-19,82,84).

Na dimensão “após o parto”, foram mantidos itens de checagem quanto a observação se o sangramento da mãe está aumentado, sobre a amamentação e o contato pele a pele na primeira hora de vida e orientações quanto a chamar ajuda na presença de sinais de alerta (com modificações no texto para melhor entendimento) (82,84). Mais uma vez, foi retirada a sinalização para uso de antibióticos e medicamentos hipotensores na mãe.

Os itens de checagem sobre monitorização do bebê, cuidados especiais e necessidade de transferência foram reformulados (26,27). Um item sobre a monitorização, cuidados especiais e necessidade de transferência da mãe foi adicionado (82). O item que remete a administração de antibióticos no recém-nascido também foi retirado e um item sobre a checagem da administração da dose profilática de ocitocina foi adicionado (84).

Na dimensão “antes da alta”, os itens sobre permanência do binômio (mãe e bebê) por pelo menos 24 horas de internação, sobre o sangramento da mãe e retorno se sinais de perigo foram mantidos, mas com escrita reformulada para melhor adaptação ao contexto do CPN (26,27).

Nesta dimensão, os itens que remetem a administração de antibióticos no bebê e na mãe também foram retirados. Em relação ao item que fala sobre a pressão arterial materna, este foi substituído por itens que remetem a checagem de todos os sinais vitais da mãe e do bebê. Um item sobre a checagem da amamentação também foi incluído (83).

Por fim, um item sobre checagem de medicações de rotina administradas no CPN, um sobre conferência da documentação dos pacientes para a alta ³¹ e um sobre a continuidade do acompanhamento na Unidade Básica de Saúde foram adicionados a esta dimensão (18,19).

Na etapa de validação de conteúdo, houve a participação de 11 juízes, especialistas em obstetrícia e atuantes em CPN. Todos os Juízes são do sexo feminino. Dos quais 82% (9) são de CPNs da região Centro Oeste do país e 18% (2) da região Sudeste, 82% (9) pertencem a instituições públicas e 18% (2) a instituições

privadas. No tocante à formação acadêmica, todos são enfermeiros obstetras, com tempo médio de atuação profissional de 13,6 anos (DP: $\pm 8,9$).

A Tabela 1 descreve os itens, os valores do IVC de cada item conforme o julgamento dos participantes. Nesta fase, o IVC geral do instrumento foi de 0,94 e o valor do IRA, por dimensão, foi 0,9 para a dimensão “A” e 1 para as demais dimensões.

Nota-se que a maioria (97%) dos itens obtiveram IVC acima de 0,80. Apenas o item “A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?” do momento “Admissão” obteve IVC de 0,6. Neste caso, os juízes questionaram o fato de que se a paciente já se enquadra nos critérios de admissão do CPN, checado pelo item anterior, ela não precisaria de remoção e a checagem se tornaria redundante. Então, optou-se pela exclusão do item e permanência do item anterior.

Tabela 1 - Concordância dos juízes em relação ao conteúdo dos itens, a partir da aplicação do teste de IVC - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Item	Dimensão	IVC
A1	A mãe se enquadra nos critérios de admissão do centro de parto normal?	1
A2	A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?	0,6
A3	A mãe recebeu a pulseira de identificação?	1
A4	Os testes rápidos para sífilis e HIV foram realizados?	1
A5	O partograma foi iniciado?	0,8
A6	A mãe possui acompanhante?	0,9
A7	A mãe e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?	1
A8	O material necessário para a assistência ao trabalho de parto está disponível e checado?	0,9
AP1	O material para a assistência ao parto está disponível e checado?	0,9
AP2	O material para reanimação neonatal está disponível e checado?	1
AP3	A equipe está completa?	1
AP4	A ocitocina profilática está disponível (10ui IM)?	1
AP5	A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?	0,9
APO1	A ocitocina profilática foi administrada na mãe (10 UI IM)?	1
APO2	O sangramento da mãe está aumentado?	1
APO3	A mãe precisa de cuidados especiais (medicações/monitorização)?	1
APO4	O bebê precisa de cuidados especiais (reanimação/monitorização)?	1
APO5	A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?	0,9
APO6	O bebê precisa ser removido ao hospital de referência?	0,9
APO7	O contato pele a pele da mãe com o bebê foi iniciado (se mãe e bebê estiverem bem)?	0,9

APO8	A amamentação foi iniciada ainda na primeira hora de vida do bebê (se mãe e bebê estiverem bem)?	0,9
APO9	A mãe e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?	0,9
AA1	A mãe e o bebê permaneceram na unidade por pelo menos 24 horas?	0,8
AA2	O sangramento da mãe está normal?	1
AA3	Os sinais vitais da mãe estão normais?	1
AA4	Os sinais vitais do bebê estão normais?	1
AA5	O bebê e a mãe apresentam dificuldade com a amamentação?	1
AA6	As medicações administradas durante a internação foram checadas?	1
AA7	A documentação para alta está completa (documentos de rotina da unidade)?	1
AA8	A mãe e o acompanhante foram orientados a retornar à unidade ou procurar um serviço de saúde próximo a sua residência na presença de sinais de alerta e estão cientes de que são estes sinais?	1
AA9	A mãe e o acompanhante foram orientados quanto a importância de procurar a unidade básica de saúde de referência para continuidade do acompanhamento?	0.9

Fonte: A autora (2022)

As outras sugestões de mudança dos juízes foram analisadas e confrontadas com a bibliografia aqui levantada, as que foram consideradas relevantes para o instrumento foram acatas devido a pertinência para a checagem.

São elas: mudança do termo “mãe” para outro termo, tempo de internação de acordo com a rotina de cada CPN e não “por 24h” na dimensão “AA”, adição de um item sobre a identificação do RN na dimensão “APO”, adição de espaço para escrever os motivos pelos quais o partograma não foi aberto (caso checado como “não”) na dimensão “A”, adição de espaço para escrever os motivos pelos quais não há acompanhante (caso checado como “não”) na dimensão “A”, adição de espaço para escrever os motivos pelos quais o bebê não iniciou a amamentação e o contato pele a pele na primeira hora de vida (caso checado como “não”) na dimensão “APO” e, por fim, espaço para assinatura de quem preencheu a Lista.

Todas as sugestões de mudança de *layout* do instrumento foram acatadas, mesmo não se tratando, ainda, da fase de validação aparente. Também foram sugeridas mudanças na disposição dos itens, que foram analisadas e todas consideradas. Dessa forma, um instrumento com 31 itens foi reformulado e enviado novamente aos avaliadores para a fase de validação aparente.

Na fase de validação aparente, dos 11 juízes, apenas 9 responderam a avaliação dentro do prazo. Os IVCs por quesito de avaliação estão descritos na Tabela 2. O IVC geral do instrumento nesta fase foi de 0,99, uma concordância de 99% entre os juízes. O valor do IRA foi 1 para todos os quesitos de avaliação. As sugestões desta etapa foram mínimas e se referem ao espaçamento entre os itens que, após analisadas, foram acatadas na versão final (Apêndice 8) e uma Lista com 31 itens de checagem foi desenvolvida (Quadro 2).

Tabela 2- Concordância dos juízes em relação a aparência do instrumento, a partir da aplicação do teste de IVC - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Crítérios	Item	IVC
Clareza do instrumento	A escrita está clara	1
	O vocabulário está apropriado	1
	Os itens estão adequados à proposta da Lista de Verificação	1
	O conteúdo está compreensível	1
Organização	A Lista de verificação está bem estruturada	1
	A sequência dos itens está adequada ao contexto do CPN	1
	Os espaços para preenchimento estão adequados	1
	As dimensões estão organizadas conforme as etapas de permanência da mulher e do bebê no CPN	1
Relevância	Aborda critérios necessários para a promoção de uma assistência segura no CPN	1
	Adequado para ser utilizado pelos profissionais que atuam em CPN	1
Aparência	A aparência contribui para fácil compreensão do instrumento	1
	A forma da distribuição dos itens, a fonte e os espaços estão adequados	0,9

Fonte: A autora (2022).

Quadro 2: Itens da versão final da Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Admissão
A parturiente se enquadra nos critérios de admissão do centro de parto normal?
A parturiente recebeu a pulseira de identificação?
Os testes rápidos para sífilis e HIV foram realizados?
O partograma foi iniciado?
A parturiente possui acompanhante?
A parturiente e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?
O material para a assistência ao trabalho de parto está disponível e checado?
Antes do Parto
O material para reanimação neonatal está disponível e checado?
O material para a assistência ao parto está disponível e checado?
A equipe está completa?

A ocitocina profilática está disponível (10ui im)?
A parturiente precisa ser removida ao hospital de referência?
Após o Parto (até uma hora)
A ocitocina profilática foi administrada na puérpera (10 ui im)?
A pulseira de identificação foi colocada na puérpera e no bebê?
O contato pele a pele da puérpera com o bebê foi iniciado (se mãe e bebê estiverem bem)?
A amamentação foi iniciada ainda na primeira hora de vida do bebê (se mãe e bebê estiverem bem)?
O sangramento da puérpera está aumentado?
A puérpera precisa de cuidados especiais (medicações/monitorização)?
O bebê precisa de cuidados especiais (reanimação/monitorização)?
A puérpera precisa ser removida ao hospital de referência?
O bebê precisa ser removido ao hospital de referência?
A puérpera e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?
Antes da Alta
A puérpera e o bebê permaneceram na unidade por no mínimo o número de horas previsto no protocolo da unidade?
O sangramento da puérpera está normal?
Os sinais vitais da puérpera estão normais?
Os sinais vitais do bebê estão normais?
O bebê e a puérpera apresentam dificuldade com a amamentação?
As medicações administradas durante a internação foram checadas?
A documentação para alta está completa (documentos de rotina da unidade)?
A mãe e o acompanhante foram orientados a retornar à unidade ou procurar um serviço de saúde próximo a sua residência na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?
A mãe e o acompanhante foram orientados quanto a importância de procurar a unidade básica de saúde de referência para continuidade do acompanhamento?

Fonte: A autora (2022)

Para o cálculo das médias dos scores das etapas de validação optou-se por converter os escores dados pelos juízes em notas que variaram de 0 a 100. De posse dos valores absolutos de cada item, as médias das notas foram obtidas. Foi calculado também o desvio padrão e as notas mínimas e máximas alcançadas (25). A tabela 3 apresenta esses valores.

Tabela 3- Média das notas das etapas de validação de conteúdo e aparente da Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Etapas de validação	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Conteúdo				
Admissão	93,74	7,75	77,27	100
Antes do parto	95,45	3,59	90,90	100
Depois do parto	98,29	2,01	95,45	100
Após o parto	98,57	4,01	88,63	100

Aparente				
Clareza	98,61	1,60	97,22	100
Organização	98,61	1,60	97,22	100
Relevância	97,22	0	97,22	100
Aparência	97,22	3,9	94,44	100

Fonte: A autora (2022)

7 DISCUSSÃO

A partir da bibliografia de referência, foi possível a criação de uma matriz com seis eixos para embasar o conteúdo dos itens que necessitaram de adaptação e/ou reformulação e que são essenciais para checagem da segurança no parto em CPN. Além disso, os procedimentos de validação de conteúdo e aparente da Lista proporcionaram captar a opinião de especialistas para reformular itens ou excluir, caso necessário (88).

Constatou-se que o instrumento desenvolvido possui validade de conteúdo e aparente. O IVC geral do instrumento, nas duas fases de validação, ficou acima de 0,9 e a Lista foi considerada como tendo conteúdo válido porque contemplou os índices preconizados pelo referencial adotado neste estudo.

As sugestões dos juízes condizentes com a literatura levantada foram acatas mesmo com IRA acima de 0,9 nas duas etapas de validação. A utilização do IRA é importante porque determina a extensão em que os peritos são confiáveis em suas avaliações (80).

A mudança sugerida pelos juízes, na primeira fase de validação, do termo “mãe” para outro termo foi acatada. Os termos “parturiente” ou “puérpera” (dependendo do momento da checagem) foram utilizados porque fazem referência aos períodos clínicos do parto que a mulher se encontra. Isso foi bem avaliado pelos juízes pois não sugeriram, na fase de validação aparente, novas mudanças em relação a estes termos.

Para a sugestão de inserção de um item de checagem sobre a identificação do RN, após a primeira fase de validação, de acordo com o artigo 4º da Lei 2.827, de 26 de novembro de 2001, no Brasil, é obrigatório, em todos os estabelecimentos de saúde, ainda na sala de parto, que seja realizada a identificação do recém-nascido e de sua mãe com pulseira específica. Portanto, a sugestão dos juízes foi acatada.

Referente ao descarte do item na etapa 2, itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores (cerca de 80%) mostram problemas e, portanto, há a necessidade descartá-los do instrumento-piloto (88).

O número de juízes que participaram das etapas de validação, condiz com as recomendações propostas por Pasquali (1998), em que é necessário um número mínimo de seis especialistas, com nível universitário e experiência relevante sobre a temática, para a validação de um instrumento (88).

Com relação às médias dos escores, nota-se que todos eles ficaram acima de 90 na escala que variou de 0 a 100, o que significa que, em média, os juízes concordam que os itens apresentados nas etapas devem estar presentes na Lista de Verificação e que, o documento é aparentemente claro, relevante e organizado.

Discutindo-se a importância que as Listas de Verificação possuem para a promoção do parto seguro no CPN, por se tratar de estudo inédito no Brasil, e pelo fato desse instrumento ter sido adaptado e validado a partir da Lista de Verificação da OMS, não foi possível realizar uma discussão com literaturas nacionais.

Contudo, segundo a pesquisa de BOECKMANN (2016) considerando-se a realização de estudos conduzidos no Reino Unido, no Canadá e na Holanda sobre o uso de checklists da OMS na atenção obstétrica, é possível constatar que houve melhora significativa das práticas assistenciais em obstetrícia nos serviços onde foram utilizados (25).

Outro estudo realizado por PRAXEDES *et al* (2017) avaliou a adesão dos profissionais a Lista da OMS adaptada ao contexto de uma maternidade pública em Natal. Os autores mencionam em suas conclusões que a adesão à lista apresentou limitações inerentes à adoção de uma nova rotina de segurança e requer contínuo treinamento dos profissionais para melhores resultados (89).

Sobre estudos que avaliaram a adesão da lista, mas sem métodos de adaptação, o estudo de SANTOS *et al* (2020) objetivou a verificação de quais práticas essenciais da Lista da OMS são utilizadas por médicos e enfermeiros em um hospital universitário. A pesquisa conclui que o instrumento é uma ferramenta inovadora para a obstetrícia e oferece melhorias no cuidado com a padronização das ações favorecendo a segurança do binômio mãe-bebê (90).

Já o estudo de CUSTÓDIO *et al* (2021) teve por objetivo compreender como a implantação da Lista da OMS modificou a prática obstétrica na percepção da equipe de enfermagem. Os autores verificaram que os profissionais compreenderam que o instrumento trouxe benefício e contribuiu para maior qualidade e segurança na assistência obstétrica, além do estímulo à cultura de segurança e concluíram que as narrativas suscitaram reflexões como o planejamento em saúde, visando maior adesão da equipe de enfermagem às práticas seguras e sensibilização com relação à importância da ferramenta (91).

No que se refere a conferência do *RIGHT-Ad@pt checklist*, no tópico *Evidence synthesis* (itens 20 e 21), que versa sobre a checagem do embasamento dos itens em evidências já existentes ou novas, da sessão *Rigor of development*, a checagem foi “não”. Na sessão *External review and quality assurance*, no tópico *External review* (item 28), que confere se a diretriz adaptada foi submetida a uma revisão externa independente, a resposta também foi “não”. Na mesma sessão, no tópico *Organizational approval* (item 29), a checagem também foi com negação uma vez que a Lista adaptada ainda não passou por nenhum processo de aprovação de órgãos de saúde ou CPNs (73).

Na sessão *Funding, declaration, and management of interest*, tópicos *Funding source(s) and funder role(s)* e *Declaration and management of interests* (itens 30 e 31) foram checados como “Unclear” pois não há financiamento por trás da pesquisa, portanto sem conflitos de interesse. Os demais itens foram checados com “sim” em todas as sessões (73).

Assim, existem limitações neste estudo que despertam reflexões para novas pesquisas. A investigação foi realizada apenas com as etapas de validação de conteúdo e aparente devido à dificuldade de acesso aos juízes e atraso nas respostas o que torna necessária uma validação semântica, por enfermeiros obstetras e obstetrites, do instrumento.

Também são necessários estudos que avaliem o tempo de preenchimento e aplicação *in loco* para que possam ser elencadas as possíveis barreiras para a instituição da Lista adaptada na prática diária. Outra limitação se refere a aplicação de testes de confiabilidade, o que, aqui não foi possível, devido à alta homogeneidade e ausência de variabilidade entre as respostas dos juízes.

8 CONCLUSÕES

A opção de adaptar e validar uma Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN, fundamentou-se no fato de que, até o momento, não se tem conhecimento da existência de um instrumento dessa natureza no Brasil. E pelo fato de que, embora a assistência no CPN seja prevista na legislação nacional e ser embasada nas práticas recomendadas pela OMS, o resultado não esperado, adverso, pode ocorrer.

Em virtude dos elevados valores obtidos na média dos escores (>90), IRA (>0,9) e IVC (>0,8), verifica-se que a validação obtida permitiu o desenvolvimento de um instrumento contendo 31 itens relevantes aos construtos teóricos, portanto, passível de ser utilizado como ferramenta para promover a segurança dos pacientes em CPN.

A pesquisa ainda contribuiu para reflexões importantes acerca da evolução da assistência obstétrica brasileira, desde o cuidado das parteiras tradicionais e entrada dos médicos até a implantação do CPN com o trabalho das parteiras modernas (enfermeiras obstetras e obstetrizes).

Nota-se um cenário atual de transformações com a incorporação de práticas médicas e ao mesmo tempo com a consolidação da enfermeira parteira como operadora do cuidado às gestantes, parturientes e puérperas de risco habitual. Afinal, a essência da enfermagem é o cuidado e não a intervenção.

Infelizmente práticas abusivas e sem evidências científicas ainda assombram o modelo obstétrico brasileiro e estratégias para conscientizar os profissionais de que tais práticas são danosas e causam desconforto físico e emocional às mulheres, devem ser incentivadas. Ao mesmo tempo, percebe-se que a Lista desenvolvida pode ser aliada nessa luta por conter itens não só de segurança, mas também que favorecem as boas práticas no parto, como a presença do acompanhante e o contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida.

Ressalta-se que esse é somente o início de uma linha de pesquisa, e as próximas fases do estudo incluirão uma validação semântica por enfermeiras obstetras e obstetrizes atuantes em CPN, validação de consistência interna com análise fatorial exploratória e confirmatória, treinamento das equipes para o preenchimento da Lista e uma avaliação a longo prazo da experiência de aplicação do instrumento. Espera-se

resultados favoráveis nas futuras análises do instrumento para que possa ser aplicado em Centros de Parto Normal de todo país.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rocha FR, Melo MC, Medeiros GA, Pereira EP, Boeckmann LMM, Dutra LMA. Analysis of care to the mother-baby binomial in a center for normal delivery. *Cogitare enferm.* [internet] 2017; 22(2): 1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49228>.
2. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana, M, Martínez-Roche, ME. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [internet] 2015; 23(3): 520-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>
3. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery.* [Internet] 2017 [acesso 2022 Jun 13]; 21(1): e20170015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002780017>
4. Silva LH, Macêdo PL, Souza M, Cassimiro LR, Andrade AN. Vivências na assistência à mulher: percepção das doulas. *Revista de Enfermagem UFPE on line.* [Internet] 2019; 13(5): 1264-1269. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238358>
5. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery.* [Internet] 2017; 21(4): e20160366. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>
6. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação.* [Internet] 2009; 13(1): 759-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>
7. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saude Soc.* [Internet] 2019; 28 (3):171-184. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>
8. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(3):627-37.
9. Almeida M, Cardoso F, Costa A, Santos T, Oliveira F. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line* [Internet]. 2017; 11(9): 3346-3353. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232>
10. World Health Organization (WHO). *Care in normal birth: a practical guide.* Geneva: WHO; 1996. Disponível em: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

11. Fundação Perseu Abramo. Gravidez, filhos e violência institucional no parto Apud Perseu Abramo. Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado: pesquisa de opinião pública, 2010. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Peireira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2014; 30(1): 17-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
13. Siqueira Y, Gradim C. Acolhimento na assistência em centros de parto: revisão integrativa. Rev de Enferm UFPE. [Internet] 2017; 11(3): 1513-1519. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13996>
14. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo. [Internet] Brasília, DF, 8 de jun. 2000; Seção 1, p. 4,5,6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
15. Brasil. Presidência da República. Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
16. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet] Brasília 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. [Internet] Brasília 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=1%C2%B0%20A%20Rede%20Cegonha,crescimento%20e%20ao%20desenvolvimento%20saud%C3%A1veis%2C
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM n. 985, de 5 de agosto de 1999. Implementa e regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal em âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. [Internet] Brasília 1999. Disponível em: <https://cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20985.%20de%2005ago99.pdf>

19. Brasil. Portaria Nº 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. [Internet] Brasília 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
20. Figueiredo DPAL, Nicácio MC. A escolha pelo atendimento em casa de parto e avaliação do cuidado pré-natal. Rev de Enferm da UFSM. [Internet] 2014; 4(3): 546-55. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769213268>
21. Ries WD, Bruggemann OM. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. Rev Brasileira de Enferm. [Internet] 2010; 63(3): 464-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>.
22. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Funghetto SS. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto? Rev Enferm UFPE. [internet] 2011; 5(1):67-74. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.1207-10484-1-LE.0501201109>
23. Matão MEL, Miranda DB, Costa BP, Borges TP. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? Rev enferm Cent-Oeste Min. [internet] 2016; 6(2): 2147-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>
24. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47 (5): 1031-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500004>
25. Boeckmann LMM, Rodrigues MCS. Adaptação e validação de checklist de segurança cirúrgica na cesárea. Texto contexto-enferm. [Internet] 2018; 27(3) e2780017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002780017>
26. World Health Organization (WHO). Safe Childbirth Checklist. Geneva: 2015. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist/en/>
27. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Geneva: 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
28. Carvalho ICBDM, Rosendo TMSDS, Freitas MRD, Silva EMMD, Medeiros WR, Moutinho NF, Gama ZADS. Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. Rev. Bras.

- Saude Mater. Infant. 2018; 18(2): 419-436. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>
29. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Cien Saude Colet. 2005; 10(2):651-657.
 30. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery R Enferm. 2007; 11(1):98-104.
 31. Wolff LR, Moura MAV. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2004; 8 (2): 279-85.
 32. Sanfelice C, Abbud F, Pregnoatto O, Silva M, Shimo A. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Revista Rene. [internet] 2014; 15(2): 362-370. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200022>
 33. Zanardo G, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência Obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. Psicol. Soc. [internet] 2017; 29:e155043. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
 34. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Tempus - Actas Saude Coletiva 2010; 4(4):105-117.
 35. Wolff L, Waldow V. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde e Soc 2008;17(3):138-151.
 36. Palharini LA, Figueirôa SF. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". Hist. cienc. saude-Manguinhos [internet] 2018; 25 (4): 1039-1061. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>.
 37. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Lei 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
 38. Bar-Zeev S, de Bernis L, Boyce M. State of the World's Midwifery. UNFPA 2021. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sowmy#:~:text=The%20State%20of%20the%20World's%20Midwifery%202021%20estimates%20a%20global,projected%20to%20vary%20by%20region>
 39. Santana ATD, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LP. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet] 2019; 19(1): 135-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>
 40. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de experiências. Interface (Botucatu). 2017; 21(60): 209-20.

41. Almeida M, Cardoso F, Costa A, Santos T, Oliveira F. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]*. 2017; 11(9): 3346-3353. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232>
42. Rattner D, dos Santos ML, Lessa H, Diniz SG. ReHuNa: A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. *Ver Tempus Actas: Saúde Col. [Internet]* 2010;4(4): 215-228. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/849>
43. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
44. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.2816, de 29 de maio de 1998. Determina que, no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar SISAH01, seja implantada crítica visando o pagamento de percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. Institui medidas para redução de cesáreas. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 1998a. Seção I, p. 48.*
45. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.466, de 14 de junho de 2000. Estabelece como competência dos Estados e do Distrito Federal a definição do limite, por hospital, do percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos e ainda a definição de outras estratégias para a obtenção de redução deste procedimetnos no âmbito do Estado. Institui o Pacto pela Redução das Taxas de Cesárea. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2000a. p.43.*
46. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.2815, de 29 de maio 1998. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jun. 1998b. Seção I, p.47.*
47. Brasil. Portaria n.163, de 29 de maio de 1998. Aprova o laudo de enfermagem para a emissão de autorização de internação hospitalar. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2 jun. 1998a. Seção 1, p.47-48.*
48. Araujo NRA, Oliveira SC. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um Hospital Escola de cidade do Recife – PE. *Cogitare Enferm* 2006; 11(1): 31-8.
49. Prata JA, Progianti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev enferm UERJ* 2012; 20(1): 105-110.
50. Garcia SAL, Lippi UG, Garcia SA. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010; 23: 380-388.

51. Backes MTS, Carvalho KM de, Ribeiro LN, Amorim TS, Santos EKA dos, Backes DS. A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. Rev Bras Enferm. [Internet] 2021; 74(4): e20200689. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>
52. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2010.
53. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF): MS; 2011.
54. Souto K, Moreira MR. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. Saúde em Debate. 2021; 45(130): 832-846.
55. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc Saúde Colet 2018; 23: 1915-28.
56. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília (DF): MS; 1984.
57. Santos MPDS, Capelanes BCS, Rezende KTA, Chirelli MQ. (2022). Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 27 (05): 1793-1802. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021>
58. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Diário Oficial da União: Brasília (DF): MS; 2022.
59. Moraes VMO, Melo LRS, Campos ALB. Perfil epidemiológico, clínico e razão de mortalidade materna no Nordeste brasileiro entre 2010 e 2019: um estudo ecológico. Research, Society and Development. 2022;11(9): e33511931812-e33511931812.
60. Motta CT, Moreira MR. O Brasil cumprirá o ODS 3.1 da Agenda 2030? Uma análise sobre a mortalidade materna, de 1996 a 2018. Ciênc. saúde coletiva. [Internet] 2021; 26(10): 4397-4409. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10752021>
61. Ministério da Saúde (BR). 29º Boletim Epidemiológico de agosto de 2021: Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. 2021.
62. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intrahospitalar. REME Rev Min Enferm. 2006; 10(3): 240-6.

63. Machado N, Praça N. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. Rev Esc Enferm. 2006; 40(2):274-9.
64. Soares YKC, Melo SSS, Guimarães TMM, Feitosa VC, Gouveia MTO. Satisfação das puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal. J Nurs UFPE on line. [Internet] 2017; 11(11): 4563-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201704>
65. Silva VS, Nascimento CIL, Silva ES, Mendes LEF, Abreu IM, Silva EKR. Percepção de puérperas sobre o trabalho de parto conduzido por enfermeiras obstétricas. Rev. Enferm. Atual In Derme. [Internet] 2021; 95(34): e-021061. Disponível em: <https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1081>
66. Conselho Regional de Medicina do Estado do Amazonas (Cremam). Legalidade da atividade das enfermeiras obstétricas nas casas de parto ou centros de parto normal. Processo-consulta CFM nº 34/2017 – Parecer CFM nº 2/2018.
67. Gomes FES, Carvalho CE, Ferraz IC, Santos CI, Barbosa GSL, Attem MS, Okasaki, NADBM. Impacto da implantação dos centros de parto normal na qualidade de assistência obstétrica. Research, Society and Development. [Internet] 2020; 9(11): e3249119509. Disponível em: 10.33448/rsd-v9i11.9509. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9509>.
68. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm. 2010; 4(3):812-8.
69. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery. 2013;17(1):17-23.
70. Teixeira CS, Pinheiro VE, Nogueira IS. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. Enferm. Foco. [Internet]. 2018; 9(1). Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n1.1101>
71. Osava RH, Silva FMB, Tuesta EF, Oliveira SMJV, Amaral MCE. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. Rev Saude Publica. 2011; 45(6):1036-1043
72. Santos NCP, Vogt SE, Duarte ED, Pimenta AM, Madeira LM, Abreu MNS. Fatores associados ao baixo Apgar em recém-nascidos em centro de parto. Rev Bras de Enferm. 2019; 72(3): 297-304.
73. Song Y, Alonso-Coello P, Ballesteros M, et al. A Reporting Tool for Adapted Guidelines in Health Care: The RIGHT-Ad@pt Checklist[J]. Annals of Internal Medicine. [internet] 2022 [acesso 2022 Nov 22]; 175(5):710-719. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M21-4352>
74. GIL AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas SA, 2008.

75. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
76. Mancussi AC. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. Rev Esc de Enferm USP. 1997; 31(2): 259-273.
77. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Tematicas. [Internet] 2014; 22(44): 203-20. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
78. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2015; 49(6): 889-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>
79. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011; 16(7): 3061-8. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/06.pdf>
80. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res. [Internet] 2003; 27(2): 94-105. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Susan-Tebb-2/publication/265086559_Objectifying_content_validity_Conducting_a_content_validity_study_in_social_work_research/links/558d3ab008ae591c19da8b51/Objectifying-content-validity-Conducting-a-content-validity-study-in-social-work-research.pdf
81. Honório RPP, Caetano JA, Almeida PC. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. Rev Bras Enferm. [Internet] 2011; 64(5): 882-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RrGdRLhQBqKZPVYLvxwYG8C/?format=pdf&lang=pt>
82. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília. [Internet] 2017 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
83. Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. [Internet] 2022 [acesso 2022 Set 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>

84. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília. [Internet] 2018 [acesso 2022 Ago 18]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
85. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. [Internet] 2014 [acesso 2022 Ago 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
86. Brasil. Ministério da saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília. Brasília. [Internet] 2013 [acesso 2022 Ago 10]. Disponível em: https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_meficamentos.pdf
87. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticos de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticos de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília. [Internet] 2001 [acesso 2022 Nov 10]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
88. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin. 1998;25(5):206-13.
89. Praxedes AO, Arrais L, Araújo MAA, Silva EMM, Gama ZAS, Freitas MR. Avaliação da adesão à Lista de Verificação de Segurança no Parto em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2017;33(10):e00034516.
90. Santos MC, Pedroni VS, Carlotto FD, Silva SC, Gouveia HG, Vieira LB. Prática segura para partos em hospital universitário. Rev. enferm. UFSM. [Internet] 2020; 10(80) e80-e80. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio1129295?view=mobile>
91. Custódio RJDM, Kapassi LB, Alves DT, Barros ÂF, Melo MC, Boeckmann LMM, Moura LMD. Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do checklist do parto seguro. Cogit. Enferm. [Internet] 2021; 26:e74752. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.74752>

ANEXO 1 - LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTO SEGURO

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



1 Na Admissão	
<p>A mãe tem de ser transferida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, organizada</p>	<p>Verificar os critérios de unidade de saúde</p>
<p>Partograma iniciado?</p> <p><input type="checkbox"/> Não, inicia a partir de ≥ 4cm</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Começa a registar no partograma quando o cervix for ≥ 4 cm, depois o cervix deve dilatar ≥ 1 cm/h</p> <ul style="list-style-type: none"> • A cada 30 min: registar FC, contracções, FC fetal • A cada 2 h: registar a temperatura • A cada 4 h: registar TA
<p>A mãe precisa de tomar:</p> <p>Antibióticos?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, administrados</p> <p>Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, sulfato de magnésio administrado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, anti-hipertensivo administrado</p>	<p>Perguntar se tem alergias, antes de administração de qualquer medicamento</p> <p>Dar antibiótico à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ • História de corrimento vaginal fétido • Ruptura de membranas > 18 h <p>Administrar sulfato de magnésio à mãe, se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A TA diastólica for ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+ • A TA diastólica for ≥ 90 mmHg e proteinúria 2+ e se houver dor de cabeça grave, distúrbio visual, dor epigástrica <p>Administrar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica for > 160 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg
<p><input type="checkbox"/> Confirmar se existe material para limpar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Encorajar a presença do acompanhante no parto.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Confirmar que a mãe ou o acompanhante pedirão ajuda durante o parto, se necessário.</p>	<p>Pedir ajuda, se houver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia • Dor abdominal grave • Dor de cabeça forte ou distúrbio visual • Incapacidade de urinar • Necessidade de fazer força

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acrescentos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientafety.

WHO/RIS/2015/26

© Organização Mundial da Saúde 2017. Alguns direitos reservados.
Este trabalho é disponibilizado sob licença de CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por _____

ANTES DO PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



2

Antes da expulsão (ou antes da cesariana)

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento
 Administrar antibióticos à mãe, na presença de:

- Temperatura ≥ 38 °C
- História de contaminação vaginal fétida
- Ruptura de membranas >18 horas
- Cesariana

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- Não
 Sim, sulfato de magnésio administrado
 Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Dar sulfato de magnésio à mãe, na presença de:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+
 ex: forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica >160 mmHg
 • Objectivo: manter TA $<150/100$ mmHg

Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:

Para a mãe

- Luvas
 Desinfectante de mãos à base de álcool ou água limpa e sabão
 Oxitocina 10 unidades na seringa

Preparar cuidados à mãe, logo a seguir ao parto. Confirmar que se há um bebé (nulo male)

1. Dar oxitocina dentro de 1 minuto após o parto
2. Retirar a placenta 1-3 minutos após o parto
3. Massajar o útero depois da placenta sair
4. Confirmar que o útero está contraído

Para o bebé

- Toalha limpa
 Lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical
 Dispositivo de aspiração
 Balão e máscara

Preparar cuidados ao bebé, logo a seguir ao parto:

1. Secar o bebé e mantê-lo quente
2. Se não respirar, estimulá-lo e desobstruir vias aéreas
3. Se continuar a não respirar:
 - lavar e cortar o cordão
 - desobstruir as vias aéreas, se necessário
 - ventilar com balão e máscara
 - gritar por socorro

- Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Acrescidos e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consulte o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety

APÓS O PARTO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



3

Logo após o parto (no espaço de 1 hora)

A mãe tem sangramento anormal?

- Não
 Sim, pedir ajuda

Se sangramento anormal:

- Massagear o útero
- Considerar mais uterotônicos
- Iniciar fluidos IV e manter a mãe quente
- Tratar a causa: atonia uterina, placenta/fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina

A mãe precisa de tomar:

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento. Dar antibióticos à mãe, se a placenta for removida manualmente ou se a temperatura da mãe for $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e se tiver:

- Tremores
- Contimento vaginal fétido

Se a mãe tiver laceração do perineo de terceiro ou quarto grau, dar antibióticos para evitar infecção

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- Não
 Sim, sulfato de magnésio administrado
 Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Dar sulfato de magnésio à mãe, se tiver:

- TA diastólica ≥ 110 mmHg e proteinúria 3+
- TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+, e forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

Dar anti-hipertensivo à mãe, se a TA sistólica > 160 mmHg
• Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

O bebé precisa de:

Transferência?

- Não
 Sim, efectuada

Verificar os critérios da sua unidade de saúde.

Antibióticos?

- Não
 Sim, administrados

Dar antibióticos ao bebé, se tiverem sido dados antibióticos à mãe para tratamento de uma infecção materna durante o parto ou se o bebé tiver:

- Frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
- Retenção torácica, gemidos ou convulsões
- Resposta lenta aos estímulos
- Temperatura do bebé $< 35^{\circ}\text{C}$ (não subindo após aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$

Cuidados especiais e monitorização?

- Não
 Sim, organizados

Prestar cuidados/monitorização especial ao bebé, se:

- Prematuro de mais de um mês
- Peso à nascença < 2500 gramas
- Precisar de antibióticos
- Precisar de reanimação

Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a mãe e o bebé estiverem bem).

Confirmar que a mãe / acompanhante pediram ajuda, se houver sinais de perigo.

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Antecedentes e modificações de acordo com as práticas locais são encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consulte o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientafety

APÓS O PARTO

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTOS SEGUROS



4

Antes da alta

Confirmar a permanência na unidade de saúde durante 24 horas após o parto.

A mãe precisa de tomar antibióticos?

- Não
 Sim, administrar e adiar a alta

Perguntar se tem alergias, antes da administração de qualquer medicamento.

- Der antibióticos à mãe, se:
 • Temperatura da mãe $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 • Corrimento vaginal fétido

A tensão arterial da mãe é normal?

- Não, tratar e adiar a alta
 Sim

Der sulfato de magnésio à mãe, se:

- TA diastólica ≥ 10 mmHg e proteinúria 3+
 • TA diastólica ≥ 90 mmHg, proteinúria 2+ e forte dor de cabeça, distúrbio visual, dor epigástrica

- Der fármaco anti-hipertensivo à mãe, se TA sistólica > 160 mmHg
 • Objectivo: manter a TA $< 150/100$ mmHg

A mãe tem sangramento anormal?

- Não
 Sim, tratar e adiar a alta

Se pulsação > 110 batimentos por minuto e tensão arterial < 90 mmHg

- Dar fluidos IV e manter a mãe quente
 • Tratar a causa (choque hipovolémico)

O bebé precisa de tomar antibióticos?

- Não
 Sim, dar antibióticos, adiar a alta, prestar cuidados especiais

Der antibióticos ao bebé, se:

- Frequência respiratória $> 60/\text{min}$ ou $< 30/\text{min}$
 • Retenção torácica, gemidos ou convulsões
 • Resposta lenta aos estímulos
 • Temperatura do bebé $< 35^{\circ}\text{C}$ (não subindo depois de aquecimento) ou temperatura do bebé $\geq 38^{\circ}\text{C}$
 • Deixou de mamar bem
 • Vermelhidão do umbigo estendendo-se à pele ou deitando pus

O bebé come bem?

- Não, estabelecer boas práticas de amamentação e adiar a alta
 Sim

Discutir e informar a mãe sobre as opções de planeamento familiar.

Marcar consulta de seguimento e confirmar que a mãe/acompanhante procurarão ajuda, se surgirem sinais de perigo após a alta.

Sinais de Perigo

A mãe tem:

- Hemorragia
- Dor abdominal grave
- Forte dor de cabeça ou distúrbio visual
- Respiração difícil
- Febre ou tremores
- Dificuldade em urinar
- Dor epigástrica

O bebé tem:

- Respiração acelerada/difícil
- Febre
- Frio anormal
- Falta de apetite
- Menos actividade do que o normal
- Amarelecimento de todo o corpo

Esta Lista de Verificação não pretende ser exaustiva e não deve substituir as anotações sobre o caso ou o partograma. Actuem e modifiquem de acordo com as práticas locais e/o encorajadas. Para mais informações sobre recomendações para o uso da Lista de Verificação, consultar o "Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros" em: www.who.int/patientsafety.

Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros

Preenchido por: _____

ANEXO 2 – The RIGHT-Ad@pt checklist

The RIGHT-Ad@pt checklist

7 sections, 27 topics, and 34 items	Assessment	Page(s)	Note(s)
Basic information			
Title/subtitle			
1 Identify the report as an adaptation of practice guideline(s), that is include "guideline adaptation", "adapting", "adapted guideline/recommendation(s)", or similar terminology in the title/subtitle.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
2 Describe the topic/focus/scope of the adapted guideline.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Cover/first page			
3 Report the respective dates of publication and the literature search of the adapted guideline.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
4 Describe the developer and country/region of the adapted guideline.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Executive summary/abstract			
5 Provide a summary of the recommendations contained in the adapted guideline.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Abbreviations and acronyms			
6 Define key terms and provide a list of abbreviations and acronyms (if applicable).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Contact information of the guideline adaptation group			
7 Report the contact information of the developer of the adapted guideline.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Scope			
Source guideline(s)			
8 Report the name and year of publication of the source guideline(s), provide the citation(s), and whether source authors were contacted.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Brief description of the health problem(s)			
9 Provide the basic epidemiological information about the problem (including the associated burden), health systems relevant issues, and note any relevant differences compared to the source guideline(s).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Aim(s) and specific objectives			
10 Describe the aim(s) of the adapted guideline and specific objectives, and note any relevant differences compared to the source guideline(s).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
Target population(s)			
11 Describe the target population(s) and subgroup(s) (if applicable) to which the recommendation(s) is addressed in the adapted guideline, and note any relevant differences compared to the source guideline(s).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		
End-users and settings			
12 Describe the intended target users of the adapted guideline, and note any relevant differences compared to the source guideline(s).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear		

13	Describe the setting(s) for which the adapted guideline is intended, and note any relevant differences compared to the source guideline(s).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Rigor of development		
Guideline adaptation group		
14	List all contributors to the guideline adaptation process and describe their selection process and responsibilities.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Adaptation framework/methodology		
15	Report which framework or methodology was used in the guideline adaptation process.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Source guideline(s)		
16	Describe how the specific source guideline(s) was(were) selected.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Key questions		
17	State the key questions of the adapted guideline using a structured format, such as PICO (population, intervention, comparator, and outcome), or another format as appropriate.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
18	Describe how the key questions were developed/modified, and/or prioritized.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Source recommendation(s)		
19	Describe how the recommendation(s) from the source guideline(s) was(were) assessed with respect to the evidence considered for the different criteria, the judgements and considerations made by the original panel.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Evidence synthesis		
20	Indicate whether the adapted recommendation(s) is/are based on existing evidence from the source guideline(s), and/or additional evidence.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
21	If new research evidence was used, describe how it was identified and assessed.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Assessment of the certainty of the body of evidence and strength of recommendation		
22	Describe the approach used to assess the certainty/quality of the body/ies of evidence and the strength of recommendations in the adapted guideline and note any differences (if applicable) compared to the source guideline(s).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Decision-making processes		
23	Describe the processes used by the guideline adaptation group to make decisions, particularly the formulation of recommendations.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Recommendations		
Recommendations		
24	Report recommendations and indicate whether they were adapted, adopted, or <i>de novo</i> .	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
25	Indicate the direction and strength of the recommendations and the certainty/quality of the supporting evidence and note any differences compared to the source recommendations(s) (if applicable).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear

26	Present separate recommendations for important subgroups if the evidence suggests important differences in factors influencing recommendations and note any differences compared to the source recommendation(s) (if applicable).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Rationale/explanation for recommendations		
27	Describe the criteria/factors that were considered to formulate the recommendations or note any relevant differences compared to the source guideline(s) (if applicable).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
External review and quality assurance		
External review		
28	Indicate whether the adapted guideline underwent an independent external review. If yes, describe the process.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Organizational approval		
29	Indicate whether the adapted guideline obtained organizational approval. If yes, describe the process.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Funding, declaration, and management of interest		
Funding source(s) and funder role(s)		
30	Report all sources of funding for the adapted guideline and source guideline(s), and the role of the funders.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Declaration and management of interests		
31	Report all conflicts of interest of the adapted and the source guideline(s) panels, and how they were evaluated and managed.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Other information		
Implementation		
32	Describe the potential barriers and strategies for implementing the recommendations (if applicable).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Update		
33	Briefly describe the strategy for updating the adapted guideline (if applicable).	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear
Limitations and suggestions for further research		
34	Describe the challenges of the adaptation process, the limitations of the evidence, and provide suggestions for future research.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unclear

ANEXO 3 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

14/11/2022 14:56 ScholarOne Manuscripts

 Texto & Contexto Enfermagem

 Início

 Autor

Confirmação da submissão  imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para
Texto & Contexto Enfermagem

ID do manuscrito
TCE-2022-0287

Título
LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA CENTRO DE PARTO NORMAL

Autores
Freitas, Graciele
Rattner, Daphne
Moreira Corgozinho, Marcelo

Data da submissão
14-nov-2022

Panel do autor

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos V.S^a. para participar do processo de validação de conteúdo do Instrumento intitulado: “Instrumento de Segurança no Parto em CPN”. O instrumento faz parte do projeto de pesquisa de mestrado intitulado: “Adaptação e validação da Lista de Verificação para Partos Seguros ao contexto do Centro de Parto Normal”.

O objetivo desta pesquisa é adaptar e validar um instrumento brasileiro, baseado na Lista de Verificação para Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde (OMS), para sua adequação ao contexto do Centro de Parto Normal (CPN).

V.S^a. receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será em etapas e se dará por meio da avaliação do instrumento que lhe será disponibilizado (via correio eletrônico). Portanto, primeiramente, será entregue a V.S^a, para julgamento e análise, um documento piloto nos moldes do documento publicado pela OMS, em formato de Lista de Verificação. Esta etapa consistirá na validação de conteúdo do instrumento, por meio da técnica Delphi. O método de avaliação desta etapa será a escala Likert. Essa escala apresenta um escalonamento de três ou mais pontos, em que V.S^a registrará sua concordância, discordância ou dúvida, quanto ao que é afirmado em cada item avaliado, em relação à capacidade de mensuração que o instrumento estabelece. Após esse processo, os itens serão reformulados e novamente disponibilizados a V.S^a para uma análise semântica. Para essa avaliação, será utilizada a técnica do Diferencial Semântico. Nesta etapa, a validação será em escalas bipolares de avaliação de sete pontos. Cada uma dessas escalas apresenta dois conceitos opostos indicadores de valorização, potência ou atividade. Após a análise dos dados, a etapa final consistirá na elaboração do instrumento definitivo com os itens que foram validados. V.S^a terá um prazo de quinze dias para o retorno da avaliação (via correio eletrônico) do instrumento, em cada etapa.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa podem ser de desconforto com o prazo estabelecido para retorno do instrumento avaliado e em relação ao conteúdo dos itens abordados. Esclarecemos que este prazo poderá ser revisado a qualquer momento da pesquisa e que o descontentamento com um ou mais itens do instrumento poderá ser notificado por V.S^a em qualquer uma das etapas para reformulação se necessário. No entanto, se V.S^a aceitar participar, estará contribuindo para elaboração e validação de um instrumento que possa ser implantado nos CPN de todo Brasil e contribuir para a promoção da segurança da mãe e do recém-nascido em todas as etapas da internação nestas instituições.

V.S^a pode se recusar a responder (ou participar de qualquer etapa) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento em qualquer momento e sem nenhum prejuízo. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que V.S^a tiver relacionadas diretamente ao projeto serão cobertas pelo pesquisador responsável pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa e alimentação no local da pesquisa caso haja necessidade).

Caso haja algum dano associado ou agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, à V.S^a ou a coletividade, decorrente da pesquisa", V.S^a deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições da resolução CNS 466/2012.

Os instrumentos avaliados pela V.Sª não serão encaminhados à nenhuma outra instância. Eles ficarão na posse do pesquisador. O que será encaminhado à outra instância é o instrumento já validado e de autoria do próprio pesquisador com base nos itens que foram validados por V.Sª e por outros juízes .

Assim, os resultados da pesquisa serão divulgados no repositório da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador, em pasta restrita do computador pessoal, por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Esperamos que através da sua participação o referido instrumento seja validado e posteriormente possa ser utilizado em todos os Centros de Parto Normal que desejem promover uma assistência segura para as mulheres. Informamos que este Termo deverá ser preenchido e assinado em duas vias de igual teor e que uma delas será entregue à V. S.ª.

Se V.Sª tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com: Gracielle de Sousa Freitas (pesquisadora), e-mail gracifreitas88@gmail.com, fone: (61) 985624586; Drª Daphne Rattner (orientadora), e-mail daphne.rattner@gmail.com, fone: (61) 98165677.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

APÊNDICE 2 – ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Orientações para análise do conteúdo do instrumento

Prezado (a) Juiz (a)

Seguem orientações para preenchimento dos campos de avaliação da “Lista de verificação para parto seguro em Centro de Parto Normal”.

A Lista está dividida em 4 dimensões adaptadas ao contexto do Centro de Parto Normal (admissão, antes do parto, após o parto e antes da alta), mas tendo como base o documento original da Organização Mundial de Saúde.

O questionário deverá ser respondido individualmente. Se julgar necessário incluir um item, excluir um item, ou julgar que um item necessita de correções, especifique na área abaixo de cada tabela “Sugestões/justificativas do (a) Juiz (a) para o (s) item (s)”.

Para a avaliação dos itens serão utilizados 4 (quatro) atributos que têm a finalidade de qualificar cada item:

1. Discordo totalmente do item
2. Discordo parcialmente do item
3. Concordo com o item
4. Concordo totalmente com o item

Em caso de qualquer dúvida em relação à avaliação, por favor entre em contato com: Gracielle de Sousa Freitas (pesquisadora), e-mail gracifreitas88@gmail.com, fone: (61) 985624586; Dr^a Daphne Rattner (orientadora), e-mail daphne.rattner@gmail.com, fone: (61) 98165677.

APÊNDICE 3 –LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL – VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL

ADMISSÃO

1.A MÃE SE ENQUADRA NOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DO CENTRO DE PARTO NORMAL?

() SIM

() NÃO

2.A MÃE PRECISA SER REMOVIDA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?

() SIM, REMOÇÃO PROVIDENCIADA

() NÃO

3.A MÃE RECEBEU A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO?

() SIM

() NÃO

4.OS TESTES RÁPIDOS PARA SÍFILIS E HIV FORAM REALIZADOS?

() SIM

() NÃO

5.O PARTOGRAMA FOI INICIADO?

() SIM

() NÃO

6.A MÃE POSSUI ACOMPANHANTE?

() SIM

() NÃO

7.A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS A CHAMAR AJUDA DA EQUIPE NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA E ESTÃO CIENTES DE QUAIS SÃO ESTES SINAIS?

() SIM

() NÃO

8.O MATERIAL NECESSÁRIO PARA A ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO ESTÁ DISPONÍVEL E CHECADO?

() SIM

() NÃO

ANTES DO PARTO

1.O MATERIAL PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO ESTÁ DISPONÍVEL E CHECADO?

() SIM

() NÃO

2.O MATERIAL PARA REANIMAÇÃO NEONATAL ESTÁ DISPONÍVEL E CHECADO?

() SIM

NÃO

3.A EQUIPE ESTÁ COMPLETA?

SIM

NÃO

4.A OCITOCINA PROFILÁTICA ESTÁ DISPONÍVEL (10UI IM)?

SIM

NÃO

5.A MÃE PRECISA SER REMOVIDA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?

SIM, REMOÇÃO PROVIDENCIADA

NÃO

APÓS O PARTO (NO ESPAÇO DE 1 HORA)

1.A OCITOCINA PROFILÁTICA FOI ADMINISTRADA NA MÃE (10 UI IM)?

SIM

NÃO

2.O SANGRAMENTO DA MÃE ESTÁ AUMENTADO?

SIM

NÃO

3. A MÃE PRECISA DE CUIDADOS ESPECIAIS (MEDICAÇÕES/MONITORIZAÇÃO)?

SIM, JÁ PROVIDENCIADA

NÃO

4. O BEBÊ PRECISA DE CUIDADOS ESPECIAIS (REANIMAÇÃO/MONITORIZAÇÃO)?

SIM, JÁ PROVIDENCIADA

NÃO

5. A MÃE PRECISA SER REMOVIDA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?

SIM, JÁ PROVIDENCIADA

NÃO

6. O BEBÊ PRECISA SER REMOVIDO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?

SIM, JÁ PROVIDENCIADA

NÃO

7. O CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ FOI INICIADO (SE MÃE E BEBÊ ESTIVEREM BEM)?

SIM

NÃO

8. A AMAMENTAÇÃO FOI INICIADA AINDA NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO BEBÊ (SE MÃE E BEBÊ ESTIVEREM BEM)?

SIM

NÃO

9. A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS A CHAMAR AJUDA DA EQUIPE NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA E ESTÃO CIENTES DE QUAIS SÃO ESTES SINAIS?

SIM

NÃO

ANTES DA ALTA

1. A MÃE E O BEBÊ PERMANECERAM NA UNIDADE POR PELO MENOS 24 HORAS?

SIM

NÃO

2. O SANGRAMENTO DA MÃE ESTÁ NORMAL?

SIM

NÃO

3. OS SINAIS VITAIS DA MÃE ESTÃO NORMAIS?

SIM

NÃO

4. OS SINAIS VITAIS DO BEBÊ ESTÃO NORMAIS?

SIM

NÃO

5. O BEBÊ E A MÃE APRESENTAM DIFICULDADE COM A AMAMENTAÇÃO?

SIM

NÃO

6. AS MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS DURANTE A INTERNAÇÃO FORAM CHECADAS?

SIM

NÃO

7. A DOCUMENTAÇÃO PARA ALTA ESTÁ COMPLETA (DOCUMENTOS DE ROTINA DA UNIDADE)?

SIM

NÃO

8. A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS A RETORNAR À UNIDADE OU PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA E ESTÃO CIENTES DE QUAIS SÃO ESTES SINAIS?

SIM

NÃO

9. A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS QUANTO A IMPORTÂNCIA DE PROCURAR A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA CONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO?

SIM

NÃO

APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

**Avaliação dos itens: Marcar um “x” no campo referente a sua avaliação
“Discordo totalmente do item”; “Discordo parcialmente do item”; “Concordo
com o item”; “Concordo totalmente com o item”**

MOMENTO “ADMISSÃO”

Item	Avaliação			
	Discordo totalmente do item	Discordo parcialmente do item	Concordo com o item	Concordo totalmente com o item
1.A MÃE SE ENQUADRA NOS CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DO CENTRO DE PARTO NORMAL?				
2.A MÃE PRECISA SER REMOVIDA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?				
3.A MÃE RECEBEU A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO?				
4.OS TESTES RÁPIDOS PARA SÍFILIS E HIV FORAM REALIZADOS?				
5.O PARTOGRAMA FOI INICIADO?				
6.A MÃE POSSUI ACOMPANHANTE?				
7.A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS A CHAMAR AJUDA DA EQUIPE NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA E ESTÃO CIENTES DE QUAIS SÃO ESTES SINAIS?				
8.O MATERIAL NECESSÁRIO PARA A ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO ESTÁ DISPONÍVEL E CHECADO?				

Sugestões/justificativas do (a) Juíz (a) para o (s) item (s):

MOMENTO “ANTES DO PARTO”

Item	Avaliação			
	Discordo totalmente do item	Discordo parcialmente do item	Concordo com o item	Concordo totalmente com o item
1.O MATERIAL PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO ESTÁ DISPONÍVEL E CHECADO?				
2.O MATERIAL PARA REANIMAÇÃO NEONATAL ESTÁ DISPONÍVEL E CHECADO?				
3.A EQUIPE ESTÁ COMPLETA?				
4.A OCITOCINA PROFILÁTICA ESTÁ DISPONÍVEL (10UI IM)?				
5.A MÃE PRECISA SER REMOVIDA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?				

Sugestões/justificativas do (a) Juíz (a) para o (s) item (s):

MOMENTO “APÓS O PARTO (NO ESPAÇO DE 1 HORA)”

Item	Avaliação			
	Discordo totalmente do item	Discordo parcialmente do item	Concordo com o item	Concordo totalmente com o item
1.A OCITOCINA PROFILÁTICA FOI ADMINISTRADA NA MÃE (10 UI IM)?				
2.O SANGRAMENTO DA MÃE ESTÁ AUMENTADO?				
3. A MÃE PRECISA DE CUIDADOS ESPECIAIS (MEDICAÇÕES/MONITORIZAÇÃO)?				
4. O BEBÊ PRECISA DE CUIDADOS ESPECIAIS (REANIMAÇÃO/MONITORIZAÇÃO)?				
5. A MÃE PRECISA SER REMOVIDA AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?				
6. O BEBÊ PRECISA SER REMOVIDO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA?				
7. O CONTATO PELE A PELE DA MÃE COM O BEBÊ FOI INICIADO (SE MÃE E BEBÊ ESTIVEREM BEM)?				
8. A AMAMENTAÇÃO FOI INICIADA AINDA NA PRIMEIRA HORA DE VIDA DO BEBÊ (SE MÃE E BEBÊ ESTIVEREM BEM)?				
9. A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS A CHAMAR AJUDA DA EQUIPE NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA E ESTÃO CIENTES DE QUAIS SÃO ESTES SINAIS?				

Sugestões/justificativas do (a) Juiz (a) para o (s) item (s):

MOMENTO “ANTES DA ALTA”

Item	Avaliação			
	Discordo totalmente do item	Discordo parcialmente do item	Concordo com o item	Concordo totalmente com o item
1.A MÃE E O BEBÊ PERMANECERAM NA UNIDADE POR PELO MENOS 24HORAS?				
2.O SANGRAMENTO DA MÃE ESTÁ NORMAL?				
3.OS SINAIS VITAIS DA MÃE ESTÃO NORMAIS?				
4.OS SINAIS VITAIS DO BEBÊ ESTÃO NORMAIS?				
5. O BEBÊ E A MÃE APRESENTAM DIFICULDADE COM A AMAMENTAÇÃO?				
6. AS MEDICAÇÕES ADMINSTRADAS DURANTE A INTERNAÇÃO FORAM CHECADAS?				
7. A DOCUMENTAÇÃO PARA ALTA ESTÁ COMPLETA (DOCUMENTOS DE ROTINA DA UNIDADE)?				
8. A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS A RETORNAR À UNIDADE OU PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA NA PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA E ESTÃO CIENTES DE QUAIS SÃO ESTES SINAIS?				
9. A MÃE E O ACOMPANHANTE FORAM ORIENTADOS QUANTO A IMPORTÂNCIA DE PROCURAR A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA CONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO?				

Sugestões/justificativas do (a) Juiz (a) para o (s) item (s):

APÊNDICE 5 - ORIENTAÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO – VALIDAÇÃO APARENTE

Orientações para a validação aparente do instrumento

Prezado (a) Juiz (a)

Seguem as orientações para o preenchimento dos campos de avaliação da “Lista de verificação para parto seguro em Centro de Parto Normal” na versão revisada a partir no primeiro julgamento.

A Lista está dividida em 4 dimensões adaptadas ao contexto do Centro de PartoNormal (admissão, antes do parto, após o parto e antes da alta), mas tendo como base o documento original da Organização Mundial de Saúde (**Lista de Verificação para Partos Seguros**).

Para essa etapa, a avaliação será em relação à validação aparente da Lista (de forma geral e não por itens). O julgamento será de acordo com os seguintes tópicos: clareza da linguagem, organização, aparência e relevância da Lista de Verificação.

Os 4 atributos de avaliação estão mantidos:

1. Discordo totalmente
2. Discordo parcialmente
3. Concordo
4. Concordo totalmente

O questionário deverá ser respondido individualmente. Se julgar necessário incluir correções e/ou justificativas, especifique na área abaixo da tabela: “Sugestões/justificativas do (a) Juiz

Em caso de qualquer dúvida em relação à avaliação, por favor entre em contato com: Gracielle de Sousa Freitas (pesquisadora), e-mail gracifreitas88@gmail.com, fone: (61) 985624586; Dr^a Daphne Rattner (orientadora), e-mail daphne.rattner@gmail.com, fone: (61) 98165677

APÊNDICE 6 –LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL – VALIDAÇÃO APARENTE

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL	
<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">1. Admissão</div> <p>A parturiente se enquadra nos critérios de admissão do centro de parto normal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A parturiente recebeu a pulseira de identificação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os testes rápidos para sífilis e HIV foram realizados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O partograma foi iniciado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>A parturiente possui acompanhante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>A parturiente e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O material para a assistência ao trabalho de parto está disponível e checado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Preenchido por: _____</p> <p>Data: ___/___/___</p>	<p>O material para a assistência ao parto está disponível e checado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A equipe está completa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A ocitocina profilática está disponível (10U/ml)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A parturiente precisa ser removida ao hospital de referência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, remoção providenciada <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Preenchido por: _____</p> <p>Data: ___/___/___</p>
<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">2. Antes do Parto</div> <p>O material para reanimação neonatal está disponível e checado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">3. Após o parto (até uma hora)</div> <p>A ocitocina profilática foi administrada na puerpera (10 ui/ml)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A pulseira de identificação foi colocada na puerpera e no bebê?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O contato pele a pele da puerpera com o bebê foi iniciado (se mãe e bebê estiverem bem)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>A amamentação foi iniciada ainda na primeira hora de vida do bebê (se mãe e bebê estiverem bem)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p>

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL

O sangramento da puérpera está aumentado?

- Sim
 Não

A puérpera precisa de cuidados especiais (medicações/monitorização)?

- Sim, já providenciado
 Não

O bebê precisa de cuidados especiais (reanimação/monitorização)?

- Sim, já providenciado
 Não

A puérpera precisa ser removida ao hospital de referência?

- Sim, já providenciado
 Não

O bebê precisa ser removido ao hospital de referência?

- Sim, já providenciado
 Não

A puérpera e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?

- Sim
 Não

Preenchido por: _____

Data: ___/___/___

4. Antes da alta

A internação da puérpera e do bebê durou o número mínimo de horas previsto no protocolo da unidade?

- Sim
 Não, por quê?

O sangramento da puérpera está normal?

- Sim
 Não

Os sinais vitais da puérpera estão normais?

- Sim
 Não

Os sinais vitais do bebê estão normais?

- Sim
 Não

O bebê e a puérpera apresentam dificuldade com a amamentação?

- Sim
 Não

As medicações administradas durante a internação foram checadas?

- Sim
 Não

A documentação para alta está completa (documentos de rotina da unidade)?

- Sim
 Não

A mãe e o acompanhante foram orientados a retornar à unidade ou procurar um serviço de saúde próximo a sua residência na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?

- Sim
 Não

A mãe e o acompanhante foram orientados quanto a importância de procurar a unidade básica de saúde de referência para continuidade do acompanhamento?

- Sim
 Não

Preenchido por: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE 7 -- INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE APARENTE

Avaliação do instrumento: Marcar um “x” no campo referente a sua avaliação

CLAREZA DO INSTRUMENTO	Avaliação			
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
A escrita está clara				
O vocabulário está apropriado				
Os itens estão adequados a proposta da Lista de Verificação				
O conteúdo está compreensível				

ORGANIZAÇÃO	Avaliação			
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
A Lista de verificação está bem estruturada				
A sequência dos itens está adequada ao contexto do CPN				
Os espaços para preenchimento estão adequados				
As dimensões estão organizadas conforme as etapas de permanência da mulher e do bebê no CPN				

RELEVÂNCIA	Avaliação			
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
Aborda critérios necessários para a promoção de uma assistência segura no CPN				
Adequado para ser utilizado pelos profissionais que atuam em CPN				

APARÊNCIA	Avaliação			
	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
A aparência contribui para fácil compreensão do instrumento				
A forma da distribuição dos itens, a fonte e os espaços estão adequados				

Sugestões/justificativas do (a) Juíz (a):

APÊNDICE 8 – LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO- VERSÃO FINAL

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL	
<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">1. Admissão</div> <p>A parturiente se enquadra nos critérios de admissão do centro de parto normal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A parturiente recebeu a pulseira de identificação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Os testes rápidos para sífilis e HIV foram realizados?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O partograma foi iniciado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>A parturiente possui acompanhante?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>A parturiente e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O material para a assistência ao trabalho de parto está disponível e checado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Preenchido por: _____</p> <p>Data: __/__/__</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O material para a assistência ao parto está disponível e checado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A equipe está completa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A ocitocina profilática está disponível (10ul Im)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A parturiente precisa ser removida ao hospital de referência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, remoção providenciada <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Preenchido por: _____</p> <p>Data: __/__/__</p> <div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 2px; margin-top: 10px;">3. Após o parto (até uma hora)</div> <p>A ocitocina profilática foi administrada na puérpera (10 ul Im)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A pulseira de identificação foi colocada na puérpera e no bebê?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O contato pele a pele da puérpera com o bebê foi iniciado (se mãe e bebê estiverem bem)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____</p> <p>A amamentação foi iniciada ainda na primeira hora de vida do bebê (se mãe e bebê estiverem bem)?</p>
<div style="background-color: #003366; color: white; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 10px;">2. Antes do Parto</div> <p>O material para reanimação neonatal está disponível e checado?</p>	

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO EM CENTRO DE PARTO NORMAL

- Sim
 Não, por quê?

O sangramento da puerpera está aumentado?

- Sim
 Não

A puerpera precisa de cuidados especiais (medicações/monitorização)?

- Sim, já providenciado
 Não

O bebê precisa de cuidados especiais (reanimação/monitorização)?

- Sim, já providenciado
 Não

A puerpera precisa ser removida ao hospital de referência?

- Sim, já providenciado
 Não

O bebê precisa ser removido ao hospital de referência?

- Sim, já providenciado
 Não

A puerpera e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?

- Sim
 Não

Preenchido por:

Data: __/__/__

4. Antes da alta

A internação da puerpera e do bebê durou o número mínimo de horas previsto no protocolo da unidade?

- Sim
 Não, por quê?

O sangramento da puerpera está normal?

- Sim
 Não

Os sinais vitais da puerpera estão normais?

- Sim
 Não

Os sinais vitais do bebê estão normais?

- Sim
 Não

O bebê e a puerpera apresentam dificuldade com a amamentação?

- Sim
 Não

As medicações administradas durante a internação foram checadas?

- Sim
 Não

A documentação para alta está completa (documentos de rotina da unidade)?

- Sim
 Não

A mãe e o acompanhante foram orientados a retomar a unidade ou procurar um serviço de saúde próximo a sua residência na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?

- Sim
 Não

A mãe e o acompanhante foram orientados quanto a importância de procurar a unidade básica de saúde de referência para continuidade do acompanhamento?

- Sim
 Não

Preenchido por:

Data: __/__/__

APÊNDICE 9 – TEXTO DO ARTIGO SUBMETIDO

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTO SEGURO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA CENTRO DE PARTO NORMAL

RESUMO

Objetivo: o objetivo deste estudo é adaptar e validar um instrumento brasileiro, baseado na Lista de Verificação para Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde, para sua adequação ao contexto do Centro de Parto Normal.

Método: trata-se de um estudo metodológico, com uso da técnica de Delphi e escala tipo Likert, desenvolvido em três etapas: construção de um instrumento piloto adaptado da Lista de Verificação para Parto Seguro da Organização Mundial de Saúde, validação de conteúdo e validação aparente por juízes especialistas. Além disso, utilizou-se o instrumento *RIGHT-Ad@pt checklist* para orientar a adaptação com checagem de todas as etapas.

Resultados: o instrumento alcançou índice de validade de conteúdo geral > 0,9 nas duas etapas, *concordância interavaliadores* $\geq 0,9$ em todas as dimensões e quesitos de avaliação e obteve notas elevadas nos escores nas duas etapas (>90). **Conclusões:** em virtude dos elevados valores obtidos nos resultados verifica-se que a validação obtida permitiu o desenvolvimento de um instrumento contendo 31 itens relevantes aos construtos teóricos, portanto, passível de ser utilizado como ferramenta para promover a segurança dos pacientes em Centros de Parto Normal. A utilização do *RIGHT-Ad@pt checklist* facilitou a construção da lista com os atributos essenciais e permitiu a identificação das limitações no estudo.

Descritores: Lista de Checagem, Parto Normal, Enfermeiras Obstétricas, Segurança do Paciente, Centros Independentes de Assistência a Gravidez e ao Parto.

INTRODUÇÃO

O parto, por décadas, foi considerado um processo fisiológico e natural que demandava cuidado e acolhimento¹⁻². No entanto, sabe-se que ao longo da história, parir deixou de ser um evento familiar e passou a ser vivido de maneira pública e institucionalizada, dentro de hospitais e sendo assistido por médicos e não mais por parteiras²⁻⁴.

Essa mudança gerou muitos avanços científicos e tecnológicos que contribuíram para a diminuição dos índices de morbimortalidade materna e neonatal no mundo. Porém, nesse modelo de assistência, um evento que antes era íntimo e familiar, passou a ser visto como patológico e com inúmeras intervenções médicas que reprimem os mecanismos naturais do corpo feminino^{1,4}.

Com vistas a resgatar a autonomia da mulher e trazê-la da posição de objeto para protagonista no parto e ainda reduzir as intervenções médicas sem evidências científicas, em 1996, foram divulgadas as Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a assistência do parto, também chamadas de “Boas Práticas de Atenção ao Parto”⁵.

As práticas foram distribuídas em quatro categorias: A - práticas úteis que devem ser estimuladas; B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas; C - práticas sobre as quais não existem evidências suficientes para sua realização; e D - práticas frequentemente usadas incorretamente⁵.

Em relação a evolução das práticas obstétricas no Brasil e às intervenções no parto, um inquérito de abrangência nacional, realizado entre 2011 e 2012, intitulado “Nascer no Brasil”, teve como um de seus objetivos analisar as intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual e revelou que, da amostra de 23.940 mulheres, 56,8% foram consideradas como casos de risco obstétrico habitual, ou seja, sem condições de saúde que indicassem o uso de procedimentos ou intervenção cirúrgica. No entanto, dentre essas mulheres, 45,5% realizaram cesárea e 54,5% tiveram parto vaginal, porém, apenas 5,6% tiveram parto normal sem nenhuma intervenção⁶.

Nesse contexto, como estratégia para atender as recomendações da OMS houve iniciativas do governo brasileiro para diminuir as intervenções

desnecessárias e promover a humanização do cuidado ⁷. Como por exemplo, a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento cuja prioridade é reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal e a adoção de medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento de gestantes, puérperas e recém-nascidos ⁸.

Posteriormente ao PHPN foram publicadas outras leis e portarias, das quais, destaca-se: a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹, a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS¹⁰ e a portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS¹¹.

Outra estratégia adotada no país foi a Instituição, por meio da portaria GM/MS nº 985 de 5 de agosto de 1999, dos Centros de Parto Normal (CPN)¹². A portaria GM/MS nº 11, de 7 de janeiro de 2015, redefiniu as diretrizes para implantação e habilitação de CPN, no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento¹³.

O CPN é uma modalidade de assistência que visa o resgate do protagonismo da mulher na parturição. A estrutura dessas instituições foi planejada para atender partos de baixo risco onde mulheres e acompanhantes são acolhidos durante todo o processo de pré-parto, parto e pós-parto ^{1,7}.

No CPN, a assistência é prestada por enfermeiros obstetras e por obstetras ¹⁴. Esses profissionais são os escolhidos para atuarem nesse contexto em virtude de serem considerados mais criteriosos quanto ao uso de intervenções no parto ¹⁵.

No entanto, existem poucos estudos brasileiros que descrevem a segurança da assistência prestada exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetras em CPN, o que corrobora com os questionamentos atuais da segurança dos pacientes nesses locais ¹⁶.

Esses questionamentos podem estar sendo embasados pelo fato de que o parto de baixo risco não está isento de ser acometido por um evento adverso (EA). Há uma estimativa de que aproximadamente 2% das pacientes

obstétricas sofram algum EA grave durante o parto, como por exemplo hemorragias e infecções, o que contribui para as taxas de mortalidade materna e neonatal ¹⁷.

Segundo a OMS, ocorrem mais de 130 milhões de partos a cada ano no mundo e destes, cerca de 303 mil evoluem com óbito materno, 2,6 milhões com óbito fetal e outros 2,7 milhões com o óbito do recém-nascido. A maioria dessas mortes ocorre em países de baixa renda, com poucos recursos, e possuem causas altamente evitáveis ¹⁸.

Uma forma simples e eficaz de aumentar a segurança dos partos, evitar um EA e contribuir para a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal seria a adoção de ações padronizadas como a criação de protocolos institucionais e de Listas de Verificação de Segurança ¹⁷.

Em 2017 um guia para a implementação de uma Lista de Verificação para Partos Seguros foi publicado pela OMS no idioma português. Trata-se de um instrumento, baseado em evidências científicas, que visa a segurança intraparto para a prevenção das principais causas de mortes maternas, fetais e neonatais. Cada item da Lista deve ser verificado, caso contrário, poderão ocorrer danos significativos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos. No entanto, o documento traz alguns itens que não são aplicáveis ao contexto da assistência de baixo risco, como o manejo de drogas hipotensoras e antibióticos por exemplo ¹⁹.

Não foram identificados na literatura estudos que descrevessem a utilização de uma lista de verificações de segurança no parto adaptada ao contexto do CPN. Desse modo, o objetivo deste estudo é adaptar e validar um instrumento brasileiro, baseado na Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS, para sua adequação ao contexto do CPN com vistas a promoção da segurança da mãe e do recém-nascido em todas as etapas da internação nessa modalidade de assistência.

MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, realizado com uso da técnica de Delphi, dividido em três etapas: construção de um instrumento piloto adaptado da Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS, validação de conteúdo e validação aparente por juízes especialistas. Além disso, utilizou-se o

instrumento *RIGHT-Ad@pt checklist* para orientar a adaptação com checagem de todas as etapas²⁰.

Para seleção dos juízes, inicialmente, a amostra foi intencional, onde foram convidados, via correio eletrônico, 5 enfermeiros obstetras e obstetrites atuantes em CPNs do país. Após esse processo, utilizou-se a técnica bola de neve (*snowball sampling*) para o alcance de mais juízes. Nessa técnica os participantes são acessados utilizando-se cadeias de referência e podem fazer indicação de outros que possuem os critérios de inclusão para o estudo²¹.

Assim, foram incluídos como juízes enfermeiros obstetras e obstetrites atuantes em CPNs públicos e privados. Foram excluídos enfermeiros que atuam CPNs mas não possuem título de enfermeiro obstetra ou obstetrite e enfermeiros obstetras e obstetrites que não atuam CPNs. O quadro de amostragem tornou-se saturado quando novos nomes não foram mais sugeridos pelos participantes.

Na primeira etapa, para fundamentar a construção da Lista preliminar e pela escassez de estudos que tratam de Listas de Verificação em CPNs, optou-se por um levantamento bibliográfico intencional de protocolos, diretrizes e políticas, em ordem cronológica desde a publicação que instituiu o CPN no âmbito do SUS, que tratam da atenção ao parto e nascimento no Brasil. Também foram consultadas as legislações vigentes sobre o direito ao acompanhante, as publicações da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) sobre prevenção de morte materna por hemorragia, as diretrizes atuais de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e as diretrizes da OMS. Além, é claro, da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros e protocolos nacionais de segurança do paciente.

Nesta etapa, a partir da extensa leitura reflexiva da bibliografia levantada, foi construída uma Matriz de Análise (Quadro 1), estruturada em seis eixos, que deu origem aos itens do instrumento piloto. Essa Matriz foi inspirada no estudo de validação de Carvalho et al (2015)²². Após esse processo, uma Lista de verificação com 31 itens de checagem, intitulada “Lista de verificação para parto seguro em Centro de Parto Normal” foi desenvolvida para validação de conteúdo e validação aparente.

Na segunda etapa, após aceitação do convite e assinatura do TCLE pelos juízes, o instrumento piloto com as orientações de preenchimento foi enviado para a validação de conteúdo. No documento, foi apresentada uma escala Likert constando como opções de respostas, a cada item do instrumento, as seguintes possibilidades: escore 1 atribuído a “Discordo totalmente do item”; escore 2 atribuído a “Discordo parcialmente do item”; escore 3 atribuído a “Concordo com o item”; escore 4 atribuído a “Concordo totalmente com o item”. Além disso, ao final de cada avaliação foi disponibilizado um campo para escrever sugestões e/ou justificativas em relação aos itens

Quanto à análise da validade de conteúdo do instrumento, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Esse método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro e baseia-se nas respostas dos juízes com relação ao grau de relevância de cada item, assim, estes poderiam ser classificados como: (1) irrelevante, (2) pouco relevante, (3) realmente relevante ou (4) muito relevante ²³.

Para adequar-se ao instrumento de coleta de dados deste estudo, equiparou-se o grau de relevância ao grau de concordância entre os juízes: (1) discordo totalmente, (2) concordo parcialmente, (3) concordo e (4) concordo totalmente ²³.

Segundo Alexandre e Coluci (2011), o IVC permite avaliar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Sugere-se uma concordância mínima de 0,80 no IVC, neste estudo, assumimos uma concordância de 0,80 ou mais para permanência do item e abaixo disso reformulação ou exclusão do item ²³.

Os IVCs de cada item do instrumento foram calculados com base no somatório do número de especialistas, que avaliaram o item como “3” ou “4”, dividindo-se o valor pelo número total de especialistas ²³.

Também foi utilizado o *Interrater Agreement* (IRA) para análise. O IRA é destinado a avaliar a extensão em que os juízes são confiáveis nas avaliações dos itens frente ao contexto estudado. Para se calcular o IRA de cada dimensão foi dividido o número de itens que obtiveram acima de 80% (0,8) de concordância entre os avaliadores, pelo total de itens de cada dimensão ²⁴.

Na terceira etapa, após a reformulação do instrumento, procedeu-se a validação aparente da Lista como um todo. Essa etapa constitui-se um subtipo da validade de conteúdo que propõe verificar intuitivamente, por meio da opinião de especialistas, a legibilidade e a clareza de conteúdo do instrumento²⁵.

Assim, foi enviado aos juízes um novo documento com orientações para o julgamento dos seguintes quesitos: “Clareza”, “Organização”, “Relevância” e “Aparência”. Também foi disponibilizada uma escala tipo Likert constando como opções de respostas as seguintes possibilidades: escore 1 atribuído a “Discordo totalmente”; escore 2 atribuído a “Discordo parcialmente”; escore 3 atribuído a “Concordo”; escore 4 atribuído a “Concordo totalmente”. Um campo para escrever sugestões e/ou justificativas em relação ao julgamento dessa rodada estava disponível no final do documento.

Foi estabelecido como critério de aceitação nível de concordância entre os juízes de pelo menos igual ou superior a 80% (0.8). O IVC e o IRA também foram utilizados para análise nessa etapa²⁴.

Os dados obtidos foram agrupados em bancos de dados a partir de um instrumento construído para essa finalidade. Para os dados numéricos foi utilizada estatística descritiva por meio do programa *Microsoft Excel 365 (2022)* utilizando-se soma, média, porcentagem e desvio padrão.

Seguiu-se os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília sob o parecer nº 5.000.562, CAAE 48233021.4.0000.0030.

RESULTADOS

Quadro 1- Matriz de Análise para a construção da primeira versão da Lista de Verificação Para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Eixo	Conceito	Conteúdo dos itens relacionados
Critérios de admissão	As gestantes admitidas devem ser de baixo risco (risco habitual) ¹²⁻¹³ .	-Critérios de admissão no CPN; -Testagem rápida para Sífilis e HIV; -Necessidade de remoção ao hospital de retaguarda se fora dos critérios de admissão

Insumos e recursos humanos necessários para uma assistência segura	A equipe e os materiais necessários para a assistência devem estar disponíveis durante todos os períodos clínicos do parto ^{18, 19, 26}	- Material e equipe necessária para a assistência em todas as fases do trabalho de parto, pós-parto e reanimação neonatal;
Práticas consideradas benéficas durante o trabalho de parto, parto e puerpério	<ul style="list-style-type: none"> - O acompanhante deve ser de livre escolha da mulher ^{9, 11}; - Deve haver condições favoráveis para utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto ¹²⁻¹³; - Realização do contato pele a pele na primeira hora de vida se mãe e recém-nascido em boas condições ²⁷; - Amamentação sob livre demanda desde a primeira hora de vida ²⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> - Presença do acompanhante - Orientações ao acompanhante e a mulher - Material de assistência ao trabalho de parto - Contato pele a pele - Avaliação da amamentação
Prevenção de morte materna e neonatal	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade de medidas de prevenção de hemorragia pós-parto (HPP) ²⁸; - Disponibilidade de material e equipe necessários para a reanimação neonatal ^{18-19, 27}; - Identificação do recém-nascido de risco e da puérpera de risco ²⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade e administração da ocitocina profilática; - Sangramento pós-parto - Necessidade de monitorização da mãe e do bebê - Material essencial para a reanimação neonatal - Sinais vitais - Orientações ao acompanhante e a mulher
Organização da rede de apoio ao CPN	<ul style="list-style-type: none"> - Continuidade do cuidado ¹²⁻¹³ - Possuir um hospital de retaguarda para continuidade da assistência em caso de remoção ^{12,-13} 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de remoção ao hospital de retaguarda; - Vinculação da puérpera e recém-nascido na Unidade Básica de Saúde.
Promoção da segurança dos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de todos os pacientes na admissão ³⁰ - Checagem das medicações e cuidados administrados ³⁰; - Instituição do Partograma (Documento essencial para o acompanhamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos pacientes - Medicação prescrita checada e documentação para Alta completa - Preenchimento do partograma

	do trabalho de parto, pode evitar condutas desnecessárias e iatrogênicas) ³¹ ;	
--	---	--

A primeira versão do instrumento manteve as 4 dimensões (momentos) existentes no modelo da OMS: “Admissão (A)”, “Antes do Parto (AP)”, “Após o parto no espaço de até 1 hora (APO)” e “Antes da alta (AA)”. Os quatro momentos, ou pontos de pausa, foram mantidos uma vez que são momentos mais vulneráveis no contexto de atenção ao parto e nascimento ¹⁹.

No momento “admissão” a adaptação foi em relação a checagem sobre: os critérios de admissão no CPN, remoção ao hospital de referência, pulseira de identificação, realização de testes rápidos de sífilis e HIV e material para a assistência ao trabalho de parto ¹¹⁻¹³.

Da lista original da OMS, para este momento, permaneceram a sinalização para a presença do acompanhante, a abertura do partograma e orientações de chamar a equipe no caso de intercorrências ¹⁸⁻¹⁹. Porém, com modificações na escrita para melhor entendimento. A sinalização para uso de antibióticos, medicamentos hipotensores foi retirada devido ao contexto de baixo risco atendido ¹¹⁻¹².

Na dimensão “antes do parto”, a sinalização para uso de antibióticos e medicamentos hipotensores também foi retirada. A conferência do assistente de parto foi mantida, porém com novo texto com referência à equipe completa. A checagem do material de assistência ao parto e ao recém-nascido também foi mantida, mas com mudanças no texto para diferenciação entre material de reanimação neonatal e de assistência ao parto ¹⁸⁻¹⁹. Foram acrescentados itens referentes a necessidade de remoção da parturiente ao hospital de referência ¹¹⁻¹² e um específico sobre a disponibilidade da dose profilática de ocitocina ^{26,28}.

Na dimensão “após o parto”, foram mantidos itens de checagem quanto a observação se o sangramento da mãe está aumentado, sobre a amamentação e o contato pele a pele na primeira hora de vida e orientações quanto a chamar ajuda na presença de sinais de alerta (com modificações no texto para melhor entendimento)^{26,28}. Mais uma vez, foi retirada a sinalização para uso de antibióticos e medicamentos hipotensores na mãe.

Os itens de checagem sobre monitorização do bebê, cuidados especiais e necessidade de transferência foram reformulados¹⁸⁻¹⁹. Um item sobre a monitorização, cuidados especiais e necessidade de transferência da mãe foi adicionado²⁶. O item que remete a administração de antibióticos no recém-nascido também foi retirado e um item sobre a checagem da administração da dose profilática de ocitocina foi adicionado²⁸.

Na dimensão “antes da alta”, os itens sobre permanência do binômio (mãe e bebê) por pelo menos 24 horas de internação, sobre o sangramento da mãe e retorno se sinais de perigo foram mantidos, mas com escrita reformulada para melhor adaptação ao contexto do CPN¹⁸⁻¹⁹.

Nesta dimensão, os itens que remetem a administração de antibióticos no bebê e na mãe também foram retirados. Em relação ao item que fala sobre a pressão arterial materna, este foi substituído por itens que remetem a checagem de todos os sinais vitais da mãe e do bebê. Um item sobre a checagem da amamentação também foi incluído²⁷.

Por fim, um item sobre checagem de medicações de rotina administradas no CPN, um sobre conferência da documentação dos pacientes para a alta³¹ e um sobre a continuidade do acompanhamento na Unidade Básica de Saúde foram adicionados a esta dimensão¹²⁻¹³.

Na etapa 2, houve a participação de 11 juízes, especialistas em obstetrícia e atuantes em CPN. Todos os Juízes são do sexo feminino. Dos quais 82% (9) são de CPNs da região Centro Oeste do país e 18% (2) da região Sudeste, 82% (9) pertencem a instituições públicas e 18% (2) a instituições privadas. No tocante à formação acadêmica, todos são enfermeiros obstetras, com tempo médio de atuação profissional de 13,6 anos (DP: ± 8,9).

A Tabela 1 descreve os itens, os valores do IVC de cada item conforme o julgamento dos participantes. Nesta fase, o IVC geral do instrumento foi de 0,94 e o valor do IRA, por dimensão, foi 0,9 para a dimensão “A” e 1 para as demais dimensões.

Nota-se que a maioria (97%) dos itens obtiveram IVC acima de 0,80. Apenas o item “A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?” do momento “Admissão” obteve IVC de 0,6. Neste caso, os juízes questionaram o fato de que se a paciente já se enquadra nos critérios de admissão do CPN,

checado pelo item anterior, ela não precisaria de remoção e a checagem se tornaria redundante. Então, optou-se pela exclusão do item e permanência do item anterior.

Tabela 1 - Concordância dos juízes em relação ao conteúdo dos itens, a partir da aplicação do teste de IVC - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Item	Dimensão	IVC
A1	A mãe se enquadra nos critérios de admissão do centro de parto normal?	1
A2	A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?	0,6
A3	A mãe recebeu a pulseira de identificação?	1
A4	Os testes rápidos para sífilis e HIV foram realizados?	1
A5	O partograma foi iniciado?	0,8
A6	A mãe possui acompanhante?	0,9
A7	A mãe e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?	1
A8	O material necessário para a assistência ao trabalho de parto está disponível e checado?	0,9
AP1	O material para a assistência ao parto está disponível e checado?	0,9
AP2	O material para reanimação neonatal está disponível e checado?	1
AP3	A equipe está completa?	1
AP4	A ocitocina profilática está disponível (10ui IM)?	1
AP5	A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?	0,9
APO1	A ocitocina profilática foi administrada na mãe (10 UI IM)?	1
APO2	O sangramento da mãe está aumentado?	1
APO3	A mãe precisa de cuidados especiais (medicações/monitorização)?	1
APO4	O bebê precisa de cuidados especiais (reanimação/monitorização)?	1
APO5	A mãe precisa ser removida ao hospital de referência?	0,9
APO6	O bebê precisa ser removido ao hospital de referência?	0,9
APO7	O contato pele a pele da mãe com o bebê foi iniciado (se mãe e bebê estiverem bem)?	0,9
APO8	A amamentação foi iniciada ainda na primeira hora de vida do bebê (se mãe e bebê estiverem bem)?	0,9
APO9	A mãe e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?	0,9
AA1	A mãe e o bebê permaneceram na unidade por pelo menos 24 horas?	0,8
AA2	O sangramento da mãe está normal?	1
AA3	Os sinais vitais da mãe estão normais?	1
AA4	Os sinais vitais do bebê estão normais?	1
AA5	O bebê e a mãe apresentam dificuldade com a amamentação?	1
AA6	As medicações administradas durante a internação foram checadas?	1

AA7	A documentação para alta está completa (documentos de rotina da unidade)?	1
AA8	A mãe e o acompanhante foram orientados a retornar à unidade ou procurar um serviço de saúde próximo a sua residência na presença de sinais de alerta e estão cientes de que são estes sinais?	1
AA9	A mãe e o acompanhante foram orientados quanto a importância de procurar a unidade básica de saúde de referência para continuidade do acompanhamento?	0.9

Fonte: O autor (2022)

As outras sugestões de mudança dos juízes foram analisadas e confrontadas com a bibliografia aqui levantada, as que foram consideradas relevantes para o instrumento foram acatas devido a pertinência para a checagem.

Todas as sugestões de mudança de *layout* do instrumento foram acatadas, mesmo não se tratando, ainda, da fase de validação aparente. Também foram sugeridas mudanças na disposição dos itens, que foram analisadas e consideradas. Dessa forma, um instrumento com 31 itens foi reformulado e enviado novamente aos avaliadores para a fase de validação aparente.

Na fase de validação aparente, dos 11 juízes, apenas 9 responderam a avaliação dentro do prazo. Os IVCs por quesito de avaliação estão descritos na Tabela 2. O IVC geral do instrumento nesta fase foi de 0,99, uma concordância de 99% entre os juízes. O valor do IRA foi 1 para todos os quesitos de avaliação. As sugestões desta etapa foram mínimas e se referem ao espaçamento entre os itens que, após analisadas, foram acatadas e uma Lista final com 31 itens de checagem foi desenvolvida (Quadro 2).

Tabela 2- Concordância dos juízes em relação a aparência do instrumento, a partir da aplicação do teste de IVC - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Critérios	Item	IVC
Clareza do instrumento	A escrita está clara	1
	O vocabulário está apropriado	1
	Os itens estão adequados à proposta da Lista de Verificação	1
	O conteúdo está compreensível	1
Organização	A Lista de verificação está bem estruturada	1
	A sequência dos itens está adequada ao contexto do CPN	1
	Os espaços para preenchimento estão adequados	1
	As dimensões estão organizadas conforme as etapas de permanência da mulher e do bebê no CPN	1

Relevância	Aborda critérios necessários para a promoção de uma assistência segura no CPN	1
	Adequado para ser utilizado pelos profissionais que atuam em CPN	1
Aparência	A aparência contribui para fácil compreensão do instrumento	1
	A forma da distribuição dos itens, a fonte e os espaços estão adequados	0,9

Fonte: O autor (2022).

Quadro 2: Itens da versão final da Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Admissão
A parturiente se enquadra nos critérios de admissão do centro de parto normal?
A parturiente recebeu a pulseira de identificação?
Os testes rápidos para sífilis e HIV foram realizados?
O partograma foi iniciado?
A parturiente possui acompanhante?
A parturiente e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?
O material para a assistência ao trabalho de parto está disponível e checado?
Antes do Parto
O material para reanimação neonatal está disponível e checado?
O material para a assistência ao parto está disponível e checado?
A equipe está completa?
A ocitocina profilática está disponível (10ui im)?
A parturiente precisa ser removida ao hospital de referência?
Após o Parto (até uma hora)
A ocitocina profilática foi administrada na puérpera (10 ui im)?
A pulseira de identificação foi colocada na puérpera e no bebê?
O contato pele a pele da puérpera com o bebê foi iniciado (se mãe e bebê estiverem bem)?
A amamentação foi iniciada ainda na primeira hora de vida do bebê (se mãe e bebê estiverem bem)?
O sangramento da puérpera está aumentado?
A puérpera precisa de cuidados especiais (medicações/monitorização)?
O bebê precisa de cuidados especiais (reanimação/monitorização)?
A puérpera precisa ser removida ao hospital de referência?
O bebê precisa ser removido ao hospital de referência?
A puérpera e o acompanhante foram orientados a chamar ajuda da equipe na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?
Antes da Alta
A puérpera e o bebê permaneceram na unidade por no mínimo o número de horas previsto no protocolo da unidade?
O sangramento da puérpera está normal?
Os sinais vitais da puérpera estão normais?
Os sinais vitais do bebê estão normais?
O bebê e a puérpera apresentam dificuldade com a amamentação?
As medicações administradas durante a internação foram checadas?
A documentação para alta está completa (documentos de rotina da unidade)?

A mãe e o acompanhante foram orientados a retornar à unidade ou procurar um serviço de saúde próximo a sua residência na presença de sinais de alerta e estão cientes de quais são estes sinais?

A mãe e o acompanhante foram orientados quanto a importância de procurar a unidade básica de saúde de referência para continuidade do acompanhamento?

Para o cálculo das médias dos scores das etapas de validação optou-se por converter os escores dados pelos juízes em notas que variaram de 0 a 100. De posse dos valores absolutos de cada item, as médias das notas foram obtidas. Foi calculado também o desvio padrão e as notas mínimas e máximas alcançadas. A tabela 3 apresenta esses valores ¹⁷.

Tabela 3- Média das notas das etapas de validação de conteúdo e aparente da Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN - Brasília, DF, Brasil, 2022.

Etapas de validação	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Conteúdo				
Admissão	93,74	7,75	77,27	100
Antes do parto	95,45	3,59	90,90	100
Depois do parto	98,29	2,01	95,45	100
Após o parto	98,57	4,01	88,63	100
Aparente				
Clareza	98,61	1,60	97,22	100
Organização	98,61	1,60	97,22	100
Relevância	97,22	0	97,22	100
Aparência	97,22	3,9	94,44	100

Fonte: O autor (2022)

DISCUSSÃO

A partir da bibliografia levantada, foi possível a criação de uma matriz com seis eixos para embasar o conteúdo dos itens que necessitaram de adaptação e/ou reformulação e que são essenciais para checagem da segurança no parto em CPN.

Referente ao descarte do item na etapa 2, itens que não atingirem uma concordância de aplicação aos fatores (cerca de 80%) mostram problemas e, portanto, há a necessidade descartá-los do instrumento-piloto ³².

O número de juízes que participaram das etapas de validação, condiz com as recomendações propostas por Pasquali (1998), em que é necessário

um número mínimo de seis especialistas, com nível universitário e experiência relevante sobre a temática, para a validação de um instrumento³².

Constatou-se que o instrumento possui validade de conteúdo e aparente. O IVC geral do instrumento, nas duas fases de validação, ficou acima de 0,9 e a Lista foi considerada como tendo conteúdo válido porque contemplou os índices preconizados pelo referencial adotado neste estudo ^{23,32}.

As sugestões dos juízes condizentes com a literatura aqui levantada foram acatas mesmo com IRA acima de 0,9 nas duas etapas de validação. A utilização do IRA é importante porque determina a extensão em que os peritos são confiáveis em suas avaliações ²⁴.

Com relação às médias dos escores das etapas de validação, nota-se que todos eles ficaram com média acima de 90 na escala que variou de 0 a 100, o que significa que, os juízes concordam que os itens devem estar presentes na Lista de Verificação e que, o documento é aparentemente claro, relevante e organizado.

Discutindo-se a necessidade que as Listas de Verificação possuem para a promoção do parto seguro no CPN, por se tratar de estudo inédito no Brasil, e pelo fato desse instrumento ter sido adaptado e validado a partir da Lista de Verificação da OMS, não foi possível realizar uma discussão com literaturas nacionais.

Por esse motivo, no *RIGHT-Ad@pt checklist*, no tópico *Evidence synthesis* (itens 20 e 21), que se referem a checagem sobre o embasamento dos itens em evidências já existentes ou novas, da sessão *Rigor of development*, a checagem foi “não” ²⁰.

Sobre os demais itens de checagem do *checklist*, na sessão *External review and quality assurance*, no tópico *External review* (item 28), que confere se a diretriz adaptada foi submetida a uma revisão externa independente, a resposta também foi “não”. Na mesma sessão, no tópico *Organizational approval* (item 29), a checagem também foi com negação uma vez que a Lista adaptada ainda não passou por nenhum processo de aprovação de órgãos de saúde ou CPNs Na sessão *Funding, declaration, and management of interest*, tópicos *Funding source(s) and funder role(s)* e *Declaration and management of interests* (itens 30 e 31) foram checados como “Unclear” pois não há

financiamento por trás da pesquisa, portanto sem conflitos de interesse. Os demais itens foram checados com “sim” em todas as sessões ²⁰.

Assim, existem limitações neste estudo que despertam reflexões para novas pesquisas. A investigação foi realizada apenas com as etapas de validação de conteúdo e aparente devido à dificuldade de acesso aos juízes e atraso nas respostas o que torna necessária uma validação semântica do instrumento.

Também são necessários estudos que avaliem o tempo de preenchimento e aplicação *in loco* para que possam ser elencadas as possíveis barreiras para a instituição da Lista adaptada na prática diária. Outra limitação se refere a aplicação de testes de confiabilidade, o que, aqui não foi possível, devido à alta homogeneidade e ausência de variabilidade entre as respostas dos juízes.

CONCLUSÃO

A opção de adaptar e validar uma Lista de Verificação para Parto Seguro em CPN, fundamentou-se no fato de que, até o momento, não se tem conhecimento da existência de um instrumento dessa natureza no Brasil. E pelo fato de que, embora a assistência no CPN seja prevista na legislação nacional e ser embasada nas práticas recomendadas pela OMS, o resultado não esperado, adverso, pode ocorrer.

Em virtude dos elevados valores obtidos na média dos escores (>90), IRA (>0,9) e IVC (>0,8), verifica-se que a validação obtida permitiu o desenvolvimento de um instrumento contendo 31 itens relevantes aos construtos teóricos, portanto, passível de ser utilizado como ferramenta para promover a segurança dos pacientes em CPN.

Ressalta-se que esse é somente o início de uma linha de pesquisa que deve englobar também outras medidas para validação semântica e de confiabilidade do instrumento, considerando aspectos regionais, com testes *in loco*, por exemplo, e com avaliação a longo prazo da experiência de aplicação do instrumento. Espera-se resultados favoráveis nas futuras avaliações para que o instrumento possa ser aplicado em Centros de Parto Normal de todo país.

REFERÊNCIAS

1. Rocha FR, Melo MC, Medeiros GA, Pereira EP, Boeckmann LMM, Dutra LMA. Analysis of care to the mother-baby binomial in a center for normal delivery. *Cogitare enferm. Rev.* [internet] 2017 [acesso 2022 Jun 11]; 22(2):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.49228>.
2. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Esc Anna Nery.* [Internet] 2017 [acesso 2022 Jun 13]; 21(1):e20170015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002780017>
3. Lins, HNDS, Paiva LKM. Souza MGD. Lima RMC. Albuquerque NLA. Vivências na assistência à mulher: percepção das doulas. *Rev de Enferm UFPE.* [Internet] 2019 [acesso 2022 Nov 9]; 13(5): 1264-1269. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238358>
4. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saude Soc.* [Internet] 2019 [acesso 2022 Nov 9]; 28 (3):171-184. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819>
5. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996 [acesso 2022 Abr 28]. Disponível em: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
6. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Peireira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública.* [Internet] 2014 [acesso 2022 fev 16]; 30(1):17-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
7. Siqueira Y, Gradim C. Acolhimento na assistência em centros de parto: revisão integrativa. *Rev de Enferm UFPE.* [Internet] 2017 [acesso 2022 Nov 9]; 11(3): 1513-1519. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13996>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 de jun. 2000. Brasília.* [Internet] 2000 [acesso 2020 Abr 28] Seção 1, p. 4,5,6. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
9. Brasil. Presidência da República. Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União. Brasília.* [Internet] 2005 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
10. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Brasília* [Internet] 2007 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm

11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília. [Internet] 2011 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html#:~:text=1%C2%B0%20A%20Rede%20Cegonha,crescimento%20e%20ao%20desenvolvimento%20saud%C3%A1veis%2C
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 985, de 5 de agosto de 1999. Implementa e regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal em âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília. [Internet] 199 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: <https://cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20985,%20de%2005ago99.pdf>
13. Brasil. Portaria Nº 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente parto e nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília. [Internet] 2015 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
14. Winck DR, Brüggemann OM. A responsabilidade legal do enfermeiro. Rev Bras Enferm. [Internet] 2010 [acesso 2022 Ago 13]; 63(3):464-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300019>
15. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Funghetto SS. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto? Rev Enferm UFPE. [internet] 2011 [acesso 2022 Mar 22]; 5(1):67-74. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.1207-10484-1-LE.0501201109>
16. Matão MEL, Miranda DB, Costa BP, Borges TP. A visão médica do parto domiciliar: factível ou utópico? Rev enferm Cent-Oeste Min. [internet] 2016 [acesso 2022 Mar 22]; 6(2):2147-55). Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.983>
17. Boeckmann LMM, Rodrigues MCS. Adaptation and validation of a surgical safety checklist in the cesarean delivery. Texto Contexto Enferm. [internet] 2018 [acesso 2022 Mar 22]; 27(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002780017>
18. World Health Organization (WHO). Safe Childbirth Checklist. Geneva: 2015. [Internet] [acesso 2022 Abr 20]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist/en/>
19. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Geneva: 2017 [Internet]. [acesso 2022 Abr 20]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
20. Song Y, Alonso-Coello P, Ballesteros M, et al. A Reporting Tool for Adapted Guidelines in Health Care: The RIGHT-Ad@pt Checklist[J]. Annals of Internal Medicine. [internet] 2022 [acesso 2022 Nov 22]; 175(5):710-719. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M21-4352>

21. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*. [internet] 2014 [acesso 2022 Mai 15]; 22(44):203-20. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>
22. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2015 [acesso 2022 Sep 01]; 49(6):889-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>
23. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso 2022 Jun 22];16(7):3061-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n7/06.pdf>
24. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res*. [Internet] 2003 [acesso 2022 Jun 22]; 27(2):94-105. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Susan-Tebb-2/publication/265086559_Objectifyng_content_validity_Conducting_a_content_v alidity_study_in_social_work_research/links/558d3ab008ae591c19da8b51/Objec tifyng-content-validity-Conducting-a-content-validity-study-in-social-work-research.pdf
25. Honório RPP, Caetano JA, Almeida PC. Validação de procedimentos operacionais padrão no cuidado de enfermagem de pacientes com cateter totalmente implantado. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2011 [acesso 2022 Jun 30]; 64(5): 882-9. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/reben/a/RrGdRLhQBqKZPVYLvxwYG8C/?format=pdf&lan g=pt](https://www.scielo.br/j/reben/a/RrGdRLhQBqKZPVYLvxwYG8C/?format=pdf&lang=pt)
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília. [Internet] 2017 [acesso 2022 Aug 20]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_p arto_normal.pdf
27. Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. [Internet] 2022 [acesso 2022 Set 10]. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>
28. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília. [Internet] 2018 [acesso 2022 Ago 18]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34880/9788579671258-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. [Internet] 2014 [acesso 2022 Ago 10]. Disponível em:

- https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
30. Brasil. Ministério da saúde. Agência nacional de vigilância sanitária. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília. Brasília. [Internet] 2013 [acesso 2022 Ago 10]. Disponível em: https://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília. [Internet] 2001 [acesso 2022 Nov 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
 32. Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin. 1998;25(5):206-13.