



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

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS**

**RENATA GONÇALVES PAULINO**

**BRASÍLIA – DF**

**2019**

RENATA GONÇALVES PAULINO

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS**

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

**Área de concentração:** Cuidado, Gestão e Tecnologias em saúde e enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Gestão de Sistemas e de Serviços em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá

BRASÍLIA – DF

2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

PR394v Paulino, Renata Gonçalves  
VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA A VALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS / Renata Gonçalves  
Paulino; orientador Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá.  
- Brasília, 2019.  
149 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --  
Universidade de Brasília, 2019.

1. Qualidade da Assistência em Saúde. 2. Segurança do Paciente.  
3. Serviços Obstétricos. 4. Estudos de Validação.  
I. Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito, orient. II. Título.

RENATA GONÇALVES PAULINO

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS**

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

Aprovado em: 13/09/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá  
Universidade de Brasília  
Presidente da Banca

---

Profª Drª Maria Cristina Soares Rodrigues  
Universidade de Brasília  
Membro Efetivo Interno

---

Profª Drª Rejane Antonello Griboski  
Universidade de Brasília  
Membro Efetivo Externo

---

Profª Drª Fernanda Letícia Frates Cauduro  
Universidade de Brasília  
Suplente

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, arquiteto soberano da vida, que colocou as pessoas certas para me estimular, auxiliar, conduzir e orientar para o cumprimento do Seu propósito eterno.

Ao Ibsen Perucci, por ter me tirado da inércia e me inspirado a percorrer o caminho acadêmico pelo qual sempre tive afinidade, mas nunca disposição. Ao João Henrique, por não permitir que eu me contentasse com menos do que pleitear uma vaga na Universidade de Brasília; por ter me incentivado a tentar e por estar presente quando do resultado da seleção foi divulgado.

Às minhas amigas e colegas de Mestrado, em especial, a Helga Xavier, Marcela Vilarim e Jaquelyne Bernard, por serem excelentes profissionais que inspiraram discussões bastante produtivas e enriquecedoras durante as aulas, e por terem deixado essa jornada mais leve, divertida e menos solitária.

Aos meus pais, meus amigos Lígia Cruz, Raíra Castilho, Ricardo Minussi e Erik Eskenazi, que ouviram meus inúmeros desabafos e surtos.

Aos meus colegas de trabalho da Diretoria de Enfermagem, por compreenderem este importante momento, terem tido paciência e disposição para cobrir minha ausência.

Aos especialistas e à equipe de enfermagem que, mesmo em meio a inúmeras atividades e demandas de suas profissões, encontraram disponibilidade e decisão para participar, de forma tão enriquecedora, da validação de conteúdo e análise semântica do instrumento deste trabalho.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá, pela sua visão ambiciosa, inteligência, energia e disposição quase infinitas que me guiaram para produção deste trabalho. Obrigada pela acessibilidade, paciência diante às minhas falhas, e companhia durante as viagens para os congressos e eventos acadêmicos. Este trabalho superou minhas expectativas iniciais e me encontro bastante realizada pelo que produzi.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro, Processo nº 427443/2018-0.

PAULINO, Renata Gonçalves. **Validação de instrumento para avaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos**. 2019. 149p. Dissertação (Mestrado). Brasília: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A promoção da qualidade na atenção materna e neonatal possui peculiaridades intrínsecas ao processo reprodutivo que podem aumentar significativamente o potencial de intercorrências, incidentes e eventos adversos. Apesar da disponibilidade de serviços obstétricos de referência, a alta demanda, aliada à falta de recursos financeiros e de profissionais da saúde capacitados, eleva o risco de sobrecarga dos serviços de assistência à saúde. Diante disso, os profissionais se veem incapazes de fornecer todos os cuidados necessários a seus pacientes, sendo forçados a atrasar ou omitir alguns cuidados. Contudo, existem lacunas científicas sobre instrumentos validados que permitem a avaliação da assistência de enfermagem nesse contexto de assistência no Brasil. **Objetivo Geral:** Construir e validar um instrumento para autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. **Objetivos Específicos:** Descrever o processo de elaboração do instrumento de autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos; validar o instrumento quanto ao conteúdo; realizar a análise semântica (pré-teste) do instrumento. **Método:** Estudo metodológico, quantitativo, com delineamento transversal. A construção do instrumento envolveu as seguintes etapas: 1) fundamentação teórica baseada na literatura referente às seguintes temáticas: desenvolvimento da obstetrícia, assistência de enfermagem em obstetrícia, políticas nacionais e internacionais para saúde da mulher, qualidade e segurança do paciente; 2) seleção e elaboração de 31 itens distribuídos em 3 domínios; 3) validação do conteúdo, via web, por um painel de 7 especialistas nas áreas de Obstetrícia e Segurança do Paciente; 4) Avaliação semântica do instrumento validado junto à população-alvo; 5) Aplicação de teste-piloto. A coleta de dados foi realizada após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CAAE: 96647718.9.0000.0030, Parecer nº 2.975.4470) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde (CAAE: 96647718.9.3002.5553, Parecer nº 3.055.7560). **Resultados:** Elaborou-se instrumento com 31 itens e, após avaliação dos especialistas, aqueles que apresentaram Coeficiente de Validade de Conteúdo inferior a 0,8 foram modificados. Ao final de duas rodadas de avaliação, o instrumento foi reduzido para 29 itens, demonstrando bons resultados no processo de validação de conteúdo. A análise semântica foi efetuada com base nas dúvidas e comentários dos profissionais de enfermagem que preencheram o instrumento. Foram removidas 5 questões que eram atribuições específicas a um setor, bem como foram alteradas as redações de questões que geraram dúvidas. Ao final dessa avaliação, o instrumento ficou constituído por 23 questões. **Conclusão:** foi elaborado e validado o instrumento intitulado “Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos”. Entretanto, para uso nos serviços de saúde, são necessárias a avaliação do instrumento por uma amostra representativa da população-alvo e a análise de validade externa. Esse instrumento pode contribuir para a construção de estratégias assertivas para melhoria da qualidade e segurança do cuidado de enfermagem em serviços obstétricos no país.

**Palavras-chave:** Estudos de Validação; Segurança do Paciente; Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia.

PAULINO, Renata Gonçalves. **Instrument validation for nursing care evaluation in obstetric services.** 2019. 149p. Thesis (Master's degree). Brasilia: Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia; 2019.

### ABSTRACT

**Introduction:** The promotion of quality in maternal and neonatal care has intrinsic peculiarities to the reproductive process that can significantly increase the potential for complications, incidents and adverse events. Despite the availability of obstetric referral services, the high demand, coupled with the lack of financial resources and trained health professionals, increases the risk of overloading health care services. Given this, professionals are unable to provide all necessary care to their patients, being forced to delay or omit some care. However, there are scientific gaps about validated instruments that allow the assessment of nursing care in this context of care in Brazil. **General Objective:** To build and validate an instrument for self-assessing the quality of nursing care in obstetric services. **Specific Objectives:** To describe the process of elaborating an instrument of self-assessment quality of nursing care in obstetric services; content validity of the instrument; perform a semantic analysis (pretest) of the instrument. **Method:** Methodological, quantitative study with cross-sectional design. The construction of the instrument involved the following steps: 1) theoretical foundation based on the literature on the following themes: midwifery development, midwifery nursing care, national and international policies for women's health, patient safety and quality of care; 2) assortment and elaboration of 31 items distributed in 3 domains; 3) web content validation by a panel of 7 specialists in the areas of Obstetrics and Patient Safety; 4) Semantic evaluation of the instrument validated with the target population; 5) Pilot test application. Data collection was performed after approval by the Research Ethics Committees of the Faculty of Health Sciences of the University of Brasilia (CAAE: 96647718.9.0000.0030) and the Health Education and Research Foundation (CAAE: 96647718.9.3002,5553). **Results:** An instrument with 31 items was elaborated and, after expert evaluation, those with Content Validity Coefficient less than 0.8 were modified. At the end of two rounds of evaluation, the instrument was reduced to 29 items, demonstrating good results in the content validation process. The semantic analysis was performed based on the doubts and comments of the nursing professionals who completed the instrument. Removed 5 questions that were sector specific assignments, and changed the wording of questions that generated questions. At the end of this evaluation, the instrument consisted of 23 questions. **Conclusion:** the instrument entitled "Nursing Care Self-Assessment Scale in Obstetric Services" was elaborated and validated. However, for use in health services, it is necessary to evaluate the instrument by a representative sample of the target population and the external validity analysis. This instrument can contribute to the construction of assertive strategies to improve the quality and safety of nursing care in obstetric services in the country.

**Keywords:** Validation Studies; Patient Safety; Obstetrics and Gynecology Department, Hospital.

PAULINO, Renata Gonçalves. **Validación de instrumentos para la evaluación de cuidados de enfermería en servicios obstétricos.** 2019. 149p. Disertación (Máster). Brasilia: Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia; 2019.

## RESUMEN

**Introducción:** la promoción de la calidad en la atención materna y neonatal tiene peculiaridades intrínsecas al proceso reproductivo que pueden aumentar significativamente el potencial de complicaciones, incidentes y eventos adversos. A pesar de la disponibilidad de servicios de derivación obstétrica, la alta demanda, junto con la falta de recursos financieros y profesionales de la salud capacitados, aumenta el riesgo de sobrecargar los servicios de atención médica. Ante esto, los profesionales no pueden proporcionar toda la atención necesaria a sus pacientes, y se ven obligados a retrasar u omitir alguna atención. Sin embargo, existen lagunas científicas sobre los instrumentos validados que permiten evaluar la atención de enfermería en este contexto de atención en Brasil. **Objetivo general:** construir y validar un instrumento para autoevaluar la calidad de la atención de enfermería en los servicios obstétricos. **Objetivos específicos:** Describir el proceso de elaboración del instrumento de autoevaluación de la calidad de la atención de enfermería en los servicios obstétricos; validar el instrumento para el contenido; Realizar el análisis semántico (pretest) del instrumento. **Método:** Estudio metodológico cuantitativo con diseño transversal. La construcción del instrumento incluyó los siguientes pasos: 1) fundamento teórico basado en la literatura sobre los siguientes temas: desarrollo de partería, atención de enfermería de partería, políticas nacionales e internacionales para la salud de las mujeres, la calidad y la seguridad del paciente; 2) selección y elaboración de 31 ítems distribuidos en 3 dominios; 3) validación de contenido web por un panel de 7 especialistas en las áreas de Obstetricia y Seguridad del Paciente; 4) Evaluación semántica del instrumento validado con la población objetivo; 5) Aplicación de prueba piloto. La recopilación de datos se realizó después de la aprobación de los Comités de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Brasilia (CAAE: 96647718.9.0000.0030, Parecer n. 2.975.4470) y la Fundación de Educación e Investigación en Salud (CAAE: 96647718.9.3002,5553, Parecer n. 3,055,760). **Resultados:** se elaboró un instrumento con 31 ítems y, después de la evaluación experta, se modificaron aquellos con un coeficiente de validez de contenido inferior a 0,8. Al final de dos rondas de evaluación, el instrumento se redujo a 29 ítems, lo que demuestra buenos resultados en el proceso de validación de contenido. El análisis semántico se realizó con base en las dudas y comentarios de los profesionales de enfermería que completaron el instrumento. Se eliminaron 5 preguntas que eran tareas específicas del sector y se cambió la redacción de las preguntas que generaron preguntas. Al final de esta evaluación, el instrumento constaba de 23 preguntas. **Conclusión:** se elaboró y validó el instrumento titulado “Escala de autoevaluación de atención de enfermería en servicios obstétricos”. Sin embargo, para su uso en los servicios de salud, es necesario evaluar el instrumento mediante una muestra representativa de la población objetivo y el análisis de validez externo. Este instrumento puede contribuir a la construcción de estrategias asertivas para mejorar la calidad y la seguridad de la atención de enfermería en los servicios obstétricos en el país.

**Palabras clave:** Estudios de Validación; Seguridad del Paciente; Servicio de Ginecología y Obstetricia en Hospital.



## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	14
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 OBJETIVO</b> .....	23
2.1 OBJETIVO GERAL .....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	24
3.1 DESENVOLVIMENTO DA OBSTETRÍCIA E SUAS DIRETRIZES .....	24
3.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS.....	31
3.3 A PROBLEMÁTICA DA MORBIMORTALIDADE MATERNA.....	35
<b>4 MÉTODO</b> .....	40
4.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO .....	40
4.2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS .....	43
<b>4.2.1 Painel de Especialistas</b> .....	46
<b>4.2.2 Avaliação semântica/pré-teste dos itens</b> .....	48
<b>4.2.3 Teste-Piloto</b> .....	50
4.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
Figura 3 - algoritmo de cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) .....	51
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
<b>5 RESULTADOS</b> .....	54
5.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO .....	54
5.2 ANÁLISE SEMÂNTICA (PRÉ-TESTE) DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS .....	60
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	72
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	86
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	87
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
<b>APÊNDICES</b> .....	106
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ORIGINAL.....	106
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS ESPECIALISTAS .....	109
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	110
APÊNDICE D: QUESTIONÁRIO DOS JUÍZES PARA PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	111
APÊNDICE E: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – APÓS PRIMEIRA RODADA COM OS JUÍZES.....	125
APÊNDICE F: INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS – APLICADO NO PRÉ-TESTE.....	129
APÊNDICE G: INSTRUMENTO FINAL.....	133

ANEXOS .....	135
ANEXO A: PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP FS/UNB.....	135
ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO FEPECS.....	145

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fatores de risco relacionados ao <i>continuum</i> da saúde materna.....	36
Figura 2 - Processo de construção e validação semântica do instrumento.....	42
Figura 3 - Algoritmo de cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC).....	51
Figura 4 - Comparativo entre a avaliação do perfil profissiográfico original e final. Brasília (DF), 2019.....	63
Figura 5 - Comparativo entre os itens de autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. Brasília (DF), 2019.....	66

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores contribuintes relacionados à estrutura e ao processo na área obstétrica ...	32
Quadro 2 - Critérios para elaboração de itens .....	44
Quadro 3 - Domínios teóricos e respectivos itens do Instrumento de avaliação dos cuidados obstétricos relacionados à assistência de enfermagem. Brasília (DF), 2019 .....	45
Quadro 4 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019 .....	56
Quadro 5 - Questões excluídas e suas respectivas justificativas. Brasília (DF), 2019. ....	64
Quadro 6 - Domínios teóricos e respectivos itens do Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos após o pré-teste. Brasília (DF), 2019.....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019 .....	55
Tabela 2 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos domínios dos itens do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019.....	55
Tabela 3 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) da escala como um todo por juiz do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019.....	56
Tabela 4 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019 .....	58
Tabela 5 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos domínios dos itens da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019 .....	59
Tabela 6 - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) da escala como um todo por juiz da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019 .....	59
Tabela 7 - perfil profissiográfico dos participantes do pré-teste do Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos. Brasília (DF), 2019.....	61
Tabela 8 - Alpha de Cronbach e análise descritiva dos domínios relacionados à autoavaliação da assistência de enfermagem obstétrica. Brasília (DF), 2019 .....	64
Tabela 9 - Perfil profissiográfico dos participantes do teste-piloto, do Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos, no Hospital A. Brasília (DF), 2019.....	69
Tabela 10 - Índice de Positividade (IP) dos domínios da escala após teste-piloto, no Hospital A. Brasília (DF), 2019 .....	70

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ApiceOn – Aprimoramento e Inovação No Cuidado e Ensino Em Obstetrícia e Neonatologia

AWHONN – *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*

CID – 10 – 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças

CNSDM - Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher

CPN - Centro de Parto Normal

CVC – Coeficiente de Validade de Conteúdo

EUA – Estados Unidos da América

HPP – Hemorragia Pós-Parto

IOM – *Institute of Medicine*

ICPS – *International Classification for Patient Safety*

IBSP – Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente

NOTIVISA – Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PNAISM – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PPP – Pré-Parto, Parto e Puerpério

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

WHO – *World Health Organization*

## APRESENTAÇÃO

Minha jornada em relação à prestação de cuidados de enfermagem teve início em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto e passou por outros setores como Pronto Atendimento, Clínica Ortopédica e Núcleo de Controle de Infecções Hospitalares. Contudo, nenhum setor foi tão desafiador quanto o Alojamento Conjunto.

Ainda que seja comumente entendido como um local de “vida”, por atender usuários que não estão clinicamente doentes e por assistirem a mulher e o recém-nascido durante as primeiras 48 horas do puerpério, o Alojamento Conjunto, pelos mesmos motivos citados, requer um atendimento que não provoque dano.

Entretanto, fazia parte da realidade do serviço obstétrico em que eu trabalhava, uma elevada taxa de rotatividade entre admissões (provenientes do Centro Obstétrico do hospital e também de outra regional) e altas diárias, presença de pacientes com maiores níveis de complexidade, como gestantes de alto risco e recém-nascidos em tratamento de sífilis congênita e outras agravos de saúde; acúmulo de atribuições e sobrecarga de trabalho quando do desfalque na composição da equipe. Tal cenário de assistência gerou uma inquietação quanto à qualidade da assistência prestada às puérperas e recém-nascidos.

Inicialmente, o intuito era avaliar a omissão de cuidados nesse cenário de atuação. Logo, diante das inúmeras possibilidades, e por entender que o profissional de saúde seria capaz de avaliar o cuidado que ele mesmo desenvolve, optou-se por desenvolver um instrumento de autoavaliação que contemplasse, além do alojamento conjunto, o centro obstétrico, pois a assistência, durante o pré-parto, parto e pós-parto, deve ser continuado quando se deseja resultado positivo no processo de nascimento.

O desenvolvimento desta dissertação permitiu compreender que o desafio de prestar cuidados perinatais de qualidade não se restringia, apenas, à minha realidade. Além de ter me possibilitado desenvolver um instrumento inédito no país, pude perceber que, após terem entrado em contato com o instrumento de autoavaliação, os profissionais participantes se tornaram mais reflexivos quanto às suas responsabilidades, competências e atribuições. Isto demonstra que o simples fato de avaliar possui potencial de sensibilização e melhoria da assistência de enfermagem prestada.

## 1 INTRODUÇÃO

A qualidade é um conceito multidimensional, amplamente discutido na literatura. Avedis Donabedian (1981) definiu que a qualidade perpassa três dimensões nos serviços de saúde: a estrutura, os processos e os resultados. A estrutura refere-se aos recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica; os processos relacionam-se às práticas envolvendo os profissionais e sua conformidade com padrões determinados; e o resultado corresponde ao produto final da assistência prestada, considerando a saúde, a satisfação de padrões e as expectativas dos usuários. Sozinhas essas dimensões não garantem a qualidade do cuidado, porém uma estrutura adequada pode contribuir para um bom processo de trabalho que, por sua vez, contribuirá para o alcance de bons resultados.

O relatório *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century* do *Institute of Medicine* (IOM) dos EUA foi um marco para a reformulação do sistema de saúde norte-americano, que demonstrou que o alcance da qualidade envolve seis dimensões: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (IOM, 2001).

A Segurança do Paciente é uma dimensão da qualidade que se constrói e se renova juntamente ao desenvolvimento da assistência à saúde. A importância da organização do cuidado e a preocupação com os padrões de qualidade em saúde se assenta desde Hipócrates (460 a 370 a.C.) e seu postulado *Primum non nocere* — primeiro não cause o dano —, passando por Florence Nightingale, Ignaz Semmelweiss e a higiene de mãos, Ernest Codman, Avedis Donabedian, dentre outros (REIS, 2014).

Com o avanço dos conhecimentos científicos e tecnológicos, houve mudança na forma de prestação de cuidados: de simples e menos efetivo, para mais complexo, efetivo e potencialmente perigoso. Essa transição gerou uma necessidade de melhoria na qualidade da assistência prestada. No entanto, o tema somente ganhou destaque e relevância mundial em 1999 com a publicação do relatório *To Err is Human* do *Institute of Medicine* (IOM), alertando que cerca de 100 mil pessoas morriam nos Estados Unidos da América (EUA) em decorrência de danos causados durante a assistência à saúde (ANVISA, 2017; IOM, 2000; REIS, 2014).

Frente a isto, a preocupação com a qualidade e segurança do paciente tornou-se uma prioridade, mobilizando propostas conjuntas de órgãos internacionais, nacionais, locais, de profissionais de saúde e pacientes para redução e controle dos riscos advindos dos serviços de saúde (CARLESI et al., 2017).



Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o *Patient Safety Program*, anteriormente chamado de *World Alliance for Patient Safety*, a fim de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente, propor medidas para reduzir os riscos em saúde e mitigar os eventos adversos. A partir desse movimento, foi desenvolvida, em 2009, a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), que definiu segurança do paciente como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, sendo: a) *dano* – comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo; b) *risco* – probabilidade de um incidente ocorrer; c) *incidente* – evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente; d) *circunstância notificável* – incidente com potencial dano ou lesão; e) *evento adverso* – incidente que resulta em dano ao paciente; f) *incidente sem dano* – incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano; e g) *near miss* – incidente que não atingiu o paciente (WHO, 2009).

No Brasil, as ações em favor da segurança do paciente estavam diluídas pontualmente por órgãos e serviços responsáveis por transfusões de sangue, pelo controle e prevenção da infecção associada ao cuidado em saúde e pelos serviços de anestesia (BRASIL, 2014a). A auditoria promovida por instituições para avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de saúde também contribuiu para o fortalecimento da segurança do paciente no país — ao avaliar o grau de conformidade com os requisitos técnicos e legais que os serviços de saúde atuam —, bem como requereu que elas revalidassem seu licenciamento com a vigilância sanitária (BRASIL, 2002a).

Em 2001, foi iniciada a Rede Sentinela, com o objetivo de ser observatório ativo do desempenho e segurança de produtos de saúde regularmente usados: medicamentos, kits para exames laboratoriais, órteses, próteses, equipamentos e materiais médico-hospitalares, saneantes, sangue e seus componentes. Essa estratégia obteve fundamentação legal por meio da publicação da RDC Anvisa nº 51/2014, que dispõe sobre a Rede Sentinela para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e a Instrução Normativa da Anvisa IN nº 8/2014, relativa aos critérios para adesão, participação e permanência dos serviços de saúde na Rede Sentinela. A adesão do serviço de saúde à Rede Sentinela é um ato voluntário e não envolve qualquer transferência direta de recursos financeiros (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 1.660 do Ministério da Saúde instituiu, em 2009, o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária (NOTIVISA), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, para o monitoramento, análise e investigação dos eventos adversos e queixas técnicas relacionados aos serviços e produtos sob vigilância sanitária na fase de pós-

comercialização/pós-uso (BRASIL, 2009a). Trata-se de um sistema de informação complexo, que possibilita que tanto os profissionais de serviços de diversos órgãos sanitários e instituições de saúde alimentem o sistema com a notificação e o utilizem como uma ferramenta de identificação de causas. Além disso, esse sistema permite que a ANVISA examine a incidência de eventos adversos nos serviços de saúde do país (OLIVEIRA; XAVIER; SANTOS JUNIOR, 2013).

Considerando-se um marco histórico para a segurança do paciente no Brasil, em abril de 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional (BRASIL, 2013). Logo em seguida, foi publicada a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36/2013 que obrigou a notificação dos eventos adversos que evoluíram para óbito, em até 72 horas, a partir do ocorrido.

Todo esse movimento de melhoria da qualidade e da segurança da assistência também aconteceu em áreas especializadas, com ações específicas a fim de tornar as ações de prevenção de incidentes mais incisivas, nos diferentes cenários de atuação.

Destacam-se, nesse contexto, os serviços obstétricos, que também têm seguido um movimento de evolução quanto aos aspectos de segurança da assistência. A prestação de um cuidado obstétrico seguro e de qualidade se torna especial, uma vez que a principal causa de internação no Brasil é devido a processos da gravidez, parto e puerpério — aproximadamente 3 milhões de nascimentos acontecem por ano. Quase 6 milhões de pacientes estão envolvidos no processo, considerando-se o binômio mãe-filho (BRASIL, 2016a).

No período de junho/2014 a junho/2016, foram registradas, no NOTIVISA (Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária), 63.933 notificações de eventos adversos, dentre as quais 417 (0,6%) evoluíram para ‘óbito’. A maior parte dos óbitos ocorreu em pacientes adultos e idosos que se encontravam internados quando da ocorrência do evento. São Paulo, Paraná e Minas Gerais foram os estados com maior número de notificações. Falhas durante a assistência foram a principal causa dos eventos. Em relação aos 417 registros de óbitos, em apenas 22 (5,3%) casos foi possível encontrar a respectiva investigação registrada no banco de dados do FormSUS (MAIA et al., 2018).

No Maranhão, a análise dos 881 incidentes notificados evidenciou que 47,5% foram relacionados a falhas na assistência à saúde. Quanto aos processos envolvidos durante as falhas na assistência ao paciente, 41% envolveram falhas em procedimentos/tratamentos/intervenções e 3,6% envolveram falha na assistência geral ao paciente; 13% dos incidentes ocorreram com pacientes entre 56-65 anos, 11,9% na faixa etária dos 36-45 anos e 11,8% na faixa etária dos

76-85 anos (MENDES; ARAÚJO JUNIOR, 2018).

Os dados de incidentes relacionados à assistência obstétrica ainda são escassos, refletindo pouca preocupação nesse campo e não correspondendo à realidade, uma vez que alguns estudos estimam que as complicações de saúde durante a gestação e o parto sejam responsáveis por 18% da carga global de doença em mulheres entre 15 e 44 anos de idade no mundo inteiro (REIS, 2012).

O estudo de Lakasing e Spencer (2002), realizado na Inglaterra, demonstrou a ocorrência de problemas na condução de 53% dos partos analisados. Já um estudo de detecção de incidentes, realizado por Traverzim (2015), demonstrou uma incidência de eventos adversos de 38,9% em um serviço obstétrico de São Paulo. A análise estruturada das notificações pode identificar a extensão e a natureza dos problemas do cuidado em obstetrícia e evidenciar possíveis contribuições que possam promover a melhoria da atenção, por meio de medidas preventivas e corretivas (REIS, 2012).

A gravidez e o parto constituem processos complexos e envolvem eventos imprevisíveis, com alto potencial de intercorrências e de incidentes que resultam em dano — eventos adversos (REIS, 2014). Tais situações, além de poderem estar relacionadas à clínica da paciente e ao processo gravídico, podem surgir em decorrência da assistência oferecida, seja em relação à estrutura das salas de parto, assim como em consequência de erros no processo de trabalho (DUPREE et al., 2009; MAGLUTA et al., 2009; REIS 2014).

A morte materna é o evento adverso mais grave que pode ocorrer no processo do parto e puerpério, mas é evitável e está intimamente associada à qualidade e à segurança oferecida na assistência à saúde (BENAGIANO, THOMAS, 2003). O Brasil progrediu em relação à redução da mortalidade materna desde 1990, porém, em 2014, a taxa de mortalidade materna ainda era de 58,4 casos/100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014b), não permitindo o país atingir a meta estabelecida pela OMS de 35 casos/100 mil nascidos vivos.

Nesse contexto, a OMS e outras instituições têm elaborado recomendações, baseadas em evidências científicas, de forma que intervenções efetivas possam ser implementadas a fim de evitar e poder manejar quaisquer complicações que possam surgir durante o parto. Políticas públicas têm sido elaboradas para incentivar, cada vez mais, mulheres a realizar seus partos em serviços de assistência à saúde (CAMPBELL; GRAHM, 2006).

Isso tem se concretizado desde a publicação do primeiro guia técnico da OMS “*Care in Normal Birth: a practical guide*” e houve um crescimento substancial de aplicação de diferentes práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar os desfechos para mãe e bebê (WHO, 2018).

No entanto, no Brasil, 21 anos após a publicação desse guia técnico (WHO, 1996), se observa, ainda, a utilização de certas tecnologias e procedimentos sem evidência científica que os recomende, resultando no desperdício de recursos e aumento do risco de ocorrência de eventos adversos. Intervenções como a episiotomia, o uso de ocitocina e a cesariana, destacam-se dentre aquelas que hoje são realizadas de forma indiscriminada e rotineira nas salas de parto dos hospitais no país (D'ORSI et al., 2005; GOMES, 2011; LEAL et al., 2014). Essa medicalização do processo do parto tende a diminuir a capacidade de a mulher dar à luz, trazendo impactos negativos a essa experiência (WHO, 2018).

Esse panorama exigiu do país a construção de políticas públicas de saúde da mulher com o foco na redução das cesáreas e no estímulo ao parto de risco habitual, aliado às práticas seguras baseadas em evidências científicas, preconizadas pela atual política materno-infantil intitulada “Rede Cegonha”, lançada em 2011 (BRASIL, 2011c; DINIZ, 2005).

A Lista de Verificação de Partos Seguros da OMS merece destaque como iniciativa para auxiliar os profissionais de saúde a prestarem cuidados de alta qualidade durante os partos nas unidades de saúde. Trata-se de um *checklist* que deve ser preenchido pelo profissional nos momentos críticos do trabalho de parto: desde o momento em que a mulher é admitida, até o momento em que o binômio deixa a unidade de saúde. A execução diligente de seus itens é essencial para evitar as principais causas mundiais de óbitos maternos, de natimortos por causas intraparto e de mortes neonatais, incluindo hemorragias, infecções, trabalho de parto obstruído, hipertensão e complicações dos partos prematuros (WHO, 2017). Esse *checklist* permite investigar outros aspectos que abrangem a assistência ao parto de risco habitual e da cesárea (WHO, 2017). Entretanto, não substitui o *checklist* da cirurgia segura, para cesáreas, por não conter itens relacionados ao transoperatório (BOECKMANN, 2016). No Brasil, Boeckmann (2016) adaptou e validou o *checklist* de segurança cirúrgica para as cirurgias cesarianas.

Em 2018, a OMS construiu um novo manual, o “*Intrapartum Care for a positive childbirth experience*” que traz 56 recomendações de cuidados de assistência obstétrica divididos nas seguintes categorias: (a) recomendadas, (b) não recomendadas, (c) recomendadas apenas em contextos específicos e (d) recomendadas apenas em um contexto rigoroso de pesquisa. Esse guia destaca a importância dos cuidados centrados na mulher para otimizar a experiência de trabalho de parto e parto para mulheres e seus recém-nascidos, por meio de uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. Além disso, introduz um modelo global de cuidados intraparto, que leva em consideração a complexidade e a natureza diversa dos modelos vigentes de cuidado e prática contemporânea. As recomendações desse manual destinam-se a informar o desenvolvimento de políticas de saúde e protocolos clínicos relevantes em nível

nacional e local (WHO, 1996, 2018).

Carvalho et al. (2019) realizaram um estudo nos hospitais públicos do Distrito Federal com o objetivo de avaliar a adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento entre médicos, enfermeiros e residentes dos programas de residência em obstetrícia. Esse estudo observou que há implantação parcial das boas práticas entre os profissionais nesses hospitais, uma vez que práticas não recomendadas continuam sendo utilizadas, a exemplo da hidratação venosa, o estímulo a fazer força no período expulsivo, a episiotomia de rotina, a manobra de *Kristeler*, a amniotomia precoce e a indução do trabalho de parto com ocitocina.

Em 2009, a *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHONN) desenvolveu um plano de pesquisa, em longo prazo, para estudar, minuciosamente, a relação entre as características das equipes de enfermagem perinatal e os desfechos obstétricos. Um questionário online foi enviado, via *e-mail*, aos enfermeiros associados e os dados dessa pesquisa subsidiaram a construção de recomendações para a prática dos enfermeiros perinatais. Além disso, este estudo forneceu dados importantes sobre as inadequações das equipes de enfermagem e seus efeitos para a assistência, sendo o *missed nursing care* um deles (SIMPSON; LYNDON; RUHL, 2016).

O *missed nursing care* é definido como o atraso ou a não realização (total ou em parte) de qualquer aspecto do cuidado necessário ao paciente (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009), podendo ser traduzido para o português como “omissão do cuidado de enfermagem” (SIQUEIRA, et al., 2013). De acordo com a literatura, os erros do paciente podem ser um ato de comissão (fazer algo errado, como administrar um medicamento incorreto) ou um ato de omissão (não fazer a coisa certa, como não levar o paciente a deambular), que leva a um resultado adverso ou tem um potencial significativo para tal resultado. O *missed nursing care* é um erro de omissão, de difícil identificação, e com repercussões tão nocivas quanto aquelas provocadas pelos erros de comissão (KALISCH; XIE, 2014).

A alta demanda de assistência, aliada à falta de recursos financeiros e de profissionais da saúde capacitados eleva o risco de sobrecarga dos serviços de assistência à saúde (FREEDMAN, 2007). Diante disso, os profissionais se veem incapazes de fornecer todos os cuidados necessários a seus pacientes, sendo forçados a atrasar ou omitir alguns cuidados, priorizando outros (AUSSERHOFER et al., 2014; JONES; HAMILTON; MURRY, 2015; KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009).

A equipe de pesquisadores do AWHONN, diante dos achados supracitados, decidiu explorar o conceito de *missed nursing care* entre os profissionais de enfermagem que cuidam de mulheres durante o trabalho de parto, parto e puerpério; e dos recém-nascidos. Para isto,

conduziu grupos focais em seis hospitais dos Estados Unidos da América. Os relatos obtidos evidenciaram que a segurança do paciente está em risco quando não há profissionais de enfermagem em número suficiente para cumprir a rotina e executar os cuidados necessários à mulher. A partir dos vastos detalhes obtidos desses relatos, foi gerada uma lista de possíveis desfechos e consequências do *missed nursing care*, demonstrando a seriedade do problema (SIMPSON; LYNDON, 2017).

O *missed care* tem sido estudado amplamente nas clínicas médico-cirúrgicas e Unidades de Terapia Intensiva (KALISH, 2016). Em uma revisão, Jones, Hamilton e Murry (2015), compararam as diferentes terminologias e abordagens dos instrumentos existentes de avaliação da omissão do cuidado. Foram encontrados 14 instrumentos de avaliação para esses fenômeno, a exemplo do o *Missed Nursing Care (MISSCARE) Survey*, o *Tasks Undone (TU)*, *Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA)*, *Neonatal Extent of Work Rationing Instrument (NEWRI)* e *Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA)*. Treze instrumentos foram projetados para uso em unidades hospitalares de cuidados agudos gerais, e um para o ambiente de cuidados intensivos neonatais.

Apesar dos *checklists* já disponíveis, para o alcance da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, é necessário que se avalie o desempenho de sistemas e instituições, a fim de estabelecer um planejamento estratégico para mitigar os obstáculos para a excelência do cuidado ou, ainda, avaliar o impacto da assistência atual na vida dos pacientes e da população atendida (LEVANDOVSKI, 2016; MARCOLIN, 2015; SANTOS et al., 2016).

Nesse processo, a autoavaliação possibilita a implementação de um processo de gestão de desempenho confiável e motivador, que incentiva o envolvimento do profissional no processo de autoavaliação, tirando-o da sua zona de conforto e levando-o a exercitar sua capacidade de questionar e de refletir (CARDOSO, 2016; CHO; LEE, 2012). Dessa forma, é essencial que sejam desenvolvidos instrumentos capazes de avaliar o desempenho profissional pelo próprio autor do cuidado, que será nas mãos deles a transformação do seu ambiente de trabalho e da qualidade do serviço prestado.

Os cuidados de enfermagem às parturientes e puérperas vão além do contexto clínico-cirúrgico. Sabe-se que a assistência inadequada à mulher nos serviços obstétricos pode interferir nos desfechos do paciente e ocasionar *near misses maternos*, quedas, infecções puerperais, aumento do tempo de internação, aumento dos custos, experiência negativa de parto da mulher além de incidentes de segurança (SIMPSON; LYNDON; RUHL, 2016; WHO, 2018). Contudo, segundo o levantamento realizado por esta pesquisadora, existem lacunas científicas sobre instrumentos validados que permitem conduzir a avaliação da assistência de enfermagem nesse

contexto de assistência no Brasil.

Ante ao exposto, o presente estudo tem o intuito de responder às lacunas científicas identificadas na literatura, com foco para a construção de um instrumento que seja capaz de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, a partir da perspectiva de autoavaliação do profissional de saúde. O presente estudo se insere no contexto de avaliação dos serviços de saúde e prevê a instrumentalização de gestores institucionais e dos próprios profissionais de enfermagem para avaliação do cenário de assistência obstétrica.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Construir e validar um instrumento para autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o processo de elaboração do instrumento de autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos.
- Validar o conteúdo do instrumento de autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos.
- Realizar a análise semântica (pré-teste) do instrumento de autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DESENVOLVIMENTO DA OBSTETRÍCIA E SUAS DIRETRIZES

A palavra Obstetrícia vem do latim *'obstare'* que significa “ficar em frente”, derivando da posição em que fica a parteira, na frente da mulher. Tradicionalmente, os cuidados relacionados à gravidez, parto e puerpério eram conduzidos, em domicílio, por mulheres “parteiras, aparadeiras, curandeiras ou comadres”, de forma empírica, de acordo com suas próprias experiências (BRENES, 1991; SENA et al., 2012). Eram pessoas de confiança da parturiente, tinham prestígio nas sociedades tradicionais e se dedicavam ao ofício por vocação e solidariedade. Eram cuidadosas tanto nos aspectos físicos quanto nos psicológicos, e zelavam pela proteção da mãe e da criança. As parturientes detinham o poder sobre o seu corpo e eram assistidas em seu domicílio, cercadas de apoio familiar (GOTARDO; SILVA, 2007). O médico cirurgião, até então, somente se fazia presente em partos complicados, em que nenhuma outra parteira havia conseguido obter êxito. Logo, a presença desse profissional no quarto da parturiente era vivenciada com inquietude e ansiedade por todos os presentes (OSAVA; TANAKA, 1997).

O declínio das atividades das parteiras ocorreu com a invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen no final do século XVI e consequente ascendência da intervenção médica. Esse instrumento abriu portas para que o paradigma não intervencionista e de acompanhamento do parto fosse substituído pela ideia de parto como um ato controlado pelo homem (OSAVA; TANAKA, 1997; SENA et al., 2012).

Não apenas o paradigma não intervencionista das parteiras as impediram de ter acesso ao fórceps. Elas, em geral, dispunham de baixa escolaridade, baixo poder organizacional e aquisitivo para adquirir o fórceps (OSAVA; TANAKA, 1997).

A enfermagem, nesse período, não compartilhava de uma relação amistosa com as parteiras. A profissão de enfermeira surgiu vinculada à publicidade feita em torno dos trabalhos de Florence Nightingale na Guerra da Criméia (1854-1856) que conferiu certa respeitabilidade ao ofício no interior da classe média inglesa. Logo, as enfermeiras compartilhavam da visão médica que as parteiras eram “supersticiosas, ignorantes e pouco higiênicas”, enquanto as parteiras viam as enfermeiras como “um pouco mais do que servas da profissão médica” (OSAVA; TANAKA, 1997).

De acordo com Mc Cool e Mc Cool (1989), a enfermagem ganhou espaço em sua fase inicial, porque sua configuração era alinhada aos propósitos do modelo de saúde vigente e

centrado no médico. Os médicos da época, além de terem o controle da prática de enfermagem, contavam com a colaboração da classe para eliminar as curandeiras e parteiras, cujas práticas fugiam da regulação ou subjugação almejada por eles.

No Brasil, o ensino formal da parteira teve início em 1832, dentro das escolas médicas. Porém, com a criação da profissão de enfermagem no país, em 1923, o ensino das parteiras começou a ser conduzido pela enfermagem. Em 1931, o título de “parteira” foi alterado para o de “enfermeira obstétrica”, contudo, devido às divergências, somente no ano de 1968, com a Reforma Universitária, a formação das parteiras passou a ser, exclusivamente, das escolas de enfermagem. Tal acontecimento introduziu ao cuidado no parto a sistematização, padronização e ordem característica das enfermeiras (OSAVA; TANAKA, 1997).

Durante a metade do século XIX, iniciou-se campanha médica de transformação do parto num evento controlado e limitado ao espaço hospitalar. As parteiras foram alvo de campanhas anticharlatanistas dos médicos da época, e a elas foram atribuídas as altas taxas de mortalidade materna e infantil, levando-as a perder, cada vez mais, prestígio e espaço dentro da sociedade e do momento do parto (MARTINS, 2004; OSAVA; TANAKA, 1997).

Além disso, até a comunidade científica promoveu o descrédito às parteiras, principalmente às imigrantes e afro-americanas, numa tentativa de restringir e eliminar a prática de obstetrícia tradicional para que médicos e enfermeiros desenvolvessem suas especialidades nesta área. Revistas médicas, de saúde pública e de enfermagem publicaram artigos que acusavam de serem ignorantes, sujas e perigosas, sendo muitos desses adjetivos considerados fatos e utilizados durante esta campanha nos anos 80. Nesse contexto, vários representantes de enfermagem em saúde pública trabalharam ativamente na campanha para eliminar as parteiras tradicionais e compartilharam a visão de educar os enfermeiros norte-americanos em obstetrícia (DAWLEY, 2003).

A partir do século XX, normas e rotinas foram delineadas para determinar o tratamento hospitalar e modelar o comportamento da mulher no contexto da assistência materno-infantil. Houve um afastamento da mulher de seu ambiente e de sua família durante o parto e a assistência passou a ser prestada de forma unidirecional, pelos profissionais, que se tornaram os atores principais desse cenário, ignorando os pensamentos, sentimentos e capacidade de decisão da mulher (MARTINS, 2004).

A elevada taxa de morbimortalidade materna e infantil, após a Segunda Guerra Mundial, levou a rumores sobre o risco de despovoamento da nação e deu início a dois movimentos: a institucionalização do parto e o fortalecimento da imagem da mulher como mãe e reprodutora (OSIS, 1994; SENA et al., 2012). Essa institucionalização tornava o parto algo “patológico” e

“medicalizado”, sendo o médico considerado a figura capaz de dominar e/ou neutralizar seus riscos (OBA; TAVARES; 1996). Na década de 1930, 85% das mulheres em trabalho de parto eram atendidas por médicos (DAWLEY, 2003). O modelo tecnológico e científico se consolidou, bem como o poder de intervenção no corpo humano para conformá-lo às necessidades da reprodução (ROHDEN, 2000).

No começo do século XX, os médicos colocaram a mulher como responsável pela alta taxa de mortalidade infantil, porque descuidaram da amamentação para trabalhar. Os programas de saúde materno-infantil, até a década de 80, tinham como foco central os corpos das mulheres-mães e o ciclo gravídico-puerperal. Várias teses defendidas na época enfatizavam a vocação da mulher para a maternidade. O sistema de saúde e seus profissionais tinham o entendimento de que o corpo feminino era destinado à reprodução e que, por isso, exigia uma atenção especial. Condições favoráveis para mulher gestar e parir deveriam ser ofertadas para prepará-la para procriação (OSIS, 1994, 1998).

Esse cenário, ainda que fora do ideal, trouxe consigo um aumento populacional e o início de uma transição demográfica que deu origem a uma corrente de pensamento que foi bastante difundida na época: a superpopulação era a raiz da miséria e das guerras, sendo necessária uma contenção da natalidade. Mais uma vez, o controle dos corpos femininos se tornou necessário como estratégia de controle social. Controlar o corpo feminino tinha como objetivo controlar sua fecundidade. O planejamento social racional teve um papel fundamental nesse panorama, com o aumento do uso de métodos contraceptivos, a prática do aborto e pesquisas acerca de uma pílula anticoncepcional (KORNIJEZUK, 2015; ROHDEN, 2000).

Nos Estados Unidos, as enfermeiras obtiveram êxito em se especializar na área dos partos após o descrédito das parteiras tradicionais. Assim, as ditas enfermeiras-parteiras, em meados da década de 40, expandiram sua especialidade e ganharam reconhecimento nacional, uma vez que o número de obstetras não acompanhou o ritmo do crescimento populacional com o “*baby boom*”, após a Segunda Guerra. Além disso, as mulheres passaram a requerer o parto natural. Sendo assim, o movimento de retomada de controle do nascimento, parto natural e centrado na família foi possível graças a enfermeiras-parteiras, médicos esclarecidos, fisioterapeutas e mulheres grávidas (DAWLEY, 2003).

A visão da mulher-mãe começou a mudar em meados da década de 70, com os movimentos sociais, principalmente os de mulheres, que reivindicaram a melhoria das condições de vida, acesso aos serviços públicos de saúde e sua democratização. Temas como sexualidade, aborto, contracepção e violência passaram a ser discutidos, bem como a necessidade da superação da desigualdade entre homens e mulheres (HILLESHEIM et al.,

2009).

A convergência de interesses e ideias do movimento sanitário e do movimento feminista foi fundamental para gerar um novo pensar sobre os aspectos que envolvem a mulher, dentro da rede de serviços de saúde (HILLESHEIM et al., 2009). Com base nesse movimento, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) criou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com objetivo de incluir a assistência à mulher em todas as etapas de sua vida. Assentou-se nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência e da equidade de gênero (HILLESHEIM et al., 2009; OSIS, 1994, 1998;).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o intuito de apoiar modelo da humanização do parto e nascimento, publicou o documento “Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimento”, ressaltando os direitos da população em relação à informação sobre as tecnologias utilizadas no parto, ao acesso à assistência pré-natal, além de definir o papel das instituições de saúde em relação a esse processo, e fazendo críticas ao modelo biomédico e à cientificidade das tecnologias e intervenções utilizadas rotineiramente no parto (WHO, 1985).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi guiada pelos princípios de integralidade, descentralização e universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Nesta conferência, houve um amplo reconhecimento das especificidades do problema da Saúde da Mulher, que levou à convocação da 1ª Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM). Essa conferência teve como documento final a Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes, que teve diversas propostas seletivamente acolhidas pela Constituição Federal de 1988 (KORNIJEZUK, 2015).

A mulher, então, passou a ser vista não somente como um útero, ovários e mamas, mas como um ser completo, composto, também, de outros aspectos não físico-biológicos, emocionais e socioeconômicos (HILLESHEIM et al., 2009). O PAISM pretendia atender áreas esquecidas pelas ações de saúde pública: prevenção e diagnóstico precoce do câncer ginecológico, detecção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, efeitos sociais, psicológicos e biológicos da gravidez indesejada e acesso a métodos de regulação da fertilidade. A inclusão de atividades de planejamento familiar pretendia atender ao direito humano de escolha consciente e não a reduzir as taxas de crescimento populacional (OSIS, 1994).

Apesar dos avanços ocorridos, esse programa enfrentou diversos obstáculos e não conseguiu ser implantado de maneira efetiva: a morosidade, descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, a distância entre a doutrina das ações integradas de saúde da mulher e a filosofia tradicional dos serviços de saúde que atendem mulheres, além da deterioração dos serviços públicos de saúde e alta rotatividade dos profissionais de saúde (OSIS,

2004).

As práticas e tecnologias relacionadas à obstetrícia avançaram bastante para iniciar, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar os desfechos para mães e recém-nascidos. No entanto, muitas dessas práticas não trazem benefícios de fato, ou ainda são adotadas sem pensamento crítico e avaliação adequada, podendo colocar em risco a vida da mãe e do bebê (WHO, 1996). Nesse contexto, órgãos internacionais se mobilizaram para melhorias do acesso às mulheres aos serviços de saúde obstétricos, da segurança em relação aos partos e para a redução da taxa de morbimortalidade materna e infantil.

Em 1996, a OMS lançou o "*Care in Normal Birth: a practical guide*", um guia que aborda as questões de cuidados no parto normal, independentemente da configuração ou nível de atendimento, não sendo específicos de um país ou região. Depois de estabelecer uma definição de trabalho de "parto normal", esse relatório identificou e examinou, à luz das evidências científicas, as práticas mais comuns usadas durante o trabalho de parto, tentando, assim, estabelecer algumas normas de boas práticas para a condução de trabalho de parto e parto não complicados. Foram criadas quatro categorias de recomendações de práticas relacionadas ao parto: a) práticas que foram demonstradas úteis e devem ser encorajadas, b) práticas que são claramente danosas ou ineficazes e devem ser eliminadas, c) práticas com poucas evidências que suportem sua recomendação clara e que devem ser usadas com cautela enquanto novas pesquisas são realizadas, d) práticas que são frequentemente utilizadas de forma inapropriada (WHO, 1996).

Esse manual define o parto normal como "*espontâneo no início, de baixo risco no início do trabalho de parto e permanecendo assim durante todo o trabalho de parto e parto. O bebê nasce espontaneamente na posição cefálica entre 37 e 42 semanas completas de gravidez. Após o nascimento, a mãe e o bebê estão em boas condições.*" No entanto, o pensamento corrente de que o parto somente pode ser declarado normal, retrospectivamente, gera o entendimento de que os cuidados durante o parto normal devem ser semelhantes aos cuidados em partos de alto risco, o que pode transformar um evento fisiológico normal em um procedimento médico; interferir na liberdade das mulheres de experimentar o nascimento de seus filhos à sua maneira e no lugar de sua escolha; e levar a intervenções desnecessárias. A OMS considera que as enfermeiras-partadeiras ou obstétricas são as profissionais mais aptas para o acompanhamento das gestações e partos normais devido a suas características menos intervencionistas (WHO, 1996).

No Brasil, desde 1998, o Ministério da Saúde (MS), visando à melhoria e alcance da humanização dos serviços de saúde para redução de intervenções desnecessárias e diminuição

da morbimortalidade materna, tem investido em qualificação de enfermeiras obstétricas e portarias ministeriais que dão respaldo às enfermeiras obstetras em assistirem partos normais sem distócia (CAMACHO; PROGIANTI, 2013). Em 1999, propôs a criação do Centro de Parto Normal (CPN) para os partos de baixo risco fora das instituições de saúde, coordenados por enfermeiros obstetras (BRASIL, 1999).

Todo o investimento do Brasil, ainda que precário, em prol da saúde da mulher, refletiu os indicadores de mortalidade materna: na década de 80, com a introdução dos conceitos de integralidade e universalidade na saúde, houve uma queda na taxa, que se manteve estável nos anos de 1987 a 1996. Nos anos de 1996 a 1998, houve um aumento da mortalidade materna, provavelmente devido a melhoria da qualidade de informação e notificação (BRASIL, 2004).

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, estabeleceu, juntamente a 189 países, oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para mudar o mundo por meio do desenvolvimento social e a erradicação da extrema pobreza. Dois deles visavam à melhoria nas condições de saúde da mulher e da população: a redução da taxa de mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015 e acesso universal à saúde especializada em reprodução até 2015 (WHO, 2010).

O ano 2000, no Brasil, foi marcado pela criação de diversas estratégias, programas e portarias em prol da melhoria da qualidade da assistência da mulher. Nesse período, criou-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para promover a atenção humanizada da mulher e do recém-nascido, redução da taxa de cesarianas, implantação do método canguru e elaboração do plano nacional de intensificação das ações de redução da mortalidade infantil e materna (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, constituído de estratégias propostas para dar início à discussão com as diferentes instituições e setores sociais imprescindíveis a reversão deste quadro crítico da mortalidade materna e neonatal. Também, nesse ano, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que incorporou o enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores em busca da consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (SANTOS; ARAÚJO, 2016).

Em março de 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, uma estratégia que promoveu a reestruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil, de implantação gradativa em todo o país, de forma a garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo,

ao atendimento adequado, seguro e humanizado desde a concepção, passando pelo pré-natal e o parto, puerpério, além do desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2011).

Somente no ano de 2016, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre a operação cesariana no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas. Logo, por meio da Portaria nº 306 de março daquele ano, foram aprovadas as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana” que avaliou e sintetizou a informação científica em relação às práticas mais comuns para atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado. Além disso, tornou obrigatória tornar a gestante, ou seu responsável legal, cientes dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana (BRASIL, 2016b).

Para que os desfechos perinatais sejam favoráveis, é essencial o fortalecimento da qualidade da atenção obstétrica e o combate de abusos de diferentes tipos contra a mulher durante a assistência (SOUZA, 2015). Em 2017, com o objetivo de aprimorar o modelo de atenção ao parto, nascimento e aborto, por meio da implantação de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, o Ministério da Saúde lançou o projeto de Aprimoramento e Inovação No Cuidado e Ensino Em Obstetrícia e Neonatologia, o *Apice On*. A iniciativa visa qualificar e ampliar a atenção obstétrica e neonatal em hospitais de ensino por meio de oficinas e capacitações de profissionais e estudantes, promovendo a integração do ensino e os serviços de saúde, tanto em relação à qualificação das práticas de cuidado quanto à formação profissional (BRASIL, 2017b).

A OMS e o Ministério da Saúde brasileiro têm reconhecido a importância da assistência de enfermagem para obstetrícia e inserido esses profissionais às políticas e programas que tratam da temática, dando-os mais autonomia, com o objetivo de garantir os direitos da mulher à vida e saúde, ofertando serviços de qualidade e reduzindo os índices de mortalidade materna (WHO, 2018; BARBASTEFANO; VARGENS, 2009; VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017).

Por fim, em 2018, com o foco em intervir diretamente numa causa direta de morte materna, foi criado o Projeto Zero Morte Materna por Hemorragia, visando à qualificação das equipes de saúde para o manejo clínico da hemorragia pós-parto direcionado (farmacológico e não-farmacológico), bem como a discussão da situação da hemorragia obstétrica e da organização da rede de atenção materno-infantil em cada estado (OPAS, 2018).

### 3.2 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

A promoção da qualidade na atenção materna e neonatal possui desafios distintos às demais unidades hospitalares, uma vez que possui peculiaridades intrínsecas ao processo reprodutivo que podem aumentar significativamente o potencial de erros. Por se tratar de um processo fisiológico e não uma expressão de doença, a gravidez e o parto trazem consigo uma expectativa por resultados positivos. Porém, esse processo está sujeito a mudanças repentinas, devido à intercorrências, dificultando que tanto profissionais quanto pacientes lidem com desfechos desfavoráveis. Além disso, trata-se de uma assistência prestada a duas ou mais vidas, que podem sofrer com conflito de interesses; com duração variável do cuidado; e que se dá em múltiplos locais de assistência e profissionais de diversas categorias (RAJU, 2011; REIS, 2012, 2014).

Alguns autores sugerem que o conceito de qualidade e suas dimensões sejam transpostas para a área da assistência obstétrica. Hulton et al. (2000) definiram qualidade em serviços obstétricos em *“grau em que os serviços maternos aumentam a probabilidade de que o tratamento oportuno e adequado, consistente com o conhecimento científico corrente, alcance os resultados esperados e respeite os direitos reprodutivos”*.

Para Carter et al. (2010), uma maneira útil de criar um plano de ação para melhorar a qualidade da assistência obstétrica nos Estados Unidos é começar com uma visão do resultado desejado. Com base nas seis dimensões do relatório IOM (2001), eles apresentaram uma visão apaixonada, audaciosa e de longo prazo, sobre a qualidade dos serviços obstétricos norte-americanos. Para eles, um sistema de cuidados de maternidade da mais alta qualidade e valor deve ter como missão o alcance de ótimos resultados e experiências de saúde para mães e bebês, por meio da prestação consistente de cuidados centrados na mulher, baseados na melhor evidência disponível de eficácia, menor risco de dano e melhor uso dos recursos. Esses cuidados são oferecidos de maneira segura, eficaz, oportuna, eficiente e justa para todas as mulheres e suas famílias. O sistema ideal de cuidados perinatais protege, promove e apoia o parto fisiológico e experiências ótimas para as parturientes; presta cuidados que são coordenados e sujeitos à medição de desempenho e divulgação de qualidade em andamento; além de promover um ambiente de trabalho satisfatório para seus cuidadores.

Em contraste com essa visão apaixonada, Melo (2015) faz um interessante paralelo entre o modelo de assistência obstétrica predominante no Brasil, as dimensões qualidade da assistência à saúde, preconizados pelo IOM (2001) e as metas de segurança da OMS (WHO, 2005). Para ela, na dimensão da segurança, ainda que haja uma crescente busca pela



qualificação de profissionais por meio de programas, manuais e materiais informativos, os indicadores de resultados da assistência obstétrica ainda não são padronizados e nem regularmente coletados em nível nacional. Quanto à eficiência e efetividade, o modelo biomédico intervencionista ainda predomina sobre as práticas baseadas em evidências. Há um elevado e indiscriminado uso de tecnologias e intervenções desnecessárias, que promovem o desperdício no uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia. Estamos ainda caminhando para promoção de uma assistência centrada no paciente, que considera suas preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes assistidos. Além disso, o acesso e a qualidade da assistência variam expressivamente, dependendo das características pessoais de quem os recebe, a exemplo de raça, gênero e condições socioeconômicas. Não é incomum que as mulheres enfrentem uma peregrinação quando buscam os serviços de saúde para serem assistidas durante o trabalho de parto, fator que aumenta, significativamente, o risco de ocorrência de danos graves, como a morte materna e do neonato.

Para garantia da qualidade nos serviços obstétricos, vários fatores de risco assistenciais relacionados à estrutura e ao processo de trabalho devem ser controlados (Quadro 1).

**Quadro 1** - fatores contribuintes relacionados à estrutura e ao processo na área obstétrica

<b>ESTRUTURA</b>	<b>PROCESSO</b>
Recursos humanos (nº de profissionais, formação dos profissionais, composição da equipe, escalas de trabalho).	Treinamentos específicos e periódicos. Equipamentos/instrumental
Equipamentos/instrumental compatível com o perfil assistencial e o número de partos e intervenções obstétricas realizadas.	Trocas de plantão/turno estruturadas com incorporação de técnicas de comunicação e transmissão de informações relevantes. Adesão e implementação dos protocolos clínicos.
Transporte disponível para mãe e o recém-nato.	Implementação de rotinas e adesão aos procedimentos operacionais.
Serviços de apoio (hemoterapia, laboratório).	Fornecimento de serviços de apoio em tempo hábil – exames, hemocomponentes e medicamentos.
Instalações físicas e sua conservação.	Organização e completude dos prontuários/processos clínicos.
Relação de medicamentos, com protocolos de uso.	Incentivo e orientação para o uso de técnicas não farmacológicas de controle da dor.
Modelo de atenção ao parto (tecnológico, humanista ou holístico – diretrizes e protocolos.	Incentivo e orientação para o uso de técnicas não farmacológicas de controle da dor. Presença de acompanhante em todas as fases do trabalho de parto e parto.

Fonte: adaptada de Reis et al. (2014).

Em 2014, com o intuito de promover uma atenção obstétrica e neonatal de qualidade que reduza os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e mitigue os danos relacionados ao processo assistencial, a ANVISA elaborou o manual “Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade”. Esse guia deve nortear a construção, reforma, a organização e estruturação dos serviços obstétricos, com o foco no aperfeiçoamento do cuidado, aumentando a segurança dos pacientes e a qualidade dos serviços (BRASIL, 2014).

Segundo o pai da administração e grande visionário do mundo da gestão organizacional, Peter Drucker, “a cultura come a estratégia no café da manhã. ” Portanto, é necessário ir além da definição de conceitos, construção de manuais, definição de protocolos, *checklists* e desenvolvimento de programas de segurança para mitigar a ocorrência dos eventos adversos (ANVISA, 2017). É fundamental que se invista na cultura dos profissionais das instituições.

As instituições de alto risco como as de aviação e usinas nucleares são organizações pioneiras na área de segurança, sendo caracterizadas como de alta confiabilidade. O sucesso dessas indústrias perpassa o fato de que há uma valorização do uso de normas, regras e protocolos para a prevenção de falhas materiais e humanas (BIRK, 2015). Além disso, essas organizações criam um ambiente e cultura profissional de atenção contínua aos imprevistos e consciência de que acidentes sempre estão prestes a acontecer (ROSS, 2015; WEICK; SUTCLIFFE, 2001).

A cultura pode ser entendida como o compartilhamento de valores, metas, atitudes e práticas que caracterizam uma instituição. Ela orienta ações e influencia o desempenho e a produtividade da organização, sendo única de cada organização e muito difícil mudar (ROSS, 2015). Ao analisar a cultura de um local, podemos identificar seus desafios e levantar alternativas para a tomada de decisão (CROZATTI, 1998).

A cultura de segurança no âmbito hospitalar é uma cultura em que todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, devem assumir responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares. Há um encorajamento à identificação, à notificação e à resolução dos problemas relacionados à segurança e promoção do aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes (ANVISA, 2017; HALLIGAN; ZECEVIC, 2011; 2014; LEE et al., 2017).

Uma das barreiras para instituir a cultura de segurança, contudo, é a mentalidade corrente dentro da sociedade e da própria academia de que o profissional da saúde não erra. Se os erros do profissional aparecerem, sua competência pode ser questionada (CORONA; PENICHE, 2015). Deve-se compreender que os erros não são consequências de uma ação individual, mas de falhas no sistema. É necessário não culpar os indivíduos pelos erros, mas

sim tratar as falhas pessoais como oportunidades para melhorar o sistema e, assim, prevenir novos erros. A partir dessa compreensão, uma mudança com relação ao sigilo de ocorrências e ao ambiente punitivo que alimenta o sigilo deve dar lugar a uma cultura justa que gere transparência (ANVISA, 2017; NIEVA; SORRA, 2003).

O estudo de Ques et al. (2010) aponta que outro problema de mentalidade está na sensação de que muitos profissionais têm de que o movimento de segurança é uma moda passageira, gerando falta de compromisso e certa resistência à mudança. Além disso, a infraestrutura deficiente, carência de protocolos, ausência de liderança, problemas na comunicação, escassez de recursos humanos e falta de motivação profissional se constituem em outras barreiras para a cultura de segurança.

No Brasil, um estudo de Magalhães, Dall’Agnol e Mark (2013) revela que aspectos e questões estruturais, políticas, econômicas e culturais influenciam, negativamente, a segurança do paciente, uma vez que se relacionam com a falta de qualificação profissional, carga de trabalho excessiva, absenteísmo, evasão profissional e escassez de recursos humanos e materiais.

Outro aspecto fundamental da busca pela qualidade dos serviços de saúde está na sua avaliação. A avaliação é um instrumento de tomada de decisão e gestão hospitalar que possibilita conhecer a realidade da instituição e identificar suas fragilidades e potencialidades (CAVALCANTE et al., 2015).

A assistência prestada pela enfermagem é realizada por meio de cuidados constantes que variam desde os mais simples assuntos a cuidados mais complexos e à tomada de decisões abrangentes na prestação do cuidado. A competência dos enfermeiros diz respeito ao nível de utilização de conhecimentos, habilidades, capacidade e julgamento na realização funções, e é um fator essencial para garantia e qualidade do cuidado prestado e da satisfação dos pacientes (ELHAMI et al., 2018).

A avaliação de desempenho profissional possibilita ao gestor acompanhar o trabalho de cada membro da equipe e a relação entre os resultados esperados e os alcançados (BRAHM; MAGALHÃES, 2007). Além disso, esse instrumento viabiliza oportunidades para o reconhecimento do profissional, o *feedback* e a melhoria no ambiente de trabalho (SMITH; GUNZENHAUSER; FIELDING, 2010).

Segundo um estudo de Fenner (2019), a autoavaliação pode ser uma oportunidade de aprendizado e atualização, acerca das recomendações mais recentes da literatura, de profissionais que se formaram antes da década de 90.

O método de autoavaliação, ou seja, a avaliação da competência clínica pelo próprio profissional de enfermagem, ajuda-o a prestar atenção às suas próprias funções clínicas elevando sua autoconsciência e compromisso com a mudança, e na aplicação de esforços para melhorar sua prática assistencial. Por meio dessa ferramenta, os enfermeiros obtêm um reconhecimento sobre suas próprias funções, identificação de suas fraquezas e pontos fortes, obstáculos e campos que requerem aprimoramento (ELHAMI et al., 2018).

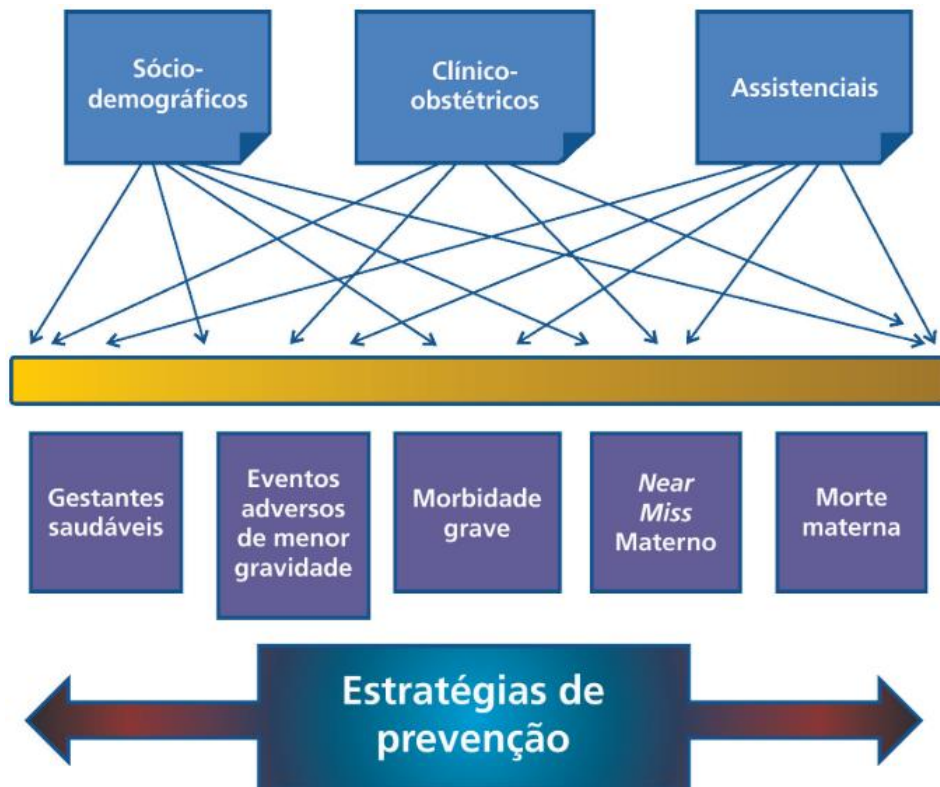
### 3.3 A PROBLEMÁTICA DA MORBIMORTALIDADE MATERNA

De acordo com a 10<sup>a</sup> revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a morte materna é definida como: morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (WHO, 1997).

A morte materna foi, durante muito tempo, entendida como uma fatalidade. Atualmente é compreendida como um problema de saúde pública. Insere-se em um contexto maior que a saúde reprodutiva e de direitos sexuais, sendo entendida como um indicador de desenvolvimento social, uma vez que é influenciada por determinantes como grau de escolaridade, renda e até o local de nascimento (BRASIL, 2004, 2009; DIAS et al., 2015; SOUZA, 2015).

A morte materna possui causas diretas e indiretas, sendo as diretas evitáveis em até 90% dos casos (Figura 1). As causas diretas decorrem de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou à eventos relacionados, e que resultam em complicações da gravidez, parto ou puerpério (DIAS et al., 2015).

**Figura 1** – Fatores de risco relacionados ao *continuum* da saúde materna.



Fonte: Reis (2011).

Após a definição das ODM, estima-se que, entre os anos 2000 e 2015, mais de 1,5 milhão de mortes maternas tenham sido evitadas. Apesar dos avanços conquistados, ao final da iniciativa dos ODM, o Brasil não havia atingido a meta estabelecida de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Segundo a OMS, entre 1990 e 2015, as mortes foram reduzidas de 143 para 60 mortes a cada 100 mil nascidos vivos, o que representou redução de 58%. Entretanto, no ano de 2016, essa taxa apresentou aumento.

Para suceder os ODM, foram criados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que, ainda, mantêm na agenda de saúde global a redução da razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes/100 mil nascidos vivos, a fim de assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades (ODS nº 3), até o ano de 2030. A nova meta brasileira relacionada à mortalidade materna é de 30 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos.

Mesmo após o estabelecimento dos ODS, o Brasil apresentou sucessivos aumentos na taxa de mortalidade materna: 58,40% em 2016 e 58,76% em 2017. As principais causas de morte materna no país estão relacionadas à hipertensão, hemorragia pós-parto e infecções puerperais (BRASIL, 2017).

Organizações nacionais e internacionais afirmam que o parto é um evento fisiológico

que não necessita de controle, mas sim de cuidados, e enfatizam que as práticas de atenção ao parto e ao nascimento devem estar baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos. Segundo Diniz et al. (2009), ainda que o Brasil tenha cobertura quase universal de nascimentos em instituições de saúde, o país apresenta taxas elevadas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil, o que caracteriza o “paradoxo perinatal.” Esse fenômeno pode estar associado à prevalência de um modelo de atenção obstétrica intervencionista no país, que se constitui num desafio à qualificação da atenção obstétrica e neonatal (LANSKY et al., 2014).

Entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, foi realizada a pesquisa “Nascer no Brasil: um inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, que acompanhou 23.984 mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde públicos, conveniados ao SUS ou privados, que realizaram mais de 500 partos por ano. A pesquisa foi realizada, apenas, com mulheres de risco obstétrico habitual, de forma a excluir qualquer situação de risco que pudesse justificar a utilização de intervenções durante o trabalho de parto e o parto. No entanto, seus dados demonstraram prevalência elevada de intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto, tendo, nesse grupo, apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas dado à luz de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto (LEAL et al., 2014).

Práticas como a episiotomia, amniotomia e infusão de ocitocina foram incorporadas à rotina da assistência ao parto sem nenhum trabalho que avaliasse seus riscos e benefícios e, portanto, atualmente a prática dessas ações é desestimulada (LEAL et al., 2014).

A episiotomia foi introduzida com o intuito de reduzir o dano causado pela laceração natural do períneo, proteger o neonato do trauma do parto e reduzir o risco de uma incontinência urinária e fecal. No entanto, estudos controlados evidenciaram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações em longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal (CARROLI; MIGNINI, 2009; RAISANEN et al., 2011).

Já a ocitocina e a amniotomia foram incorporadas para o “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental (cesárea). No entanto, revisões sistemáticas apontam, apenas, para uma redução modesta do número de cesarianas (LEAL et al., 2014). Além disso, o aumento com ocitocina sintética pode resultar em hiperestimulação uterina com efeitos adversos, como asfixia fetal e ruptura uterina e, por sua vez, aumentar o risco de uma onda de intervenções durante o trabalho de parto e o parto (OMS, 2015).

A cesariana, quando bem indicada, pode reduzir a morbidade e mortalidade perinatal e materna. Contudo, quando não há indicação, sua realização pode ampliar a probabilidade de

problemas respiratórios para o recém-nascido e triplica o risco de morte materna (GRISOLI, 2018).

Em prol da melhoria dos desfechos para mãe e recém-nascido, e prevenção de desfechos trágicos, intervenções oportunas se confundem e passam a ser feitas de maneira acrítica, sacrificando a noção fisiológica do parto, de forma a atender uma agenda oportunista e que visa à celeridade. Como resultado, o país vive uma epidemia de cesarianas e ainda se utiliza de intervenções rotineiras, sem respaldo científico, como formas de abreviar o parto (RIESCO, 2014). Além de aumentar o risco de incidentes e efeitos adversos, a intervenção clínica injustificada priva as mulheres de sua autonomia e dignidade durante o trabalho de parto, podendo influenciar, negativamente, sua experiência (OMS, 2018).

O estudo de Domingues et al. (2014) demonstrou que cerca de 66% das entrevistadas preferiam o parto vaginal no início da gestação, 27,6% referiam preferência pelo parto cesáreo e 6,1% não apresentavam uma preferência bem definida. Apesar disso, ao final da gestação, apenas 58,4% apresentaram parto vaginal. A preferência das mulheres pela cesariana foi preservada e incentivada no transcorrer da gestação, particularmente no sistema privado de atenção, no qual 96,5% das mulheres que desejavam uma cesariana realizaram esse tipo de parto.

A morte materna é um evento sentinela e sua análise é essencial para o entendimento do processo do cuidado obstétrico oferecido às mulheres, identificação dos problemas existentes no sistema de saúde e adoção de ações de melhoria da qualidade da assistência. No Brasil, a vigilância do óbito materno é feita por intermédio da organização da investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil e dos Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2009). Contudo, a queda do número de mortes maternas tem feito com que as informações provenientes dos estudos dos óbitos sejam insuficientes para avaliação do cuidado prestado. Ainda que as razões de mortalidade materna (RMM) sejam elevadas, o óbito materno é um evento pouco frequente em números absolutos, o que dificulta a realização de estudos locais (MORSE et al., 2011).

Entre a gestação saudável e o óbito materno, existe um amplo espectro de desfechos não fatais de grande relevância, que podem ocasionar danos permanentes e que são até 50 vezes mais comuns que a morte materna (GELLER et al., 2004; SAY et al. 2016). A partir da percepção de que as mulheres que sobrevivem a complicações graves da gravidez, parto e pós-parto são semelhantes àquelas que morrem destas mesmas complicações (SILVA et al., 2018), a OMS desenvolveu o *near miss* materno. Diferentemente do conceito de *near miss* habitual, no qual o incidente não atingiu o paciente, no *near miss* materno, um incidente potencialmente fatal atingiu a mulher durante a gravidez, o parto ou o puerpério, mas ela sobreviveu somente

devido ao acaso ou ao bom cuidado hospitalar (PATTINSON; HALL, 2003).

A análise da ocorrência do *near miss* materno tem sido bastante proveitosa, uma vez que são mais frequentes que a morte materna, que permite uma análise quantitativa dos dados e em menor intervalo de tempo. Isto viabiliza o monitoramento da rede e do processo de atenção ao atendimento obstétrico; a avaliação da incidência de situações clínicas de risco e uma análise mais robusta das fragilidades e obstáculos à qualidade da assistência dos serviços obstétricos (Figura 2) (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; DIAS et al., 2014).

Thaddeus e Maine (1994) estabeleceram uma relação entre a morte materna e os atrasos (modelo dos três atrasos) na decisão de buscar assistência médica, no acesso da paciente ao serviço de saúde e em receber o tratamento adequado no momento oportuno. Esse modelo também se aplica para explicar parte dos casos de *near miss* materno (AMORIN et al., 2008).

Segundo Reis et al. (2014), além do acesso a composição, o número de profissionais das equipes e sua qualificação constituem aspectos que, muitas vezes, estão comprometidos. No Brasil, o movimento de formação e inserção de enfermeiras obstetrias ainda é tímido. Uma equipe desfalcada, aliada à ausência de profissionais com perfil e formação específica para atuar nessa área, pode gerar sobrecarga de trabalho, cansaço e ser responsável por erros no processo de trabalho.

Não obstante, as instalações físicas são frequentemente apontadas como inadequadas, por não viabilizarem a privacidade, o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e a presença de acompanhante (CARMAN et al., 2013).

Considerando que os recursos organizacionais e da assistência podem implicar negativamente os resultados dos serviços de saúde, a avaliação de práticas atitudinais e de gestão pode direcionar a tomada de decisão a fim de minimizar situações relacionadas ao atraso ou omissão de cuidado. O desenvolvimento de instrumentos específicos para a avaliação desse cenário poderá contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada.



## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

Estudo metodológico, com delineamento transversal, descreve o processo de elaboração de um instrumento para autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. Os estudos metodológicos utilizam métodos de obtenção, organização e análise de dados e abordam a elaboração e validação de instrumentos de uma determinada área do conhecimento (KERLINGER, 1979; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Envolve processos rigorosos de investigações de métodos de obtenção e organização dos dados.

Segundo Lobiondo-wood e Haber (2001), esse tipo de estudo possui quatro etapas: definição do conceito ou comportamento a ser medido, formulação dos itens do instrumento, desenvolvimento de instruções para os respondentes e o teste de confiabilidade e da validade do instrumento de medida. Ainda que pareçam menos estimulantes que uma pesquisa clínica, seus resultados são essenciais para o desenvolvimento de outros estudos de forma válida (POLIT; BECK, 2019).

O desenvolvimento de escalas ou instrumento possibilita a avaliação comportamental de um constructo, associando conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis. Os instrumentos de medida devem ser confiáveis e apropriados para determinada população e, por isso, justifica-se o rigor para determinação do quão específico o indicador representa um conceito teórico a ser medido (ALEXANDRE et al., 2013).

A psicometria é um ramo da estatística que representa a teoria e a técnica de medida do comportamento do organismo por meio de processos mentais, procurando explicar o significado das respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas ou itens (PASQUALI, 2009). Ela tem por fundamento a medida por teoria, a qual elucida as relações entre um fenômeno abstrato e os atributos que lhe dizem respeito e produz hipóteses sobre o que poderia ser observado quando o fenômeno ocorre (PASQUALI, 1997).

Para a construção de um instrumento, faz-se necessário, em primeiro lugar, desenvolver a operacionalização do atributo, ou seja, especificar indicadores empíricos que serão usados para comunicar um significado, assim como os procedimentos que serão usados para medi-lo (BRAGA; CRUZ, 2006).

A qualidade da assistência de enfermagem, como um constructo de interesse, é um conceito que não pode ser identificado diretamente, mas é representado por comportamentos observáveis. A aplicação da psicometria a esse conceito pode fornecer argumentos que fundamentarão o refinamento desse construto, bem como maior precisão em sua aplicação nos

serviços de saúde.

A construção do instrumento de avaliação da qualidade de assistência de enfermagem em serviços obstétricos foi delineada segundo o modelo de elaboração de instrumentos, o Modelo Psicométrico, sugerido por Pasquali (2010). Esse modelo é baseado em três polos: teórico, empírico e analítico.

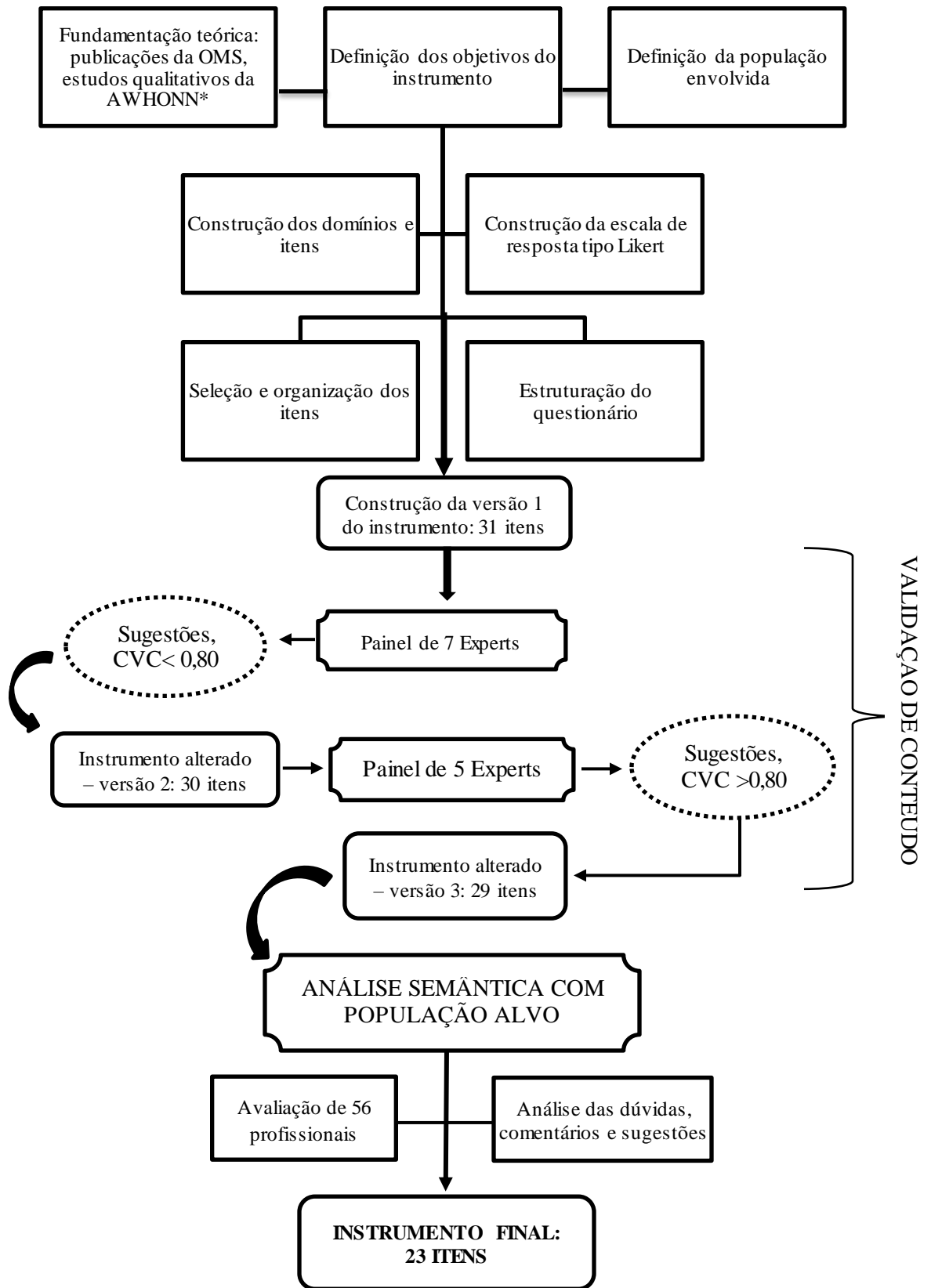
O polo teórico consiste na fundamentação teórica que guiará a elaboração do instrumento de medida para o construto de interesse. Tal fundamentação permite enunciar as propriedades que caracterizam o construto, definir os comportamentos observáveis que as representam e que darão origem aos possíveis itens do instrumento de medida. Um item pode ser uma frase ou uma afirmação cujo conteúdo expressa um atributo do construto. Nesse polo, devem ser definidos os termos, a semântica do construto e elaborados os itens e expressões da representação comportamental (definição operacional). Ao se elaborar os itens, devem ser observados alguns critérios (Quadro 2), para, posteriormente, serem submetidos a análises teóricas que têm o intuito de julgá-los quanto à pertinência dos itens ao construto, a aspectos semânticos e aspectos de inteligibilidade (BRAGA; CRUZ, 2006).

O polo empírico define as fases e técnicas de aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação empírica, que avaliará a qualidade psicométrica do instrumento. Nesse polo seleciona-se a população e define-se a amostra dos sujeitos que serão convidados a participar do estudo. É importante que a amostra escolhida permita ampla variação de respostas. Recomenda-se que o tamanho da amostra seja feito com base no cálculo de 10 sujeitos por item (BRAGA; CRUZ, 2006).

Já o polo analítico estabelece os procedimentos de análises estatísticas que devem ser realizados para a validação, precisão e normatização do instrumento (PASQUALI, 2010). Esses procedimentos indicarão a solidez psicométrica da ferramenta e permitirão avaliar a coerência do seu conteúdo com o conceito (BRAGA; CRUZ, 2006).

O presente estudo percorreu e concluiu o polo teórico e empírico, seguindo as etapas de conforme o exposto na Figura 2.

**Figura 2** - processo de construção e validação semântica do instrumento



Fonte: dados da própria pesquisa.

## 4.2 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

Diante da necessidade de conhecimento e aprofundamento do construto escolhido — qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos —, foi realizada fundamentação teórica baseada na literatura referente às seguintes temáticas: desenvolvimento da obstetrícia, assistência de enfermagem em obstetrícia, políticas nacionais e internacionais para saúde da mulher, qualidade e segurança do paciente. A partir desta pesquisa, foi identificada uma lacuna científica relacionada à qualidade e segurança do paciente para prestação de cuidados obstétricos, principalmente no que se refere à frequência com que os profissionais de enfermagem realizam cuidados considerados mínimos para a garantia da qualidade e segurança da assistência obstétrica.

Como referenciais teóricos principais, foram escolhidos: o Modelo *Missed Nursing Care*, construído por Beatriz Kalisch após estudo da análise do conceito de omissão de cuidados (KALISCH; LANDSTROM; HINSHAW, 2009), as recomendações da OMS, contidas no manual “*Intrapartum Care for a positive childbirth experience*” (WHO, 2018) – Cuidado intraparto para uma experiência de parto/nascimento positiva (tradução livre); a Lista de Verificação da OMS para Parto Seguro (WHO, 2017) e estudos qualitativos desenvolvidos pela Associação de Saúde da Mulher, Enfermeiras Obstétricas e Neonatais (AWHONN) de sobre a temática.

Os dados obtidos da literatura serviram como fonte científica para selecionar e elaborar os itens do instrumento em função das definições operacionais do construto. Em relação aos doze (12) critérios para a construção de itens, relacionados com o referencial metodológico de Pasquali (2010), foram selecionados sete que melhor se aplicavam para o julgamento dos itens do constructo avaliado, a saber: clareza, objetividade, simplicidade, precisão, credibilidade, pertinência e variedade (Quadro 2). Esses critérios fornecem subsídio para a validação de conteúdo desse instrumento, indicando se os itens são pertinentes e inteligíveis à população-alvo.

**Quadro 2 - Critérios para elaboração de itens**

<b>CRITÉRIOS PARA CONSTRUÇÃO DOS ITENS</b>	
<b>CLAREZA</b>	O item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população; deve-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas; frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.
<b>OBJETIVIDADE</b>	Os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). O respondente pode concordar ou discordar, ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência.
<b>SIMPLICIDADE</b>	O item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
<b>PRECISÃO</b>	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
<b>CREDIBILIDADE</b>	O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com essa característica podem contribuir para uma atitude desfavorável do respondente.
<b>VARIEDADE</b>	Variar a linguagem para não confundir as frases e evitar monotonia e cansaço. No caso de escalas de preferência, formular a metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis, evitando respostas estereotipadas à direita ou à esquerda da escala.
<b>PERTINÊNCIA</b>	A expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido; deve expressar o atributo que realmente deseja medir. O critério diz respeito à saturação que o item tem com o construto.

Fonte: Pasquali (2010).

Foram elaborados 31 itens baseados em 3 domínios identificados como os mais relevantes nos referenciais teóricos pesquisados. São eles: comunicação e apoio/suporte emocional à mulher (11 itens); comunicação profissional (4 itens); assistência obstétrica (16 itens) (Quadro 3). Nessa fase, o instrumento foi intitulado “Instrumento de avaliação dos cuidados obstétricos relacionados à assistência de enfermagem”.

**Quadro 3 - Domínios teóricos e respectivos itens do Instrumento de avaliação dos cuidados obstétricos relacionados à assistência de enfermagem. Brasília (DF), 2019**

<b>Domínio A: comunicação, apoio e suporte emocional à mulher</b>
1) Encorajamento da presença do acompanhante.
2) Oferta de informações apuradas sobre o processo de trabalho de parto, parto ou puerpério.
3) Escuta ativa sobre as dúvidas da mulher e responde às suas perguntas.
9) Comunicação clara e efetiva com a mulher e acompanhante.
12) Aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL.
14) Oferta de suporte e apoio emocional à mulher e acompanhante.
21) Estímulo e posicionamento do recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto.
23) Oferta orientações e apoio à amamentação.
24) Oferta orientações quanto aos cuidados puerperais.
27) Orientação das puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou em pelo menos 6 horas (por motivos culturais).
31) Oferta orientações e informações quanto aos cuidados e condutas após a alta.
<b>Domínio B: comunicação profissional</b>
4) Coleta do histórico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, exames laboratoriais, etc).
8) Comunicação efetiva com a equipe multiprofissional
10) Preenchimento correto da documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem).
13) Registro, em prontuário, dos resultados dos testes rápidos.
<b>Domínio C: assistência obstétrica</b>
5) Avaliação física da mulher.
6) Avaliação psicológica da mulher.
7) Monitorização dos sinais vitais da mulher.
11) Coleta de amostra de sangue para tipagem sanguínea, se a mulher não tiver relatório comprobatório formal.
15) Ausculta dos batimentos cardíacos fetais com aparelho ultrassom ou estetoscópio de Pinard.
16) Técnicas de relaxamento e alívio da dor não medicamentosa.
17) Encorajamento da mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco.
18) Técnicas de redução do trauma perineal e facilitação do parto natural (massagem perineal, compressas mornas).
19) Administração de antibióticos na hora prescrita.
20) Administração de anti-hipertensivos na hora prescrita.
22) Estímulo a amamentação logo após o nascimento.
25) Avaliação de pulseiras de identificação?
26) Avaliação da elevação das grades e integridade dos berços?
28) Avaliação do tônus uterino no pós-parto para identificação precoce de atonia uterina.
29) Avaliação regular de sangramento vaginal, contração uterina e altura uterina rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.
30) Avaliação da temperatura e frequência cardíaca rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.

Fonte: dados da própria pesquisa.

Para mensurar o comportamento da população-alvo do estudo, foi utilizada a escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 a 5, em que 1 representa a pior pontuação (pior nível de qualidade do cuidado) e 5 representa a melhor pontuação (melhor qualidade de cuidado). Os pontos indicados representam escalas de frequência — nunca, raramente, ocasionalmente/às vezes, frequentemente e sempre, sendo 1 correspondente ao nunca e 5, ao sempre.

As escalas atribuem um valor numérico a algum aspecto da realidade, seja física ou

mental, ao longo de um *continuum*. As escalas sociopsicológicas discriminam, quantitativamente, os indivíduos com diferentes atitudes, medos, motivos, percepções, traços de personalidade e necessidades (PASQUALI, 2010; POLIT; BECK, 2019).

A escala tipo *Likert* é uma das mais utilizadas na construção de escalas psicométricas. Essa escala não se preocupa com a determinação do valor escalar de um item, mas com o nível de concordância do sujeito do estudo a uma série de afirmações que expressam algo de favorável ou desfavorável em relação ao construto estudado (PASQUALI, 2010).

#### **4.2.1 Painel de Especialistas**

Antes de serem considerados aptos para uso, os instrumentos devem oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis, além de resultados cientificamente robustos (ANDRADE; VALENTINI, 2018). Segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015), após a construção e estruturação do novo instrumento, é provável que ele possua mais itens do que o necessário, sendo imprescindível que seus itens sejam testados quanto à hipótese de que representam adequadamente os domínios do constructo. Com o objetivo de minimizar a possibilidade de julgamentos subjetivos, é essencial que o instrumento seja submetido ao processo de validação.

A validação é mensurada pela extensão ou grau em que um dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir (BITTENCOURT et al., 2011). Por meio desse processo, pode-se reconhecer a qualidade do instrumento, que refletirá a legitimidade e credibilidade dos resultados de uma pesquisa (RAYMUNDO, 2009).

Fundamentalmente, existem três classes de técnicas para avaliação da validade, quais sejam: técnicas que visam à validade de construto, validade de conteúdo e validade de critério (PASQUALI, 2010).

Após a elaboração do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem (Apêndice A), a primeira versão foi encaminhada a um painel de especialistas para proceder à validação do conteúdo.

Segundo Rubio et al. (2003), um estudo de validade de conteúdo pode fornecer informações sobre a representatividade e clareza de cada item sobre um universo finito de comportamentos (domínios). Para tanto, o instrumento deve ser submetido ao julgamento dos especialistas na área, que procederão com a análise da adequação dos itens ao conteúdo proposto (MOURA; BEZERRA; OLIVEIRA; DAMASCENO, 2008).

Esse painel de especialistas tem o objetivo de verificar se os conceitos abordados pertencem à medida que se quer mensurar (CRONBACH e MEELH, 1955; HOUSER, 2008, p.

256; LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001, p. 188). A limitação nesse tipo de estudo consiste na subjetividade da análise feita pelos especialistas que podem gerar distorções nos estudos (MOURA; BEZERRA; OLIVEIRA; DAMASCENO, 2008).

A validade de instrumentos novos pode ser determinada usando a Técnica Delphi de validação, técnica utilizada neste estudo, que consiste na realização de avaliação e julgamento do instrumento por meio do consenso de opiniões entre especialistas de determinado domínio, com coleta de opiniões e julgamento de forma sistematizada (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A Técnica de Delphi envolve a aplicação de um questionário de julgamento aos especialistas, repassado em várias rodadas até haver convergência das respostas dos participantes (WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000). A cada retorno ao pesquisador, este organiza, analisa as respostas e, se necessário, realiza alterações no instrumento e o reencaminha aos especialistas, iniciando um novo ciclo até que haja o consenso de opiniões (KAYO, SECURATO, 1997; WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000).

A seleção dos juízes considerou a formação, experiência e produção bibliográfica dos juízes com relação ao tema de investigação. Como critérios de inclusão, foram considerados: ser enfermeiro brasileiro, possuir experiências profissionais em assistência de enfermagem obstétrica ou segurança do paciente, estar vinculado a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem no Brasil e/ou obter titulação mínima de especialista em obstetrícia ou segurança do paciente.

Foi encaminhada, no mês de novembro, a carta convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) via correio eletrônico para 15 especialistas, explicando o objetivo do estudo, a metodologia e a função do juiz nesta pesquisa. Segundo Lynn (1988), não há uma definição exata para a quantidade de especialistas para validar um instrumento. Em uma revisão bibliográfica, Castro e Rezende (2009) constataram uma variação de 5 a 111 especialistas nas diferentes fases ou ciclos de todos os estudos avaliados. Essa variação depende da acessibilidade do pesquisador e a disponibilidade dos especialistas em atuarem no processo de validação. Pasquali (2010) recomenda utilizar o número ímpar de especialistas, assim como, o mínimo de três juízes para avaliação dos itens quanto à equivalência e concordância das respostas.

Após envio dos convites e concordância do especialista em participar da pesquisa, com a devolução do TCLE assinado, a pesquisadora enviou um arquivo contendo a escala e o questionário de avaliação dos juízes (Apêndice D), no formato documento Word. A primeira parte do questionário consistiu no levantamento do perfil dos juízes; a segunda contemplou a estrutura de avaliação dos itens da escala, considerando os 7 critérios de Pasquali (Quadro 1).



Foram atribuídos a cada um dos critérios valores de 1 a 3, em que 1 indicava que o item “necessita de grandes alterações”, 2 “necessita de pequenas alterações”, e 3 “não necessita de alterações”. Os valores iguais a 3 significaram que o item avaliado atendeu ao critério proposto. Salientamos que o instrumento continha espaços complementares para sugestões.

A primeira rodada da Técnica Delphi foi realizada com sete (7) especialistas que aceitaram participar do estudo. Os especialistas participantes eram do sexo feminino, em sua maioria doutores, sendo dois da área de segurança do paciente, quatro especialistas em obstetrícia e uma especialista em ambas as áreas.

O período de coleta de dados dessa avaliação aconteceu entre os meses de novembro de 2018 a janeiro de 2019. Após devolução das avaliações, procedeu-se com a análise das sugestões e do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) do questionário, bem como das alterações consideradas pertinentes.

Após as modificações, foram enviados aos juízes, para uma nova rodada, o questionário com 30 itens alterados (Apêndice E) e um quadro demonstrando, claramente, as alterações efetuadas, com os itens originais e alterados, dispostos no formato de coluna para facilitar a revisão (Quadro 3). A segunda rodada de avaliação aconteceu entre os meses de março e abril de 2019, com cinco (5) juízes que responderam no tempo determinado.

Ainda que a segunda rodada tenha havido perda de participantes, manteve-se o quantitativo adequado para a continuidade da validação, em atendimento às recomendações da literatura (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010; PASQUALI, 1998)

Todas as sugestões e comentários dos membros do painel foram analisados, não havendo necessidade de uma terceira rodada. Assim, o processo de validade de conteúdo foi finalizado e o instrumento ficou composto por 29 questões, obtendo-se o instrumento para o pré-teste (Apêndice F).

#### **4.2.2 Avaliação semântica/pré-teste dos itens**

A análise semântica tem o objetivo de verificar se todos os itens do instrumento são compreensíveis para os membros da população-alvo do estudo. Para isso, Pasquali (2010) recomenda que seja realizado em pequenos grupos, constituídos do estrato mais baixo (de habilidade) ao mais sofisticado (de maior habilidade) da população-alvo.

Após a adequação sugerida pelos juízes, o instrumento foi submetido ao pré-teste juntamente a uma amostra de conveniência de 56 profissionais, dentre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, de variados níveis de qualificação e que prestavam assistência às

parturientes do Centro Obstétrico e puérperas do Alojamento Conjunto, durante o mês de maio de 2019.

O cenário do pré-teste foi o serviço obstétrico de um hospital público do Distrito Federal, referência na Atenção Terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), para partos, cirurgia ginecológica eletiva e cuidados neonatais. O hospital foi escolhido por participar da Rede Cegonha e do projeto *Apice On*. O serviço obstétrico possui, no Centro Obstétrico: 2 enfermarias de pré-parto, parto e puerpério (PPP), com 6 leitos no total; 8 leitos e 3 macas de observação, 02 salas de Centro Cirúrgico Obstétrico, estando apenas uma funcionando durante o período do estudo. Para o acompanhamento das puérperas, o hospital dispõe de 34 leitos de alojamento conjunto e oferece também suporte para alta complexidade, contando com uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, e 1 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).

Foram incluídos no pré-teste os profissionais de saúde que atuam no serviço pelo menos há um mês. Foram excluídos do estudo os profissionais de saúde que estavam em afastamento legal (licença, férias, abono, atestado médico) durante o período de coleta de dados, profissionais que possuem cargo comissionado (em função administrativa exclusiva) e profissionais com restrição de alguma atividade laboral (de peso, por exemplo) que poderia influenciar na resposta do estudo.

Os profissionais de enfermagem foram abordados no próprio local de trabalho, no momento em que estavam disponíveis para participarem do estudo. Foi explicada a finalidade da pesquisa e, nos casos de aceite de participação, foi feito o convite e entregue uma cópia impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) constando de todos os dados do pesquisador, os objetivos e termos do estudo para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa (Apêndice C).

O instrumento foi aplicado pela pesquisadora e colaboradoras orientadas para esse fim, acadêmicas de enfermagem, integrantes de grupo de pesquisa institucional e vinculadas à linha de pesquisa na área de segurança do paciente. Todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos da aplicação do instrumento e sobre como proceder para responder ao questionário. Também foi solicitado que os participantes manifestassem quaisquer dúvidas quanto à compreensão dos itens, permitindo que a pesquisadora as registrasse para posteriores adequações. O tempo médio estimado para completar o instrumento foi de 10 a 15 minutos.

### 4.2.3 Teste-Piloto

Após a análise semântica, o instrumento foi alterado e reduzido para 23 questões (Apêndice G). Devido às grandes alterações realizadas, optou-se por realizar um novo teste, com uma amostra de conveniência de 19 profissionais de enfermagem, que não haviam participado das fases anteriores.

O local da pesquisa, bem como os critérios de inclusão e exclusão foram os mesmos utilizados na avaliação semântica. A coleta de dados foi realizada no período de julho e agosto de 2019.

A aplicação do instrumento foi realizada pela pesquisadora e os profissionais de enfermagem convidados a participar do estudo em seu próprio local de trabalho, no momento em que estavam disponíveis. Foi explicada a finalidade da pesquisa e, nos casos de aceite de participação, foi entregue uma cópia impressa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tempo médio estimado para completar o instrumento foi de 10 a 15 minutos.

## 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram lançados em banco de dados construído no Excel com dupla conferência para controlar possíveis erros de alimentação do banco de análise. Posteriormente, foram transportados para o Software Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 24.0.

Foram calculados média e desvio padrão para variáveis contínuas, frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas.

As respostas dos especialistas foram examinadas a fim de detectar concordâncias, divergências, consensos e sugestões em relação aos itens avaliados. Frente a isto, foram feitas as modificações pertinentes no instrumento, constituindo, assim, uma segunda versão que foi encaminhada ao grupo para nova apreciação. Para examinar a clareza, objetividade, simplicidade, precisão, credibilidade, variedade e pertinência de cada item da escala e da escala como um todo, foi utilizado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), como sugerido por Hernández-Nieto (2002).

O Coeficiente de Validade de Conteúdo é um índice utilizado para quantificar e interpretar o julgamento de itens e escalas por um grupo de especialistas no construto que o instrumento propõe medir. Um CVC foi calculado para cada um dos aspectos a serem julgados na adaptação da escala. Ainda foi calculado um CVC para cada item da escala. Os valores de CVC aceitos por Hernández-Nieto (2002) para considerar a qualidade de um aspecto ou um

item julgado devem ser maiores que 0,80.

O coeficiente para cada item (CVC<sub>i</sub>) é calculado por meio da divisão da média dos valores dos julgamentos dos juízes ( $\Sigma x_j$ ) pelo valor máximo da última categoria da escala *Likert* (V<sub>max</sub>) para um determinado item x. O CVC total da escala (CVC<sub>t</sub>) é dado pela subtração do CVC dos juízes (CVC<sub>j</sub>) para a escala como um todo pelo Erro Padrão (Pe<sub>j</sub>) da polarização dos juízes. O CVC<sub>j</sub> é a divisão da média total dos escores (atribuídos a todos os itens da escala) pelo valor máximo da escala *Likert*. Pe<sub>j</sub>, por sua vez, é calculado pela razão entre 1 e o número absoluto de juízes (N<sub>j</sub>), elevada ao próprio número absoluto de juízes. A Figura 3 apresenta as equações para o cálculo dos índices: CVC<sub>i</sub>, CVC<sub>j</sub>, Pe<sub>j</sub> e CVC<sub>t</sub> e o algoritmo utilizado no presente estudo. As análises do CVC foram conduzidas no software Microsoft Office Excel.

**Figura 3** - algoritmo de cálculo do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC)

(1) Cálculo de CVC<sub>i</sub> para cada item da escala:

$$CVC_i = \frac{\Sigma_j^x}{V_{max_x}}$$

(2) Cálculo do CVC<sub>j</sub> de cada juiz para escala como um todo

$$CVC_j = \frac{\Sigma_j^o}{V_{max_o}}$$

(3) Cálculo do erro Pe<sub>j</sub> para a polarização dos juízes:

$$Pe_j = \left(\frac{1}{N_j}\right)^{N_j}$$

(4) Cálculo do CVC<sub>t</sub> de cada aspecto julgado:

$$CVC_t = \text{Média do } CVC_j - Pe_j$$

Fonte: Figueiras et al. (2015).

A análise semântica foi efetuada com base nas dúvidas e comentários dos profissionais de enfermagem que preencheram o instrumento. Foram removidas questões que eram atribuições específicas a uma categoria ou setor, bem como foram revistas e alteradas as redações de questões que geraram dúvidas.

Para análise das respostas do pós-teste, o escore da frequência de realização dos cuidados de enfermagem em obstetrícia foi calculado pela mínima, máxima e média da escala de *Likert*. Considerando-se a estrutura da escala adotada e que as afirmativas do instrumento representam ações que devem ser executadas pelos profissionais de saúde, quanto maior o escore, melhor o nível de qualidade de cuidados prestados.

Considerando-se os domínios da escala, foi calculado o Índice de Positividade, aqueles domínios com taxa  $\geq 75\%$  de respostas positivas serão considerados uma fortaleza do serviço e, quando o índice corresponder a  $\leq 50\%$  de respostas positivas o domínio será considerado

uma fraqueza ou oportunidade de melhoria. O Índice de Positividade foi calculado considerando-se como numerador o quantitativo de respostas positivas de cada dimensão ou de cada item e, como denominador, o número total de respostas ao item. Foram consideradas respostas positivas os pontos 4 e 5 da escala de *Likert* e, como respostas negativas, os pontos 1, 2 e 3.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Com vistas ao cumprimento dos aspectos éticos e legais necessários para pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013b), o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) e do Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS).

Considera-se que os riscos da participação dos usuários da pesquisa apresentada nesta dissertação são físicos, emocionais e psicológicos.

Para a população de experts, o risco de desconforto psicológico, quanto à exposição da identidade do especialista, foi reduzido garantindo a confidencialidade dos participantes identificando-os, aleatoriamente, pela letra “J”, seguida de numeral, de 1 a 7. Códigos foram utilizados para o resumo das avaliações, bem como para a apresentação e discussão dos resultados. O desconforto físico foi diminuído uma vez que os procedimentos foram realizados eletronicamente. O convite foi feito via correio eletrônico (*e-mail*), bem como o questionário que foi desenvolvido em documento Word e disponibilizado no anexo do *e-mail* também. Esse formato deu ao expert a possibilidade de responder ao questionário no momento e no local que lhe foi pertinente e confortável.

Para a população de enfermeiros, esses riscos foram minimizados, garantindo um local reservado e confortável para que o participante responda às perguntas. Uma vez que a pesquisa aborda aspectos negativos dos cuidados prestados, existia a possibilidade de que os profissionais participantes se sentissem desconfortáveis ou inibidos a responder questões. Foi reforçada a importância, e possíveis retornos e impactos positivos da pesquisa para o serviço obstétrico, tanto no âmbito da segurança do paciente quanto para a melhora das condições de trabalho dos profissionais; e ainda, garantida a liberdade de não responder questões constrangedoras. A identidade do participante foi preservada, uma vez que o instrumento não continha identificação de nomes e registros do participante. Além disso, foi garantida a não violação e a integridade dos documentos originados da pesquisa. A pesquisadora e os

colaboradores estavam habilitados ao método de coleta dos dados, atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto a fim de interromper, imediatamente, a pesquisa se percebesse algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa, conseqüente à mesma.

Foi garantida confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, uma vez que os instrumentos não foram identificados com nomes e registros, além do sigilo dos dados e informações que serão guardados por um período de 5 anos. Foi assumida a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o participante seria indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Foi entregue aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as informações pertinentes à pesquisa. Apenas aqueles que concordaram em participar e em assinar o referido termo compuseram os sujeitos do estudo. Foi assegurada a possibilidade de desistir a qualquer tempo de participar da pesquisa. Foi garantido o direito de recusa e desistência de participação em qualquer momento, sem prejuízos. Não houve nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira aos participantes da pesquisa.

O início da pesquisa se deu, estritamente, após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, CAAE: 96647718.9.0000.0030, Parecer nº 2.975.447 (ANEXO A) e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde, CAAE: 96647718.9.3002.5553, Parecer nº 3.055.756 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados conforme as etapas de construção e validação de instrumento, a saber: construção de domínios, seleção de itens, avaliação da validade de conteúdo por especialistas, avaliação semântica com público-alvo (pré-teste) e teste-piloto.

### 5.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

Baseado no referencial teórico levantado, foram definidos 3 domínios de avaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos, sendo estes desmembrados em 31 itens, sendo 11 itens do domínio A: Comunicação e Apoio/Suporte à Mulher; quatro (4) do domínio B: Comunicação com a equipe multiprofissional; e 17 do domínio C: Assistência Obstétrica. Após a construção do instrumento, o processo de validação de seu conteúdo foi realizado em duas rodadas.

Participaram do painel para validação de conteúdo do instrumento, na primeira rodada, sete juízes. Os juízes eram todos do sexo feminino (100%), com média de  $42,7 \pm 11,26$  anos de idade, variando entre 32 a 65 anos. Três (42,9%) eram da área de Segurança do Paciente, três (42,9%) eram de Ginecologia e Obstetrícia e um (14,3%) era especialista em ambas as áreas. Quanto à titulação, 57,8% eram doutores, 28,6% mestres e 14,3% especialistas.

Os itens do instrumento, portanto, foram submetidos ao processo de validação de conteúdo, sendo o painel de itens, os domínios e os respectivos CVC de cada critério apresentados nas tabelas 1, 2 e 3. As questões 2, 31 e 18 obtiveram CVC inferior a 0,80. Quanto à questão 22, um juiz sugeriu a modificação para o domínio C, o que foi acatado. Os demais itens obtiveram um valor maior que 0,80, indicando adequação do instrumento (Tabela 1). Observou-se, ainda, que o CVC por domínio (Tabela 2) e por juiz (Tabela 3) obtiveram valores aceitáveis.

**Tabela 1** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

ITEM	Clareza	Objetividade	Simplicidade	Precisão	Credibilidade	Variedade	Pertinência
Título	0,76	0,76	0,76	0,81	0,90	0,95	0,76
Instrução I	0,48	0,57	0,57	0,57	0,57	0,57	0,57
Estrutura	0,76	0,81	0,81	0,90	1,00	1,00	0,81
Q1	0,90	1,00	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00
Q2	0,71	0,76	0,81	0,76	0,81	0,90	0,71
Q3	0,86	0,90	0,90	0,90	0,90	1,00	0,86
Q9	0,90	0,86	0,90	0,90	0,95	1,00	0,86
Q12	0,95	1,00	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00
Q14	0,90	0,86	0,90	0,90	0,90	0,90	0,86
Q21	0,86	1,00	0,90	0,95	0,95	1,00	0,95
Q23	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Q24	0,86	0,95	0,90	0,90	1,00	0,90	0,95
Q27	0,86	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
Q31	0,76	0,81	0,81	0,81	0,81	0,81	0,81
Q4	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
Q8	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	1,00	0,90
Q10	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
Q13	0,81	0,81	0,81	0,81	0,81	0,90	0,81
Q5	0,90	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
Q6	0,86	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
Q7	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
Q11	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
Q15	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Q16	0,81	0,95	0,95	0,95	1,00	1,00	0,95
Q17	0,86	0,86	0,90	0,90	0,90	1,00	0,81
Q19	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Q20	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Q22	0,90	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Q25	0,81	0,86	0,86	0,86	0,86	0,95	0,86
Q26	0,86	0,90	0,90	0,90	0,90	1,00	0,90
Q28	0,95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Q29	0,81	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,95
Q30	0,76	1,00	0,95	0,95	1,00	1,00	0,95

Fonte: dados da própria pesquisa.

**Tabela 2** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos domínios dos itens do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	Clareza	Objetividade	Simplicidade	Precisão	Credibilidade	Variedade	Pertinência	Total
<b>DOMÍNIO A</b>	0,87	0,92	0,91	0,92	0,94	0,96	0,91	<b>0,92</b>
<b>DOMÍNIO B</b>	0,89	0,93	0,93	0,93	0,93	0,98	0,90	<b>0,93</b>
<b>DOMÍNIO C</b>	0,82	0,89	0,90	0,90	0,90	0,92	0,88	<b>0,89</b>

Fonte: dados da própria pesquisa.



**Tabela 3** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) da escala como um todo por juiz do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	JUIZ 1	JUIZ 2	JUIZ 3	JUIZ 4	JUIZ 5	JUIZ 6	JUIZ 7
<b>ESCALA GERAL</b>	0,99	0,98	0,89	0,94	0,99	0,76	0,88
<b>ESCALA COMO UM TODO DE TODOS JUIZES</b>					0,92		
<b>Pej (Erro Padrão da polarização dos juízes)</b>					0,92		

Fonte: dados da própria pesquisa.

O quadro 4 expõe as alterações realizadas nos itens de acordo com as sugestões do painel de juízes, destacados em negrito. Foram produzidas modificações gramaticais e o acréscimo da palavra “você” para tornar o instrumento mais incisivo.

**Quadro 4** - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	<b>ITENS ORIGINAIS</b>	<b>ITENS APÓS ALTERAÇÃO</b>
<b>Título</b>	Instrumento de avaliação dos cuidados obstétricos relacionados à assistência de enfermagem	Instrumento de avaliação <b>da assistência de enfermagem obstétrica</b>
<b>Instruções</b>	Esta seção é composta de 31 itens. De acordo com a sua rotina de trabalho, marque uma única alternativa que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem listados no quadro abaixo são realizados por você, na unidade em que você trabalha.	Esta seção é composta de 31 itens. De acordo com a realidade <b>da</b> sua rotina de trabalho, para cada item listado, marque uma única alternativa que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem listados no quadro abaixo são realizados por você, na unidade em que você trabalha. Será utilizada uma escala considerando a seguinte graduação: “Nunca realiza”, “Raramente realiza”, “Ocasionalmente/às vezes realiza”, “ <b>Frequentemente realiza</b> ”, “ <b>Sempre realiza</b> ”.
<b>Questão 1</b>	Incentivo da presença do acompanhante.	<b>Você incentiva a</b> presença do acompanhante?
<b>Questão 2</b>	Oferta de informações apuradas sobre o processo de trabalho de parto, parto ou puerpério.	<b>Você oferece informações</b> claras e <b>precisas</b> sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?
<b>Questão 3</b>	Escuta ativa sobre as dúvidas da mulher e responde às suas perguntas	<b>Questão excluída por estar contida na questão 14. Substituída por: apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante.</b>
<b>Questão 4</b>	Coleta do histórico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, exames laboratoriais etc.)	<b>Você coleta o histórico clínico</b> completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, <b>medicamentos em uso</b> , exames laboratoriais etc.)?
<b>Questão 5</b>	Avaliação física da mulher	<b>Você realiza o exame físico da</b> mulher?
<b>Questão 6</b>	Avaliação psicológica da mulher	<b>Você avalia o estado emocional da</b> mulher?
<b>Questão 7</b>	Monitorização dos sinais vitais da mulher	<b>Você realiza a</b> monitorização da pressão arterial da mulher, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?
<b>Questão 8</b>	Comunicação efetiva com a equipe multiprofissional	<b>Você se</b> comunica de maneira efetiva com a equipe multiprofissional?
<b>Questão 9</b>	Comunicação clara e efetiva com a mulher e acompanhante	<b>Você se</b> comunica de maneira clara e efetiva com a mulher e/ou acompanhante?

(continua)

**Quadro 4** – Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

(continuação)

	<b>ITENS ORIGINAIS</b>	<b>ITENS APÓS ALTERAÇÃO</b>
<b>Questão 10</b>	Preenchimento correto da documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem)	<b>Você</b> preenche corretamente a documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem/partograma)?
<b>Questão 11</b>	Coleta de amostra de sangue para tipagem sanguínea, se a mulher não tiver relatório comprobatório formal	<b>Você</b> coleta amostra de sangue para tipagem sanguínea, nos casos em que a mulher não possui relatório comprobatório formal?
<b>Questão 12</b>	Aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL.	<b>Você</b> realiza aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL?
<b>Questão 13</b>	Registro, em prontuário, dos resultados dos testes rápidos.	<b>Você</b> registra, em prontuário, os resultados dos testes rápidos?
<b>Questão 14</b>	Oferta de suporte e apoio emocional à mulher e acompanhante.	<b>Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?</b>
<b>Questão 15</b>	Ausulta dos batimentos cardíacos fetais com aparelho ultrassom ou estetoscópio de Pinard.	<b>Questão excluída devido à especificidade da ação que não pode ser delegada a outros profissionais da equipe de enfermagem.</b>
<b>Questão 16</b>	Técnicas de relaxamento e alívio da dor não medicamentosa.	<b>Você aplica técnicas não medicamentosas de relaxamento e alívio da dor?</b>
<b>Questão 17</b>	Encorajamento da mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco.	<b>Você</b> encoraja a mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco?
<b>Questão 18</b>	Técnicas de redução do trauma perineal e facilitação do parto natural (massagem perineal, compressas mornas).	<b>Você aplica técnicas de facilitação do parto natural e redução do trauma perineal (massagem perineal, compressas mornas)?</b>
<b>Questão 19</b>	Administração de antibióticos na hora prescrita.	<b>Você</b> administra antibióticos <b>no horário prescrito?</b>
<b>Questão 20</b>	Administração de anti-hipertensivos na hora prescrita.	<b>Você</b> administra anti-hipertensivos <b>no horário prescrito?</b>
<b>Questão 21</b>	Estímulo e posicionamento do recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto.	<b>Você</b> estimula e posiciona o recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto?
<b>Questão 22</b>	Estímulo a amamentação logo após o nascimento.	<b>Você</b> estimula a amamentação na <b>primeira hora de vida?</b>
<b>Questão 23</b>	Oferta orientações e apoio à amamentação.	<b>Você oferece orientações e apoio à amamentação?</b>
<b>Questão 24</b>	Oferta orientações quanto aos cuidados puerperais.	Questão excluída, contida na questão 31. Substituída por: <b>você incentiva a deambulação da mulher?</b>
<b>Questão 25</b>	Avaliação de pulseiras de identificação.	<b>Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido?</b>
<b>Questão 26</b>	Avaliação da elevação das grades e integridade dos berços.	<b>Você verifica a elevação das grades e integridade dos berços?</b>
<b>Questão 27</b>	Orientação das puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou em pelo menos 6 horas (por motivos culturais).	<b>Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?</b>
<b>Questão 28</b>	Avaliação do tônus uterino no pós-parto para identificação precoce de atonia uterina.	<b>Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?</b>
<b>Questão 29</b>	Avaliação regular de sangramento vaginal, contração uterina e altura uterina rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.	Questão incluída na questão 28. Substituída por: <b>você verifica a presença de eliminações vesicais da mulher no pós-parto?</b>

(continua)

**Quadro 4** - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

(continuação)

<b>Questão 30</b>	Avaliação da temperatura e frequência cardíaca rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.	<b>Você avalia a temperatura e frequência cardíaca, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?</b>
<b>Questão 31</b>	Oferta orientações e informações quanto aos cuidados e condutas após a alta.	<b>Você prepara a mulher e acompanhante para alta, orientando sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido?</b>

Fonte: dados da própria pesquisa.

Em seguida, foi realizada uma segunda rodada para validação das alterações pelos juízes e avaliação do CVC dos itens e seus respectivos domínios (Tabela 4, 5 e 7). Nessa segunda rodada, apenas cinco juízes retornaram com as avaliações.

**Tabela 4** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	Clareza	Objetividade	Simplicidade	Precisão	Credibilidade	Variedade	Pertinência
<b>Q1</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q2</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q3</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q4</b>	0,93	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q5</b>	0,93	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q6</b>	0,93	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q7</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q8</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q9</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q10</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q11</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q12</b>	1,00	0,93	0,93	0,93	1,00	1,00	1,00
<b>Q13</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q14</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q16</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q17</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q18</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q19</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q20</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q21</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q22</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q23</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q24</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q25</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q26</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Q27</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
<b>Q28</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

(continua)

**Tabela 4** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de cada item da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	Clareza	Objetividade	Simplicidade	Precisão	Credibilidade	Variedade	Pertinência	(continuação)
<b>Q29</b>	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	
<b>Q30</b>	0,87	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	
<b>Q31</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	

Fonte: dados da própria pesquisa.

**Tabela 5** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) dos domínios dos itens da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	Clareza	Objetividade	Simplicidade	Precisão	Credibilidade	Variedade	Pertinência	Total
<b>DOMÍNIO A</b>	0,98	0,97	0,97	0,97	0,98	0,98	0,98	0,97
<b>DOMÍNIO B</b>	0,97	0,98	0,98	0,98	0,98	0,98	0,98	0,98
<b>DOMÍNIO C</b>	0,96	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97	0,97

Fonte: dados da própria pesquisa.

**Tabela 6** - Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) da escala como um todo por juiz da segunda rodada de validação do Instrumento de Avaliação dos Cuidados Obstétricos relacionados à Assistência de Enfermagem. Brasília (DF), 2019

	JUIZ 2	JUIZ 4	JUIZ 5	JUIZ 6	JUIZ 7
<b>ESCALA GERAL</b>	0,989	0,995	0,983	0,957	0,946
<b>ESCALA COMO UM TODO DE TODOS JUÍZES</b>				0,974	
<b>Pej - erro padrão da polarização dos juízes</b>				0,9745	

Fonte: dados da própria pesquisa.

Um juiz solicitou a alteração do título, retirando o termo “*cuidados obstétricos*” por se referir à assistência prestada por enfermeiros obstetras. Uma vez que as equipes de enfermagem dos serviços obstétricos do Distrito Federal não são compostas, exclusivamente por enfermeiros obstetras, o título foi novamente alterado para “*Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos*”. O domínio C foi alterado de “*Assistência Obstétrica*” para “*Cuidados de Enfermagem em Obstetrícia*”.

A questão 10 “*Você preenche corretamente a documentação relacionada à assistência de enfermagem (evolução/relatório de enfermagem/partograma)?*” foi simplificada para “*Você registra corretamente as informações relacionadas à assistência de enfermagem (evolução/relatório de enfermagem/partograma)?*”. Já a questão 29 teve o termo “*vesicais*” substituído pelo termo “*urinária*”. Atendendo a sugestão dos juízes, o conteúdo da questão 30 “*Você avalia a temperatura e frequência cardíaca, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?*” foi incluído na questão 7 “*Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?*”, por conter o mesmo conteúdo: monitorização

de sinais vitais.

Ao final da segunda rodada de avaliação e índices favoráveis do CVC dos itens, o instrumento ficou composto por 29 questões.

## 5.2 ANÁLISE SEMÂNTICA (PRÉ-TESTE) DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

Entre os participantes do pré-teste, 56 (100%) eram do sexo feminino, com média de  $39,7 \pm 9,96$  anos, variando de 24 a 70 anos.

O tempo de formação variou entre 6 meses há 30 anos (Média:  $12,6 \pm 7$ ), enquanto o tempo de atuação na instituição apresentou variação entre 2 meses há 19 anos, média:  $7,8 \pm 4,5$ .

Os profissionais de enfermagem participantes trabalhavam de 20 a 60 horas semanais na instituição (Média:  $34,5 \pm 10,8$ ). 12 (21,4%) possuíam dois vínculos e 44 (78,6%) um único vínculo. 13 (23,2%) dos profissionais cumpriam mais de 40 horas semanais, somando-se todos os vínculos (Média:  $40,5 \pm 12,4$ ).

O tempo de experiência em serviços obstétricos variou entre 1 mês a 45 anos (Média:  $8,6 \pm 7,16$ ). 41,1% dos profissionais possuíam 10 anos ou mais de experiência na área. Ressalta-se, ainda, que, na unidade, 76,8% possuíam mais de cinco anos de experiência.

Doze (21,4%) profissionais não souberam responder há quanto tempo participaram de algum curso de atualização pela instituição. Vinte e cinco (44,6%) não responderam sobre a participação de curso por conta própria. Uma colaboradora (1,8%) referiu nunca ter participado de cursos de atualização em assistência obstétrica. O tempo de participação de cursos pela instituição variou entre 1 semana e 60 meses (Média:  $11,7 \pm 12,2$ ). Já o tempo de participação de cursos por conta própria variou de 1 a 60 meses (Média:  $13,6 \pm 14,3$ ). A Tabela 7 apresenta a distribuição dos participantes, segundo o perfil profissiográfico na instituição funcional.

**Tabela 7** - Perfil profissiográfico dos participantes do pré-teste do Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos. Brasília (DF), 2019

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N = 56</b>	<b>%</b>
<b>Setor</b>		
Centro obstétrico	23	41,1
Alojamento conjunto	33	58,9
<b>Cargo/Função</b>		
Auxiliar de enfermagem	3	5,4
Técnico de enfermagem	39	69,6
Enfermeiro	12	21,4
Residente de enfermagem	2	3,6
<b>Área de atuação</b>		
Assistência	53	94,6
Assistência e gestão	3	5,4
<b>Titulação Mais Elevada</b>		
Curso técnico	23	41,1
Graduação	15	26,8
Especialização	16	28,6
Mestrado	1	1,8
Não Responderam	1	1,8
<b>Turno de Trabalho</b>		
<b>Diurno</b>	13	23,2
<b>Noturno</b>	13	23,2
<b>Rodízio entre Diurno e Noturno</b>	30	53,6
<b>Recebeu curso de assistência obstétrica segura</b>		
Sim	38	67,9
Não	16	28,6
Não responderam	2	3,6

Fonte: dados da própria pesquisa.

Durante a autoavaliação da assistência pela população-alvo, procedeu-se a análise da compreensão e objetividade de cada item do instrumento, a fim de testar o alcance do objetivo

para o qual foi construído.

Os profissionais informaram que não tiveram grandes dificuldades de compreensão dos itens, porém a pesquisadora fez uma revisão de todos os itens os quais teve de repetir algumas vezes.

Foram realizadas alterações na primeira parte do instrumento, correspondentes ao levantamento do perfil profissional. No perfil profissiográfico, a ordem das questões foi alterada, de forma que o preenchimento ficasse mais intuitivo. Foi percebida uma dificuldade de os participantes relatarem informações relacionadas ao tempo de formado ou participação em cursos. Dessa forma, essas questões foram simplificadas, para que referissem, apenas, o ano em que se formaram. Ao final da avaliação semântica, ficaram 18 questões sobre o perfil profissiográfico (Figura 4).

**Figura 4 - Comparativo entre a avaliação do perfil profissiográfico original e final. Brasília (DF), 2019**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS - ORIGINAL**

**PERFIL PROFISSIOGRÁFICO**

Sexo: Feminino ( ) Masculino ( )

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da unidade/setor onde você trabalha \_\_\_\_\_

Cargo/Função que desenvolve nessa instituição:

a) ( ) Auxiliar de enfermagem      b) ( ) Técnico em enfermagem  
c) ( ) Enfermeiro                      d) ( ) Residente de Enfermagem

Área em que atua nessa instituição:

a) Assistência                      b) Gestão                      c) Assistência e gestão

Qual é a sua titulação mais elevada?

a) ( ) Curso Técnico              b) ( ) Graduação  
c) ( ) Especialização              d) ( ) Mestrado              e) ( ) Doutorado

Tempo de formado (em anos): \_\_\_\_\_

Tempo de atuação neste hospital (em anos): \_\_\_\_\_

Qual o seu turno de trabalho nessa instituição:

a) ( ) Diurno                      b) ( ) Noturno                      c) ( ) Rodízio entre Diurno e Noturno

Qual a carga horária semanal de trabalho **nesta instituição?** \_\_\_\_\_

Possui quantos vínculos de trabalho? \_\_\_\_\_

Qual a carga horária semanal **total** de trabalho, considerando todos os vínculos? \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos (em anos): \_\_\_\_\_

Possui curso de especialização na área obstétrica? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **oferecido/disponibilizado por essa instituição?** \_\_\_\_\_

Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **por sua própria conta?** \_\_\_\_\_

Recebeu curso sobre assistência obstétrica segura? ( ) Sim ( ) Não

**ESCALA DE AUTOAVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS - FINAL**

**PERFIL PROFISSIOGRÁFICO**

1. Sexo: [1] Feminino [2] Masculino

2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3. Unidade/setor onde você trabalha: [1] Centro Obstétrico [2] Alojamento Conjunto/Maternidade

4. Área em que atua nessa instituição:

[1] Assistência [2] Gestão/Administrativo [3] Assistência e Gestão

5. Cargo/Função que desenvolve nessa instituição:

[1] Auxiliar de enfermagem [2] Técnico em enfermagem  
[3] Enfermeiro [4] Residente de Enfermagem

6. **Ano em que se formou para a função que exerce nesta instituição:** \_\_\_\_\_

7. Tempo de atuação, **em anos**, neste hospital: \_\_\_\_\_

8. Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos, **em anos:** \_\_\_\_\_

9. Turno de trabalho nessa instituição:

[1] Diurno [2] Noturno [3] Rodízio entre Diurno e Noturno

10. Carga horária semanal de trabalho **nesta instituição:** \_\_\_\_\_

11. Possui quantos vínculos de trabalho? \_\_\_\_\_

12. Carga horária semanal **total** de trabalho, considerando todos os vínculos? \_\_\_\_\_

13. Qual é a sua titulação mais elevada?

[1] Curso Técnico [2] Graduação [3] Pós-Graduação *Latu Sensu*  
[4] Mestrado [5] Doutorado

14. Possui curso de **Pós-Graduação Latu Sensu** (Especialização) na área obstétrica? [1] Sim [2] Não

15. **Participou de curso de atualização em assistência de enfermagem em obstetria, oferecido/disponibilizado por essa instituição**, nos últimos 6 meses? [1] Sim [2] Não

16. **Participou de curso de atualização em assistência de enfermagem em obstetria**, nos últimos 6 meses, **por sua própria conta?** [1] Sim [2] Não

17. **Participou de curso sobre segurança do paciente?** [1] Sim [2] Não

18. Participou de curso sobre **cuidados seguros em obstetria?** [1] Sim [2] Não

Fonte: dados da própria pesquisa.



A análise das questões referentes à assistência de enfermagem evidenciou que 6 questões eram atribuições específicas a um setor e a uma categoria, o que gerava confusão sobre atribuições e competências, e mascarava os resultados ao reduzir o escore. A fim de obter um questionário com avaliação geral do instrumento, foram removidas seis questões, conforme Quadro 5.

**Quadro 5** - Questões excluídas e suas respectivas justificativas. Brasília (DF), 2019.

QUESTÃO EXCLUÍDA	JUSTIFICATIVA
11) Você coleta amostra de sangue para tipagem sanguínea, nos casos em que a mulher não possui relatório comprobatório formal?	Atribuição do Laboratório.
15) Você aplica técnicas não medicamentosas de relaxamento e alívio da dor?	Competência do Centro obstétrico, rotineiramente realizado apenas pelo Enfermeiro e/ou Doula.
16) Você encoraja a mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco?	Competência do Centro obstétrico, rotineiramente realizado apenas pelo Enfermeiro e/ou Doula.
17) Você aplica técnicas de facilitação do parto natural e redução do trauma perineal (massagem perineal, compressas mornas)?	Competência do Centro obstétrico, rotineiramente realizado apenas pelo Enfermeiro Obstetra.
20) Você estimula e posiciona o recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto?	O contato pele a pele, para ser efetivo, deve ser realizado, ininterruptamente, na primeira hora pós-parto. Por essa razão, é realizado somente no Centro Obstétrico, pelos profissionais Enfermeiro ou Neonatologista.
21) Você estimula a amamentação na primeira hora de vida?	Competência do Centro Obstétrico, uma vez que a puérpera será encaminhada ao Alojamento Conjunto após, no mínimo, duas horas pós-parto.

Fonte: dados da própria pesquisa.

A fim de levantar os primeiros parâmetros da autoavaliação da assistência de enfermagem obstétrica, procedeu-se a análise de confiabilidade da escala, obtendo alpha geral de 0.764, conforme a Tabela 8.

**Tabela 8** - Alpha de Cronbach e análise descritiva dos domínios relacionados à autoavaliação da assistência de enfermagem obstétrica. Brasília (DF), 2019

	A	MIN-MÁX	MÉDIA (Desvio Padrão)	Variância
<b>Geral</b>	0,764	2,2 – 4,8	4,2 ± 2,5	0,561
<b>Domínio A</b>	0,776	3,7 – 4,8	4,5 ± 1,17	0,122
<b>Domínio B</b>	0,558	2,6 – 4,6	3,6 ± 2,0	0,950
<b>Domínio C</b>	0,467	3,3 – 4,8	4,4 ± 1,5	0,243

Fonte: dados da própria pesquisa.

As questões relacionadas aos cuidados de enfermagem também foram reorganizadas de forma que ficassem o mais próximo possível à sequência de cuidados prestados à mulher (Figura 5). As questões 4, 10, 12, 13, 18, 19, 24, 25 e 29 tiveram seu texto reformulado de forma a ficarem menos restritivos e mais abrangentes a todos os profissionais e assumiram outra numeração, a saber: 2, 15, 9, 10, 13, 14, 18, 21 e 23, respectivamente. Após essas alterações, as questões relacionadas ao registro dos resultados de tipagem sanguínea e testes rápidos passaram a pertencer ao Domínio B. Já as questões relacionadas à verificação e orientação quanto à elevação das grades e identificação das pulseiras, avaliação do estado emocional e incentivo à deambulação passaram a compor o Domínio A.

**Figura 5:** Comparativo entre os itens de autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos. Brasília (DF), 2019.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – VERSÃO ANTERIOR AO PRÉ-TESTE	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – VERSÃO FINAL
1) Você incentiva a presença do acompanhante?	1) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante?
2) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?	2) Você coleta e registra o histórico clínico da mulher (antecedentes obstétricos, medicamentos em uso, alergias e exames pertinentes)?
3) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante?	3) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?
4) Você coleta o histórico clínico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, medicamentos em uso, exames laboratoriais, etc)?	4) Você incentiva a presença do acompanhante?
5) Você realiza o exame físico da mulher?	5) Você avalia o estado emocional da mulher?
6) Você avalia o estado emocional da mulher?	6) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?
7) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e dos demais sinais vitais, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?	7) Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante?
8) Você se comunica de maneira efetiva com a equipe multiprofissional?	8) Você se comunica de maneira clara, objetiva, concisa e oportuna com a equipe multiprofissional (durante passagem de plantão, discussão de caso clínico ou outros momentos que exigem troca de informações)?
9) Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante?	9) Você verifica se a mulher possui registro de tipagem sanguínea?
10) Você registra corretamente as informações relacionadas à assistência de enfermagem (evolução/relatório de enfermagem/partograma)?	10) Você verifica se a mulher possui registro do resultado dos testes rápidos de HIV/VDRL?
11) Você coleta amostra de sangue para tipagem sanguínea, nos casos em que a mulher não possui relatório comprobatório formal?	11) Você realiza o exame físico da mulher?
12) Você realiza aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL?	12) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e demais sinais vitais, conforme preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?
13) Você registra, em prontuário, os resultados dos testes rápidos?	13) Você supervisiona ou administra antibióticos, quando prescrito, no horário indicado?
14) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?	14) Você supervisiona ou administra anti-hipertensivos, quando prescrito, no horário indicado?
15) Você aplica técnicas não medicamentosas de relaxamento e alívio da dor?	15) Você registra todas as informações relacionadas à assistência de enfermagem e intercorrências (evolução e relatórios de enfermagem e/ou partograma)?
16) Você encoraja a mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco?	16) Você incentiva a deambulação da mulher?
17) Você aplica técnicas de facilitação do parto natural e redução do trauma perineal (massagem perineal, compressas mornas)?	17) Você oferece orientações, estímulo e apoio à amamentação?
18) Você administra antibióticos no horário prescrito?	18) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido e orienta sobre sua permanência até a alta?
19) Você administra anti-hipertensivos no horário prescrito?	19) Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto?
20) Você estimula e posiciona o recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto?	20) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?
21) Você estimula a amamentação na primeira hora de vida?	21) Você verifica e orienta sobre a elevação das grades da cama?
22) Você oferece orientações e apoio à amamentação?	22) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?
23) Você incentiva a deambulação da mulher?	23) Você orienta a mulher e acompanhante sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, preparando-os para a alta?
24) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido?	
25) Você verifica a elevação das grades e integridade dos berços?	
26) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?	
27) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?	
28) Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto?	
29) Você prepara a mulher e acompanhante para alta, orientando sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido?	

Ao fim da avaliação semântica, a seção do instrumento que realiza a autoavaliação da qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos permaneceu com três domínios, subdivididos em 23 questões: 12 no domínio A, cinco no domínio B e seis no domínio C (Quadro 6).

**Quadro 6** - Domínios teóricos e respectivos itens do Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos após o pré-teste. Brasília (DF), 2019.

<b>DOMÍNIO A: COMUNICAÇÃO E APOIO/SUPORTE À MULHER</b>
1) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante?
3) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?
4) Você incentiva a presença de acompanhante?
5) Você avalia o estado emocional da mulher?
6) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?
7) Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante?
16) Você incentiva a deambulação da mulher?
17) Você oferece orientações, estímulo e apoio à amamentação?
18) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido <b>e orienta sobre sua permanência até a alta?</b>
21) Você verifica <b>e orienta sobre</b> a elevação das grades da cama?
22) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?
23) Você orienta a mulher e acompanhante sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, <b>preparando-os para a alta?</b>
<b>DOMÍNIO B: COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL</b>
2) Você coleta <b>e registra</b> o histórico clínico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, medicamentos em uso, <b>alergias e outros exames pertinentes</b> )?
8) Você se comunica de <b>maneira clara, objetiva, concisa e oportuna</b> com a equipe multiprofissional ( <b>durante passagem de plantão, discussão de caso clínico ou outros momentos que exigem troca de informações</b> )?
9) Você <b>verifica se a mulher possui registro de tipagem sanguínea?</b>
10) Você <b>verifica se a mulher possui registro do resultado dos testes rápidos de HIV/VDRL?</b>
15) Você registra corretamente as informações relacionadas à assistência de enfermagem (evolução/relatório de enfermagem <b>e/ou</b> partograma)?
<b>DOMÍNIO C: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS</b>
11) Você realiza o exame físico da mulher?
12) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e demais sinais vitais, conforme preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto <b>ou</b> puerpério)?
13) Você <b>supervisiona ou administra</b> antibióticos no horário prescrito?
14) Você <b>supervisiona ou administra</b> anti-hipertensivos no horário prescrito?
19) Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto?
20) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?

Fonte: dados da própria pesquisa

O instrumento final foi intitulado “Escala de autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos”, composto de duas seções: ‘Perfil profissiográfico’ e ‘Autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos’.

Em seguida, procedeu-se a aplicação desse instrumento para testar a adequação das alterações realizadas e verificar capacidade de compreensão do instrumento pela população-alvo.

Participaram dessa fase 19 profissionais. Todos eram do sexo feminino, com média de  $43,58 \pm 9,83$  anos de idade, variando de 22 a 60 anos.

O tempo de formação variou entre sete a 26 anos (Média:  $15,22 \pm 4,83$ ), enquanto o tempo de atuação na instituição apresentou variação entre 1 há 17 anos, média de  $6,5 \pm 4,38$ .

Os profissionais de enfermagem participantes trabalhavam de 20 a 40 horas semanais na instituição (Média:  $29,68 \pm 10,09$ ). 13 (68,4%) possuíam um único vínculo e seis (31,6%) dois vínculos de trabalho. Seis (31,7%) dos profissionais cumpriam mais de 40 horas semanais, somando-se todos os vínculos (Média:  $39,68 \pm 13,79$ ).

O tempo de experiência em serviços obstétricos variou entre 1 a 10 anos (Média:  $6,17 \pm 3,46$ ). 15,8% dos profissionais possuíam 10 anos de experiência na área. Ressalta-se, ainda, que, na unidade, 68,5% possuíam mais de cinco anos de experiência.

Doze (63,2%) profissionais referiram ter participado de cursos de atualização em assistência de enfermagem em obstetrícia disponibilizado pela instituição nos últimos 6 meses. Treze (68,4%) dos profissionais relataram não participar de cursos de atualização na área por conta própria. A Tabela 9 apresenta a distribuição dos participantes, segundo os demais dados do perfil profissiográfico.

**Tabela 9** - Perfil profissiográfico dos participantes do teste-piloto, do Instrumento de Avaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos, no Hospital A. Brasília (DF), 2019

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N = 19</b>	<b>%</b>
<b>Setor</b>		
Centro obstétrico	9	47,4
Alojamento conjunto	10	52,6
<b>Cargo/Função</b>		
Auxiliar de enfermagem	3	15,8
Técnico de enfermagem	13	68,4
Enfermeiro	3	15,8
<b>Área de Atuação</b>		
Assistência	18	94,7
Assistência e gestão	1	5,3
<b>Titulação Mais Elevada</b>		
Curso técnico	10	52,6
Graduação	5	26,3
Especialização	4	21,1
<b>Turno de Trabalho</b>		
Diurno	5	26,3
Noturno	2	10,5
Rodízio entre diurno e noturno	12	63,2
<b>Possui Pós-Graduação <i>Latu Sensu</i> na área obstétrica</b>		
Sim	1	5,3
Não	18	94,7

Fonte: dados da própria pesquisa.

Uma vez que as afirmativas do instrumento representam ações que devem ser executadas pelos profissionais de saúde, refletindo o nível de qualidade de cuidados prestados, foi calculado o escore médio e desvio padrão de cada ação esperada e o Índice de Positividade para cada domínio. O Índice de Positividade foi calculado dividindo-se o número de respostas válidas pelo número de respostas positivas apresentadas para cada questão. Os resultados estão demonstrados na Tabela 10.

**Tabela 10** - Índice de Positividade (IP) dos domínios da escala após teste-piloto. Brasília (DF), 2019

	<b>Média ± desvio padrão</b>	<b>Respostas Negativas N (%)</b>	<b>Respostas positivas N (%)</b>	<b>Índice de Positividade do domínio</b>
<b>DOMÍNIO A (N: 228)</b>				<b>85,5%</b>
1) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante?	3,9 ± 1,2	7 (36,9)	12 (63,1)	
3) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?	4,4 ± 0,7	2 (10,5)	17 (89,5)	
4) Você incentiva a presença do acompanhante?	4,1 ± 1,2	5 (26,3)	14 (73,7)	
5) Você avalia o estado emocional da mulher?	4,4 ± 0,8	3 (15,8)	16 (84,2)	
6) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?	4,5 ± 0,7	2 (10,5)	17 (89,5)	
7) Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante?	4,7 ± 0,6	0	18 (94,7)	
16) Você incentiva a deambulação da mulher?	4,4 ± 0,8	2 (10,5)	17 (89,5)	
17) Você oferece orientações, estímulo e apoio à amamentação?	4,7 ± 0,6	1 (5,3)	18 (94,7)	
18) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido e orienta sobre sua permanência até a alta?	4,8 ± 0,5	1 (5,3)	18 (94,7)	
21) Você verifica e orienta sobre a elevação das grades da cama?	3,9 ± 1,1	5 (26,3)	14 (73,7)	
22) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?	4,4 ± 0,7	1 (5,3)	18 (94,7)	
23) Você orienta a mulher e acompanhante sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, preparando-os para a alta?	4,3 ± 1,0	3 (15,8)	16 (84,2)	
<b>DOMÍNIO B (N: 95)</b>				<b>82,1%</b>
2) Você coleta e registra o histórico clínico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, medicamentos em uso, alergias e outros exames pertinentes)?	4,2 ± 1,2	5 (26,3)	14 (73,7)	
8) Você se comunica, de maneira efetiva, com a equipe Multiprofissional?	4,5 ± 0,7	2 (10,5)	17 (89,5)	
9) Você verifica se a mulher possui registro de tipagem sanguínea?	3,9 ± 1,3	5 (26,3)	14 (73,7)	

(continua)

**Tabela 10** - Índice de Positividade (IP) dos domínios da escala após teste-piloto, no Hospital A. Brasília (DF), 2019

	Média ± desvio padrão	Respostas Negativas N (%)	Respostas positivas N (%)	(continuação) Índice de Positividade do domínio
<b>DOMÍNIO B (N: 95)</b>				<b>82,1%</b>
10) Você verifica se a mulher possui registro do resultado dos testes rápidos de HIV/VDRL?	4,7 ± 0,6	1 (5,3)	18 (94,7)	
15) Você registra corretamente as informações relacionadas à assistência de enfermagem (evolução/relatório de enfermagem e/ou partograma)?	4,4 ± 1,0	3 (15,8)	15 (78,9)	
<b>DOMÍNIO C (N: 114)</b>				<b>80,7%</b>
11) Você realiza o exame físico da mulher?	2,9 ± 1,7	10 (52,6)	9 (47,4)	
12) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e demais sinais vitais, conforme preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?	4,5 ± 0,9	3 (15,8)	16 (84,2)	
13) Você <i>supervisiona ou administra</i> antibióticos no horário prescrito?	4,9 ± 0,3	0	19 (100)	
14) Você <i>supervisiona ou administra</i> anti-hipertensivos no horário prescrito?	4,8 ± 0,4	0	19 (100)	
19) Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto?	4,3 ± 1,0	4 (21,1)	15 (78,9)	
20) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?	4,4 ± 1,2	4 (21,1)	14 (73,7)	

Fonte: dados da própria pesquisa.

Menos de 50% dos participantes referiram realizar o exame físico da mulher e menos de 75% dos participantes referiram apresentar-se pelo nome e função à mulher e acompanhante, incentivar a presença de acompanhante, verificar e orientar sobre a elevação das grades da cama, coletar e registrar o histórico clínico da mulher, verificar o registro de tipagem sanguínea, e avaliar o tônus uterino da mulher no pós-parto. Tais ações são de extrema importância para o processo de enfermagem em serviços obstétricos e representam situações que precisam ser avaliadas pelo serviço de saúde para promoção de mudanças organizacionais que garantem a execução dessas ações pelos profissionais de enfermagem.



## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou construir e validar um instrumento para autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos, a fim de disponibilizar, para esses profissionais, gestores e pesquisadores, uma ferramenta que auxilie a avaliação dos cuidados prestados no referido contexto.

As avaliações dos serviços de saúde são importantes por fornecerem informações sobre suas fragilidades e pontos fortes, possibilitando a elaboração de planos de intervenção pontuais que podem ser operacionalizados e até o delineamento de políticas públicas que impactarão na sociedade (BAUER; ALAVARSE; OLIVEIRA, 2015).

A aplicação de testes é um dos recursos utilizados nas avaliações, sendo bastante úteis quando bem construídos e interpretados. Eles têm o potencial de oferecer benefícios efetivos para avaliadores e avaliados, podendo resultar em melhores decisões para os indivíduos do que se não fosse aplicado (ANDRADE; VALENTINI, 2018).

O presente estudo concluiu os polos teórico e empírico, em que foram levantadas as propriedades do constructo “qualidade da assistência de enfermagem em serviços obstétricos”. Para isto, foi necessária a realização de um levantamento do referencial teórico para, então, identificar os comportamentos observáveis que representam uma assistência de enfermagem de qualidade e que darão origem aos possíveis itens do instrumento de medida. Nessa fase foram definidos três domínios da qualidade da assistência de enfermagem: comunicação e apoio/suporte a mulher (domínio A); comunicação entre a equipe multiprofissional (domínio B) e assistência de enfermagem em serviços obstétricos (domínio C).

Antes de ser aplicado, um instrumento deve oferecer dados precisos, válidos e interpretáveis e, para tanto, deve ter suas propriedades psicométricas testadas, principalmente no que diz respeito à sua validade e confiabilidade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A validade determina se um instrumento mede exatamente o que se propõe a medir. Este estudo realizou a validação de conteúdo por meio de um painel de especialistas que avaliaram os critérios de Pasquali (2010) para cada item do instrumento. Um estudo de Santos (2016) buscou identificar o desempenho dos enfermeiros, por meio de um instrumento de medida, em uma unidade de oncologia. Segundo a autora, unidades especializadas, com características pontuais como o setor de oncologia, necessitam de um instrumento que avalie competências específicas. Esse estudo de validação também passou por avaliação de juízes, em busca de um consenso sobre a sua pertinência. Esse processo reforça que a avaliação por um Comitê de

juízes possibilita a detecção precoce de possíveis erros ou problemas de compreensão de instrumentos de pesquisa.

O Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), calculado pela divisão da média dos valores dos julgamentos dos juízes por 3, valor máximo da última categoria da escala, foi utilizado para verificar o nível de concordância dos juízes em relação à adequação dos itens avaliados. Foi considerado um CVC maior ou igual a 0,80 como indicativo de adequação ao texto original tanto para avaliação de cada item, quanto para avaliação geral do instrumento (DIAS; MARBA, 2014). Segundo a literatura, quanto maior o CVC, menos alterações são necessárias para aprimorar o estilo do texto (PASQUALI, 2009; TAVAKOL; DENNICK, 2011). Na primeira avaliação dos juízes, apenas quatro (4) questões obtiveram CVC inferior a 0,80. Contudo, valorizou-se a importância dos comentários dos juízes de acordo com a área de atuação dos profissionais, se Segurança do Paciente ou Obstetrícia, considerando os conhecimentos de cada um. Portanto, todos os itens sofreram modificações nessa etapa.

Nesse estudo, os comentários realizados pelos especialistas foram considerados na análise qualitativa. Portanto, três questões foram excluídas e substituídas por outras duas sugeridas pelo comitê. Os demais itens do instrumento foram mantidos, porém foram tornados mais adequados quanto à clareza e simplicidade, bem como às atribuições da equipe de enfermagem que atua nos serviços obstétricos. Também foi acrescentada a palavra “você”, no início da questão, para tornar o instrumento mais incisivo quanto ao processo de autoavaliação.

Com relação à segunda rodada, na reavaliação pelo Comitê de juízes, todos os itens obtiveram CVC acima de 0,80. Entretanto, as sugestões dos juízes foram novamente consideradas, e o instrumento passou a ter 29 questões relacionadas aos cuidados de enfermagem em serviços obstétricos.

Segundo a literatura, após a validação de face e conteúdo, todo e qualquer instrumento deve passar pela análise semântica (pré-teste), por uma amostra que represente a população-alvo. Esta etapa tem como objetivo verificar a inteligibilidade dos itens do instrumento em todos os níveis, logo, sua amostra deve ser constituída de indivíduos dos diferentes estratos da sociedade (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; PASQUALI, 2010).

Esses critérios também foram seguidos em estudos de validação recentes como o de Silva (2017) e Mendonça (2016), que selecionaram amostras com diferentes níveis de escolaridade para aplicação do pré-teste. No presente estudo, participaram do pré-teste 56 profissionais de enfermagem: 5,4% auxiliares de enfermagem, 69,6% técnicos, 21,4% enfermeiros e 3,6% residentes. A titulação mais elevada dessa amostra também foi diversificada: 41,1% curso técnico, 26,8% graduação, 28,6% especialização e 1,8% mestrado;

atendendo a recomendação da literatura para esta etapa.

Em relação aos 39 técnicos de enfermagem, 41% possuíam curso superior e/ou pós-graduação. Dentre os enfermeiros, um (8,3%) fez Mestrado, 10 (83,3%) possuíam especialização e desses, seis (60%) fizeram especialização em obstetrícia, demonstrando uma busca maior por qualificação na atividade profissional desempenhada.

Doze (21,4%) profissionais não souberam responder há quanto tempo tinham participado de algum curso de atualização pela instituição. Além disso, a variação do tempo em que o profissional havia participado de curso de atualização pela instituição foi ampla. Esse fato pode estar relacionado à característica da confecção da escala dos profissionais. 21,4% dos profissionais possuem dois ou mais vínculos, e muitos deles afirmaram residir fora do Distrito Federal; fato que os levam a cumprir escalas condensadas, mistas, com preferência pelos finais de semana, o que impossibilita a participação nos cursos oferecidos pela instituição.

As variáveis do instrumento aplicado no pré-teste foram avaliadas por meio da média, desvio-padrão, mediana, o alfa de Cronbach total e índice de positividade.

A confiabilidade é outra medida psicométrica importante para um instrumento, que reflete o quão consistente, preciso ou estável ele é. Para isto, podem ser determinados três critérios: consistência interna, equivalência e estabilidade.

A consistência interna verifica a consistência entre os vários itens que compõem um instrumento, tendo como base a correlação média entre esses itens. Assim, um instrumento apresenta consistência interna quando todas as suas subpartes mensuram o mesmo conceito. Segundo Souza, Alexandre e Guirardello (2017), desde a década de 1950, o coeficiente alfa de Cronbach é o mais utilizado pelos pesquisadores para avaliar a consistência interna de um instrumento. Foram encontrados diversos estudos que testaram o alfa de Cronbach em instrumentos voltados para enfermeiros da área hospitalar (CHAVES, 2016; GOTTEMS et al., 2018; TOMAZIN, 2019).

Ainda que o alfa de Cronbach seja a medida mais utilizada para avaliar a consistência interna, não há consenso quanto à sua interpretação. Algumas pesquisas consideram valores abaixo de 0,70 — mas próximos a 0,60 — como satisfatórios (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). Outros estudos consideram que, para instrumentos que já estão sendo largamente utilizados, a medida deve apresentar um valor superior a 0,70. O valor vai também depender do número de questões que compõem o instrumento, aumentando com uma elevação dos itens. Valores muito elevados podem sugerir redundância, uma vez que o coeficiente é determinado pela média dos coeficientes de correlação entre os itens (ALEXANDRE et al. 2013). O valor do alfa de Cronbach geral, na fase pré-teste, encontrado em nosso estudo, foi de

0,764, representando satisfatória consistência interna dos itens.

O domínio A apresentou alfa de 0,776, já os domínios B e C apresentaram alfas inferiores, 0,558 e 0,467, respectivamente. Os alfas mais baixos são aqueles que apresentam maior desvio padrão das médias dos escores relacionados às respostas dos profissionais. Ambos os domínios refletem, mais especificamente, as competências dos profissionais, o que pode indicar que não há uniformidade nas respostas e, conseqüentemente, nas ações e atribuições dos mesmos. Isto indica a necessidade de avaliação contínua, por parte dos gestores, para padronizar os processos de trabalho. Além disso, esses valores reforçaram a necessidade de alteração do instrumento, removendo as questões com maior especificidade.

### **Domínio A – Comunicação e apoio/suporte à mulher**

O período perinatal, devido a seus intensos efeitos físicos, mentais e emocionais, é um evento fisiológico importante na vida de uma mulher (SASITO et al., 2001). A construção desse instrumento, de forma objetiva e considerando as responsabilidades da equipe de enfermagem, buscou contemplar ações direcionadas a esses três efeitos fisiológicos.

Dessa forma, as parturientes e puérperas necessitam de apoio, orientação e segurança. Nesse momento, as orientações são fundamentais para estabelecer a compreensão e melhorar o enfrentamento da situação vivida de maneira mais harmônica. Assim, faz-se necessário o estabelecimento de um processo comunicacional estruturado e bem definido, entre a puérpera e o profissional de saúde (CENTA, 1981). Percebe-se, contudo, que a comunicação realizada nos serviços obstétricos é insuficiente e inadequada (CENTA; OBERHOFER; CHAMMAS, 2002). Por essa razão, justifica-se o Domínio A “*Comunicação e apoio/suporte à mulher*”.

A comunicação efetiva é uma das principais metas internacionais para a prevenção de danos evitáveis ao paciente, sendo uma ferramenta indispensável para o cuidado. Ela promove o fortalecimento do trabalho em equipe e estimula o vínculo entre o paciente e a equipe de enfermagem despertando confiança, segurança e tranquilidade ao paciente (BRASIL, 2017a).

A comunicação pode ser realizada por meio de palavras, gestos, toques, expressões faciais e corporais, e, quando efetiva, se mostra como uma ferramenta de cuidado capaz de promover a segurança do binômio mãe-filho por meio do resgate da dignidade, da autonomia e da participação da mulher nesse processo. Uma comunicação efetiva é capaz de transmitir apoio, conforto e confiança à mulher, fazendo com que ela se sinta segura e respeitada como pessoa; o que pode refletir as atitudes e comportamentos desta, tornando-a uma participante mais ativa de seu parto (DORNFELD; PEDRO, 2011).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017b) recomenda que:

as mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

Um estudo observacional, de natureza qualitativa, sobre o processo de interlocução entre profissionais de saúde e parturientes no momento do parto em um hospital de Mato Grosso (TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA, 2018), observou que o processo de comunicação interpessoal na relação profissional/parturiente ainda é um desafio, havendo uma tendência da equipe em priorizar o momento do parto e “abandonar” a mulher durante o período de trabalho deste.

A questão 1 “*Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante*”, presente no Domínio A, obteve apenas 63,1% de respostas positivas, enquanto 21,1% o referiam fazê-lo ocasionalmente, 10,5% raramente e 5,3% nunca. Dornfeld e Pedro (2011), em um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, num Centro Obstétrico, identificou um esforço dos profissionais em se manterem incógnitos, por meio de vestimentas de bloco cirúrgico, máscaras, toucas e não identificação pelo nome. Em algumas situações, os pesquisadores observaram que os profissionais ficavam desconfortáveis e reagiam com desconfiança quando perguntados sobre seu nome.

A questão 3 “*Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?* ” apresentou 89,5% de respostas positivas. Uma das recomendações da OMS (WHO, 2018) sobre o assunto refere-se ao fato de que a mulher deve ser informada que ainda não foi determinada uma duração padrão para o primeiro estágio latente, podendo variar amplamente de uma mulher para outra. Os profissionais de saúde devem apoiar as parturientes a experimentarem trabalho e parto de acordo com seu processo reprodutivo natural, sem intervenções para encurtar a duração do trabalho de parto, desde que a mãe e o bebê sejam estáveis, haja dilatação cervical progressiva e a duração esperada do trabalho esteja dentro dos limites (entre 12 a 10 horas). Esse cuidado possibilita que a mulher se torne participante do processo de parturição, tendo conhecimento do que esperar em cada fase, facilitando seu entendimento e cooperação.

Alguns autores identificaram também que, em alguns casos, a comunicação entre profissional e mulher era uma forma de se expressar o poder e a autoridade, levando a anular-se como sujeito, submetendo-se às decisões do profissional da saúde quanto ao que é melhor para ela e seu bebê (DORNFELD; PEDRO, 2011; TRINDADE; SPINIELLI; MOREIRA,

2018). Contudo, os profissionais do presente estudo apresentaram respostas positivas para a questão 6 “você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)? ” (89,5%) e questão 7 “você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante? ” (94,7%).

Quanto à questão 4 “*você incentiva a presença de acompanhante?*” apenas 5,4% dos participantes responderam que, ocasionalmente, o fazem. A garantia do direito a um acompanhante de escolha da mulher, durante seu processo de parturição, nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS), foi regulamentado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, com base nas evidências científicas que demonstram que medidas de conforto físico e emocional auxiliam o processo do parto, reduzindo sua duração e a necessidade de intervenções (SANTOS; TAMBELLINI; OLIVEIRA, 2011).

Um estudo qualitativo, a partir de ensaio clínico randomizado controlado, realizado em um Centro Obstétrico, buscou descrever a percepção de profissionais da saúde sobre prestar assistência à parturiente na presença de acompanhante por ela escolhido, e a percepção dos acompanhantes sobre essa experiência. Como achados, o estudo demonstrou os profissionais não perceberam diferença na forma como a assistência foi prestada, na presença do acompanhante. Inicialmente, havia uma expectativa negativa de que o mesmo poderia atrapalhar o atendimento à mulher, contudo, a presença de acompanhante proporcionou maior abrangência do cuidado, ampliando a observação à mulher e a comunicação das suas necessidades, identificando maior satisfação, segurança e tranquilidade da parturiente. Essa conclusão gerou sentimentos positivos e emoção na equipe de saúde, que assumiu uma postura mais humana e menos rotineira (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

O suporte emocional e social, especialmente durante o trabalho de parto e parto, tem sido referido e valorizado em diversos estudos. O manual “*Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*” — Cuidados Intraparto para uma Experiência de Nascimento Positiva (tradução livre) — é o mais recente guia da OMS que buscou consolidar as recomendações existentes e com novas recomendações sobre práticas essenciais de parto e parto, com ênfase ao incentivo da promoção de uma experiência positiva para as mulheres e suas famílias, por meio de cuidados centrados na mulher e uma abordagem holística baseada nos direitos humanos. Esse manual destaca a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais, e de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo seus aspectos sociais, culturais, emocionais (WHO, 2018).

Os objetivos do suporte à mulher são ajudar, ativamente, a parturiente a dar à luz,

satisfazer as suas necessidades e desejos emocionais, proporcionar conforto, melhorar os resultados do nascimento, aumentar sua autoestima, proporcionar uma experiência positiva ao parto e facilitar a transição ao papel da maternidade. Embora a importância do apoio ao parto seja enfatizada nas práticas assistenciais de enfermagem, uma revisão sistemática identificou que, apenas, 12,4% dos enfermeiros dedicam tempo a essa atividade (METE; ÇIÇEK, 2018). O presente estudo evidenciou que 57,9% dos profissionais referem sempre avaliar o estado emocional da mulher, enquanto 15,8% o fazem ocasionalmente.

Um estudo qualitativo com enfermeiros perinatais demonstrou que os enfermeiros consideram o apoio e encorajamento essenciais, mas, muitas vezes, impossíveis de serem realizados quando a unidade estava lotada ou não quando não havia enfermeiros suficientes. Nesse cenário, os enfermeiros assumiam os cuidados mais técnicos, como avaliações materno-fetais, administração de medicamentos e documentação de registros médicos, deixando o apoio e suporte em segundo plano (SIMPSON; LYNDON, 2017).

Segundo Mete e Çiçek (2018), as circunstâncias que impedem o enfermeiro de fornecer esse suporte têm sido apontadas como falta de pessoal, aumento do uso de tecnologia, estrutura institucional inadequada e realização de atividades que não são atribuições de enfermeiros. Em contrapartida, os autores destacam que o suporte à mulher, no período perinatal, é uma tarefa de extrema importância para o enfermeiro, podendo ser uma intervenção muito mais importante do que a administração de medicamentos e o apoio médico. É um cuidado útil não apenas para a mulher, mas também para o feto e o recém-nascido, podendo melhorar a taxa de partos vaginais, o APGAR no quinto minuto, o processo de amamentação, a conexão entre mãe e bebê e a experiência de parto-nascimento.

A deambulação tem um papel extremamente importante em todo o processo de parturição. Um estudo de Mamede, et al. (2007) demonstrou que quanto mais as mulheres deambulam durante as primeiras três horas da fase ativa do parto, maiores os benefícios percebidos. Estudos têm revelado que, fisiologicamente, é melhor para o binômio que a mulher se mantenha em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se de maneira mais eficaz, o fluxo sanguíneo para o bebê, através da placenta, é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa. No presente estudo, o relato positivo de incentivo à deambulação foi considerado satisfatório (89,5%).

Além dos benefícios para o trabalho de parto, a deambulação também é recomendada no puerpério, devendo ser realizada após quatro horas do parto normal e seis horas para partos com anestesia peridural e raquidiana. A deambulação no puerpério auxilia na regressão do útero com a descida dos lóquios, melhora o funcionamento da bexiga, do intestino e também está

associada à prevenção de trombose (GOMES; SANTOS, 2017).

A questão 17 “*Você oferece orientações, estímulo e apoio à amamentação?*” foi incluída no instrumento em razão da importância do aleitamento materno para a construção do vínculo entre mãe-bebê, dos benefícios imunológicos, nutricionais e psicossociais gerados por essa prática. Para promoção do aleitamento materno, várias políticas públicas foram criadas com o intuito de incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, uma vez que houve, devido às transformações sociais, mudanças de valores quanto a essa prática. É fundamental que os profissionais de saúde, em especial a categoria de enfermagem presente tanto no pré-natal, parto e puerpério, orientem, estimulem e apoiem a amamentação (SILVA et al., 2017). Apenas um profissional de enfermagem (5,3%) referiu ocasionalmente oferecer suporte a essa prática.

Estudos que tratam sobre frequência de queda na área neonatal em ambiente hospitalar. 73,7% dos profissionais relataram verificar e orientar quanto à elevação das grades da cama (questão 21). Estudo de Torino, et al. (2016) demonstrou que os riscos de queda do recém-nascido (RN) estavam presentes em diferentes circunstâncias, em igual proporção em relação ao tipo de parto. Dentre os riscos, destacou-se que as mães compartilharam o leito com seu recém-nascido em razão do sono da mãe, do bebê não dormir no berço, do frio durante as noites, da facilidade de amamentar no leito e por estar recebendo medicação via venosa (soro). Algumas mulheres relataram preferência por amamentar deitadas na cama em razão da dor sentida na ferida operatória – tanto em decorrência da cesárea, quanto da episiorrafia. A orientação insatisfatória sobre a elevação das grades da cama e colocação do recém-nascido no berço, podem se tornar um fator de risco para queda e outros acidentes evitáveis na área hospitalar.

Segundo Tase (2015), o emprego e a verificação das pulseiras de identificação dos pacientes não são realizados de forma contínua e sistemática pelos profissionais de saúde. No contexto obstétrico, a identificação da puérpera e do neonato se dá por meio de pulseiras/braceletes e identificadores específicos como o nome e sobrenome, data de nascimento e registro ou número hospitalar, devendo ser mantidos durante toda a internação hospitalar. A identificação e checagem das pulseiras pode prevenir a troca de recém-nascidos, administração incorreta de medicação e hemocomponentes e o encaminhamento/transfêrencia incorreta dos pacientes para exames, procedimentos e alta. Os profissionais de enfermagem participantes do presente estudo apresentaram 94,7% de respostas positivas para a questão que trata deste assunto.

A questão 22 “*Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até*



*24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?”* justifica-se em razão da cultura de administrar o banho imediatamente após o nascimento em decorrência de a pele do recém-nascido, após o parto, se encontrar envolvida por secreções e sangue, com potencial de contaminar tanto profissionais de saúde como familiares. Contudo, a realização precoce do banho pode favorecer a ocorrência de hipotermia, prejudicando a estabilização cardiorrespiratória e térmica da criança, bem como seu encaminhamento para unidades de cuidados intensivos (LUND et al., 2011; NAKO et al., 2000). Logo, o primeiro banho deve ser adiado para favorecer a adaptação do neonato ao ambiente extrauterino, prevenindo a ocorrência de hipotermia neonatal (RUSCHEL; PEDRINI; CUNHA, 2018). Nesse estudo, 94,7% dos profissionais apresentaram respostas positivas quanto a esta orientação.

Acerca da questão 23 *“Você orienta a mulher e acompanhante sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, preparando-os para a alta?”*, 33,3% dos profissionais do Centro Obstétrico referiram fazê-lo ocasionalmente (11,1%) e raramente (22,2%). Já no Alojamento Conjunto, 100% dos participantes relataram preparar a mulher para a alta. Isto indica uma tendência de se preparar a mulher para alta somente quando da sua saída para o domicílio. Contudo, nesse cenário, as orientações acerca dos cuidados puerperais e com o recém-nascido são tão complexas que não são possíveis de serem todas repassados somente na hora da alta hospitalar (COUTO et al., 2018).

Silva, Ribeiro e Azevedo (2018), em uma revisão crítica da literatura sobre o tema, referem que a transição entre a assistência profissional e o automanejo domiciliar é um período de vulnerabilidade para o paciente, sendo a última oportunidade para o paciente questionar e esclarecer dúvidas. Deve ser instituído um plano de alta, iniciado na admissão do paciente e desenvolvido durante todo o período de internação, como uma estratégia de continuidade do cuidado pós-alta, tornando o paciente independente para seu cuidado no domicílio. A transferência de cuidado não implica transferência de responsabilidade. Trata-se de um processo que envolve todos os profissionais de saúde, rede de atenção à saúde, o usuário e sua família, o qual a equipe multiprofissional necessita conduzir com cooperação e corresponsabilização.

### **Domínio B – Comunicação com a equipe multiprofissional**

A comunicação e o trabalho em equipe na saúde são determinantes na qualidade e segurança na assistência prestada ao paciente, sendo considerada como uma meta de segurança,

assegurada pela Política Nacional de Segurança do Paciente, no Brasil (BRASIL, 2013). Para o alcance da comunicação efetiva, alguns aspectos devem ser considerados, a saber: olhar diretamente, escuta, compreender a mensagem, desenvolvimento da liderança, união de todos os membros da equipe e troca de informações (FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente - IBSP (2017), a comunicação inadequada está relacionada à ocorrência de mais de 70% dos eventos adversos, tais como: erro de administração de medicamento, identificação incorreta do paciente, prescrição inadequada, dentre outros. Os principais fatores que comprometem esta comunicação e, por consequência, a assistência de qualidade, são falhas relacionadas à passagem das informações entre os profissionais, registros de saúde inadequados e longas jornadas de trabalho (FARIAS; SANTOS; GÓIS, 2018).

A informação em saúde caracteriza-se por ser um conjunto de dados colocados em um contexto útil e que, se feito adequadamente, proporciona orientação, instrução e conhecimento aos profissionais da saúde, habilitando-os para a tomada de decisão quanto às condutas a serem desenvolvidas frente a um contexto específico (SOUSA; FRADE; MENDONÇA, 2005). Além disso, a informação adequada em saúde pode assegurar a execução, a continuidade do tratamento apropriado e a prestação de um atendimento respaldado no conhecimento, nos aspectos éticos e legais (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

Segundo Sousa, Sasso e Barra (2012), um dos grandes desafios da categoria de enfermagem é a realização efetiva e qualificada do registro clínico. Estudos sobre o tema demonstraram que os registros de enfermagem não possuíam qualidade, sequência lógica, não objetivaram a situação clínica do paciente ou, ainda, não demonstraram o adequado procedimento nos cuidados para atender às suas necessidades. As anotações eram muitas vezes inconsistentes, ilegíveis, subjetivas e escassas de conteúdo, refletindo o cuidado de enfermagem prestado aos pacientes.

No presente estudo, 15 profissionais (78,9%) apresentaram respostas positivas quanto ao registro correto de informações relacionadas à assistência de enfermagem. Contudo, 26,3% dos profissionais apresentaram respostas negativas (nunca, raramente, ocasionalmente) quanto à realização da coleta e registro do histórico clínico completo da mulher (questão 2) e verificação da existência de registro de tipagem sanguínea (questão 9).

Os registros de enfermagem são fundamentais ao processo de assistência à saúde, pois garantem a comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, fornecendo respaldo legal e segurança, trazendo informações que poderão conduzir mudanças na estrutura, nos processos e nos resultados da assistência (SILVA et al., 2016).

O registro clínico precisa ser objetivo, claro e completo, de forma que todos os membros da equipe multiprofissional envolvida no cuidado compreendam o contexto e o significado das informações. Destaca-se ainda que os registros clínicos de enfermagem podem tanto melhorar e apoiar a segurança do paciente quanto propiciar a visibilidade do cuidado e das ações cotidianas de enfermagem (SOUSA; SASSO; BARRA, 2012).

O registro dos resultados dos testes de HIV e VDRL em prontuário são importantes para continuidade do cuidado. Quanto à verificação do registro dessas informações no prontuário, 94,7% dos profissionais de enfermagem responderam que sempre ou frequentemente a realiza. Caso uma mulher admitida no Centro Obstétrico seja VDRL reagente, seu tratamento e a investigação de Sífilis Congênita no recém-nascido são, comumente, realizados no Alojamento Conjunto. Caso seja HIV reagente, a mulher deve receber a quimioprofilaxia com zidovudina (AZT) injetável e seu recém-nascido deve receber o AZT solução oral. Além disso, o aleitamento materno deve ser desaconselhado. Trata-se de uma informação importante para a equipe do Alojamento Conjunto uma vez que uma série de condutas deverão ser tomadas, dentre elas: a) enfatizar as condutas preventivas (não amamentação) e outros cuidados realizadas para a proteção do RN e outros procedimentos necessários para a saúde da mãe; b) Informar sobre a necessidade de acompanhamento e adesão ao tratamento do binômio mãe-filho pós-alta; e c) informar sobre o direito ao acesso à fórmula infantil para alimentação do RN (BRASIL, 2007).

A realização dessa análise nos permitiu excluir a questão 12, uma vez que, ainda que o técnico de enfermagem possa realizar os testes rápidos e o aconselhamento, apenas o enfermeiro pode entregar seus resultados.

### **Domínio C – Assistência de enfermagem em serviços obstétricos**

As questões essenciais relacionadas a realização da anamnese, exame físico e avaliação do tônus uterino da mulher obtiveram um índice de respostas positivas aquém do esperado (<75%). As questões referentes à monitorização de sinais vitais e administração de medicamentos no horário prescrito tiveram respostas positivas acima de 75%. Esse resultado se mostra positivo para o serviço de saúde, pois são ações consideradas chave para a assistência adequada à mulher, contidas na Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros (WHO, 2017) e que, se não forem realizadas, podem provocar sérios danos à mãe, ao recém-nascido ou a ambos.

Durante a anamnese, o profissional de enfermagem deve realizar a coleta do histórico

clínico da mulher a fim de identificar problemas (como alergias, possíveis interações medicamentosas), determinar diagnósticos, planejar e implementar a sua assistência (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010). O atendimento em saúde da parturiente, mesmo nos casos de baixo risco, exige a realização de uma anamnese dirigida, onde serão avaliados: antecedentes obstétricos (onde se inclui também o levantamento de complicações de partos em gestações anteriores), data da última menstruação, informações sobre a movimentação fetal e dados e evolução de gestação atual (BRASIL, 2001).

Já o exame físico procura avaliar o paciente por meio de sinais e sintomas, buscando desvios que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença, permitindo melhor planejamento do cuidado do profissional de enfermagem (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2010). Ambos os procedimentos, anamnese e exame físico, podem ser realizados tanto pelo técnico de enfermagem quanto pelo enfermeiro (BRASIL, 1986).

A avaliação clínica da gestante deve incluir a medida dos sinais vitais, em especial a pressão arterial, o pulso e temperatura, importantes na evolução do parto e devem ser repetidos a intervalos menores nos casos de alto risco. Mudanças nos seus valores poderão determinar alterações em condutas previamente estabelecidas. Na eventualidade de sangramento vaginal anormal, a observação será reforçada e os sinais vitais devem ser mensurados a cada 15 minutos (BRASIL, 2001).

A Hemorragia Pós-Parto (HPP) é a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global. Segundo a OMS (WHO, 2014), há forte evidência de que a vigilância do tônus uterino por meio da palpação abdominal em todas as mulheres possibilite a identificação precoce da atonia uterina pós-parto. A sensação de que o parto acabou após o nascimento da criança e o delivramento placentário é perigosa. Deve ser realizado um controle contínuo da retração uterina e do sangramento. A não observância a estas medidas coloca a puérpera em sério risco. O diagnóstico precoce das alterações é fator preponderante para o sucesso terapêutico (BRASIL, 2001).

Contudo, 15,8% dos profissionais referiram fazê-lo ocasionalmente e 5,3% nunca o fazem. Rotineiramente, no Distrito Federal, esta é uma atividade realizada, apenas, pelo enfermeiro do setor, o que pode gerar atrasos na conduta de tratamento da condição.

Independentemente da via, o parto pode gerar distúrbios urinários na mulher, devido ao trauma obstétrico que pode causar vários graus de lesões nas estruturas neuromusculares do assoalho pélvico ou pela administração de anestésicos e analgésicos (SCARPA et al., 2009). Segundo Moisés et al. (2011), a retenção urinária pós-parto pode ocorrer em 1,5 a 14% das

mulheres. Os fatores de risco associados incluem: nuliparidade, trabalho de parto prolongado, parto vaginal instrumentalizado e anestesia peridural. Dessa forma, é essencial que os profissionais de enfermagem avaliem a presença de diurese da mulher no pós-parto. 78,9% dos profissionais referiram verificar a presença de eliminações urinárias da mulher no pós-parto, enquanto 21,1% relataram fazê-lo com menos frequência.

### **A autoavaliação da assistência de enfermagem nos serviços obstétricos**

Por meio da simples aplicação desse instrumento, percebeu-se sua capacidade de gerar sensibilização e reflexão dos profissionais quanto às suas responsabilidades, competências, atribuições, promovendo a melhoria da qualidade do cuidado que prestam aos seus pacientes. Diante do quadro detalhado de suas competências, descritas no instrumento, observou-se que os profissionais demonstraram expressões de surpresa e satisfação quando perceberam que estavam, em geral, desempenhando a maioria das atribuições que lhe eram esperadas.

Esse movimento, portanto, permitiu a geração de um ambiente de *feedback*, que, mesmo sendo por meio de autoanálise, pode favorecer a promoção de mudanças atitudinais refletindo aspectos organizacionais e da assistência obstétrica. O *feedback* é uma ferramenta reguladora do ensino-aprendizagem que expõe ao sujeito o quão distante, ou próximo, ele está dos objetivos almejados (BORGES et al., 2014). Representa uma estratégia de ensino importante que conduz à reflexão sobre os resultados de suas próprias ações profissionais; perceber suas necessidades individuais de aprendizagem, comparar os novos resultados com os anteriores e revisar e atualizar seu plano de aprendizado (DOMINGUES; AMARAL; ZEFERINO, 2007).

Moreira et al. (2019) desenvolveram um estudo qualitativo no maior hospital da rede pública de saúde do estado do Ceará, no qual o exercício de uma liderança autêntica com foco em avaliações de desempenho e *feedback*, e promoção do respeito mútuo entre os profissionais foi uma das estratégias mais sugeridas pelos participantes para minimizar comportamentos destrutivos no trabalho em saúde.

O comportamento destrutivo é um conceito que envolve o comportamento humano, o processo de trabalho em saúde e a segurança do paciente. Esse comportamento está relacionado a diversos fatores interpessoais, intrapessoais e organizacionais. Como fatores intrapessoais destacam-se o crescente estresse, as situações críticas vivenciadas no ambiente de cuidados de saúde, a ansiedade, a fadiga e a depressão. Os fatores organizacionais se referem a sistemas, processos, cultura ou clima que inibem as interações ou o trabalho, além da elevada pressão da carga de trabalho, o volume e a demanda de pacientes (OLIVEIRA et al. 2016).

Um ambiente de trabalho hostil cria insegurança, podendo levar ao *Burnout* e à redução da empatia e disposição para cooperar. Essas condições podem impactar, negativamente, o desempenho, as ações, a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, a segurança do paciente. Dessa forma, é importante que as organizações e gestores garantam uma comunicação interprofissional aberta e efetiva, estabeleçam as bases para o trabalho em equipe, a colaboração e a corresponsabilização pela assistência segura (OLIVEIRA et al. 2016).

Devido à grande demanda dos serviços obstétricos, podem ocorrer desgastes de relacionamento entre os profissionais de saúde e as usuárias. Os processos de autoavaliação podem favorecer a formulação de táticas para a superação desse desgaste, por meio de mudanças na organização das equipes e, até mesmo, reivindicações juntamente à alta liderança do hospital (FENNER, 2019).

A autoavaliação pode ser utilizada como uma ferramenta do processo de ensino-aprendizagem da educação continuada ofertada pelas instituições. Auxilia a detecção de lacunas e pode proporcionar soluções para eventuais obstáculos enfrentados pelos profissionais, além de possibilitar que os gestores e facilitadores aprimorem as ferramentas didáticas e realizem eventuais ajustes no conteúdo programático (BORGES et al., 2014).

O instrumento ‘Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos’ encontra-se pronto para ter suas propriedades psicométricas avaliadas, demonstrando bons resultados no processo de validação de conteúdo, compreensão verbal e consistência interna. Assim, ressalta-se que são necessárias análises de validade externa, equivalência de mensuração e reprodutibilidade. Qualquer interesse no uso do presente instrumento poderá ser manifestado para as pesquisadoras responsáveis mediante contato via correio eletrônico, e será avaliada a permissão para a aplicação em outros estudos.

Espera-se que o instrumento produzido possa ser incorporado nos serviços de saúde e seus indicadores possam direcionar a tomada de decisão de gestores, mas, principalmente, promover no profissional de saúde um processo de autoanálise com foco no desenvolvimento contínuo das competências e corresponsabilidades para o cuidado seguro e resolutivo.

Como limitação deste estudo, tem-se a sua realização em um único cenário de estudo e com uma amostra pequena. É necessária, portanto, a aplicação do instrumento em amostras representativas, compostas por diferentes grupos regionais, a fim de realizar novas e mais robustas análises psicométricas para determinar a solidez do instrumento e concluir o pólo empírico e analítico do Modelo de Pasquali. Essa limitação será sanada por meio de um processo contínuo de avaliação do instrumento em estudos posteriores.

## 7 CONCLUSÃO

A construção e validação de um instrumento para autoavaliação da assistência de enfermagem em serviços obstétricos foi possível por meio dos caminhos metodológicos recomendados pela literatura.

Produziu-se o instrumento “Escala de Autoavaliação da Assistência de Enfermagem em Serviços Obstétricos”, composto por 23 questões, divididas em três domínios — comunicação e Apoio a Mulher e ao Acompanhante; Comunicação Multiprofissional; capazes de avaliar a frequência com que ações consideradas essenciais durante a assistência de enfermagem obstétrica são realizadas.

Durante o percurso de produção do instrumento, foi realizada uma fundamentação teórica para elucidar as relações entre a qualidade de assistência de enfermagem em serviços obstétricos e os atributos que lhe dizem respeito, a fim de gerar hipóteses sobre o que poderia ser observado quando esse fenômeno ocorre. A partir disso, foram estabelecidos domínios e elaborados itens que pudessem traduzir o que seria uma assistência de enfermagem de qualidade para esses serviços.

A validação de conteúdo, por meio da técnica *Delphi*, foi realizada por um painel de especialistas das áreas de obstetrícia e segurança do paciente obtendo Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) de 0,92 e 0,974 nas primeira e segunda rodada, respectivamente.

A avaliação semântica do instrumento (pré-teste), conduzida com a população-alvo obteve Alpha de Cronbach de 0,764, que, juntamente da análise qualitativa dos participantes sobre o instrumento, constatou necessidade de melhorias. Incorreu-se, portanto, no ajuste do instrumento quanto à objetividade, simplicidade e abrangência das perguntas. Isto posto, o polo teórico sugerido por Pasquali (2010) no Modelo Psicométrico foi concluído.

A realização do teste-piloto, possibilitou atestar a compreensão do instrumento pela população-alvo, não havendo necessidade de novas alterações. Permitiu, ainda, apresentar nuances dos indicadores que serão possíveis de serem levantados e utilizados na prática profissional para nortear a tomada de decisão, bem como a avaliação das necessidades de desenvolvimento profissional.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento produzido com este estudo poderá, futuramente, instrumentalizar, tanto gestores quanto os profissionais dos serviços obstétricos, a avaliarem a qualidade da assistência prestada nesse importante e sensível contexto. Sugerimos a aplicação de instrumento previamente às atividades de educação continuada dos profissionais de enfermagem, a fim de avaliar o conhecimento e a prática deles acerca de suas atribuições, de modo que o gestor possa oferecer *feedbacks* efetivos e priorizar as atividades de educação com menores índices de positividade.

Por se tratar de um instrumento de autoavaliação, o profissional tem a oportunidade, ainda, de refletir sobre sua prática ao ter em mãos um quadro detalhado de suas competências, e se sensibilizar quanto àquelas que precisam ser desenvolvidas, implementadas e melhoradas a fim de prestar uma assistência de enfermagem de qualidade nos serviços obstétricos.

Considerando-se o caminho trilhado por mim durante a realização do curso de mestrado, pude perceber que o desafio de prestar cuidados perinatais de qualidade não se restringia, apenas, à minha realidade. Tanto o estudo do referencial teórico, quanto os momentos de visita ao hospital para a coleta dos dados me tornaram uma profissional mais sensível quanto à dimensão e alcance da segurança do paciente nos serviços de saúde.

Além de ter me possibilitado desenvolver um instrumento inédito no país, pude perceber que, após terem entrado em contato com o instrumento de autoavaliação, os profissionais participantes se tornaram mais reflexivos quanto às suas responsabilidades, competências e atribuições, demonstrando que o simples fato de avaliar possui potencial de sensibilização e melhoria da assistência de enfermagem prestada.

Toda esta trajetória, as disciplinas e discussões em sala de aula refletiram a minha prática profissional como gestora dos serviços de enfermagem em relação à atenção hospitalar e às urgências, ampliando minha visão e capacidade técnica para intervir e melhorar a qualidade dos serviços de saúde, prestados pela enfermagem, na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.



## REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Patient Safety Network. Missed Nursing Care. Novembro, 2017. Disponível em : <<http://psnet.ahrq.gov/primers/primer/29/missed-nursing-care>>. Acesso em : 24 de janeiro de 2019.
- AIKEN, L.H. ; CLARKE, S.P. ; SLOANE, D.M. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? **J Health Hum Serv**, v. 23, n. 4. , p. 416-42, 2001.
- AL-KANDARI, F.; THOMAS, D. Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. **J Clin Nurs**. v. 18, n. 24, p. 3430-40, 2009.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-68, jul. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232011000800006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232011000800006&script=sci_arttext). Acesso em : 02 de junho de 2018.
- ALEXANDRE, N. M. C. et al. 2013. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15. n. 3, p. 802-9, 2013.
- ANDRADE, J. M.; VALENTINI, F. Diretrizes para a Construção de Testes Psicológicos: a Resolução CFP nº 009/2018 em Destaque. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. spe, p. 28–39, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932018000400028&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000400028&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 20 de maio de 2018.
- AUSSERHOFER, D et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. **BMJ Qual Saf**. V. 23, p.126–135, 2014.
- BAUER, A.; ALAVARSE, O. M.; OLIVEIRA, R. P. Avaliações em larga escala: uma sistematização do debate. **Educ. Pesqui.**, São Paulo , v. 41, n. spe, p. 1367-84, dez. 2015 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-97022015001001367&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022015001001367&lng=pt&nrm=iso). Acesso em : 20 de maio de 2018.
- BLACKMAN, I.; PAPANASTAVROU, E.; PALESE, A.; et al. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. **Journal of Nursing Management**, v. 26, n. 1, p. 33–41, 2018. Wiley/Blackwell (10.1111). Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/jonm.12514>>. Acesso em: 22 de abril de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- \_\_\_\_\_. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 1986.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000(\*). Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 03 de junho de 2008.(\*). Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 3ª ed. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.660, de 22 de julho de 2009. Institui o Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - VIGIPOS, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, como parte integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660\\_22\\_07\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1660_22_07_2009.html)>. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 de abril de 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html). Acesso em: 10 de outubro de 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Portaria 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, DF, 2011c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 10 de outubro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013b, Seção 1, p. 32.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. MS/SVS/DASIS. **Nascidos vivos – Brasil. Nascim p/resid.mãe segundo Região**, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, 2014b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS, volume 4. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014c.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade**, 103p. Brasília, 2014d. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade> . Acesso em: 10 de outubro de 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 11, de 7 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. MS/SVS/DASIS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM**, 2014c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 47, de 13 de março de 2014. Institui o mapa de vinculação do componente parto e nascimento da Rede Cegonha no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília, DF: **Diário Oficial da União**, 2014d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. CONITEC, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Internações Hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil**. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2016a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def> >. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 306 de 28 de março de 2016**. Regulamenta as diretrizes de atenção a gestante: a operação cesariana. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2016b.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRILLI, R. J.; MCCLEAD, R. E.; CRANDALL, W. V.; et al. A comprehensive patient safety program can significantly reduce preventable harm, associated costs, and hospital mortality. **Journal of Pediatrics**, v. 163, n. 6, p. 1638–1645, 2013.

BENAGIANO, G; THOMAS, B. Safe motherhood: the FIGO initiative. **Int J Gynaecol Obstet** v.82, n.3, p. 263-274, set. 2003.

BIRK, S. Accelerating the adoption of a safety culture. **Healthcare Executive**, 2015. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/healthcare\\_executive\\_mckee\\_032015.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/healthcare_executive_mckee_032015.pdf). Acesso em : 10 de outubro de 2018.

BITTENCOURT, H. R. et al. Desenvolvimento e Validação de um Instrumento para avaliação de disciplinas na educação superior. **Est. Aval. Educ.**, São Paulo, v. 22, n. 48, p. 91-114, jan./abr. 2011.

BOECKMANN, L. M. M. **Segurança da gestante na cesárea: uma análise da aplicação da lista de verificação de segurança cirúrgica em um hospital público do Distrito Federal**. 2016. 195 p. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, 2016.

BORGES, M. C. et al. Avaliação formativa e feedback como ferramenta de aprendizado na formação de profissionais da saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 47, n. 3, p. 324-331, 3 nov. 2014.

BOSK, C. L.; DIXON-WOODS, M.; GOESCHEL, C. A.; PRONOVOST, P. J. Reality check for checklists. **Lancet**, v. 374, n. 9688, p. 444–5, 2009. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61440-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61440-9)>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. Contribuições da psicometria para a avaliação de respostas psicossociais na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 98-104, 2006.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-49, jun. 1991. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, fev. 2007. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

CAMACHO, K.G., PROGIANTI, J.M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 3, p. 648-55, 2013. Disponível em : <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf>. Acesso em : 10 de janeiro de 2019.

CAMPBELL, O.M.; GRAHAM, W.J. Lancet Maternal Survival Series Steering Group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1284-99, out. 2006.

CASTRO, A.V. ; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **REME Rev Min Enferm.** v. 13, n. 3, p. 429-34, 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

CARROLI, G. MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst Rev**, 2009. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175536/>>. Acesso em : 10 de janeiro de 2019..

CARLESI, K. C. et al. Patient Safety Incidents and Nursing Workload. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2841, 2017. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100319&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

CARTER, M. C. 2020 Vision for A High-Quality, High-Value Maternity Care System. **Women's Health Issues**, v. 20, n. 1, p. S7-17, 2000. Disponível em : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S104938670900139X>>. Acesso em : 10 de janeiro de 2019.

CAVALCANTE, P. S. et al. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 23, n. 6, p. 787-793, fev. 2016. ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7052/16181> >. Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

CHAVES, Fernanda Figueredo. **Tradução, Adaptação e Validação de Instrumentos para as práticas educativas na condição crônica do diabetes Mellitus**. 2016. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 925-936, mar. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=pt&nrm=iso) >. Acesso em 03 de maio de 2018.

CORONA, A.R.P.D.; PENICHE, A.C.G. The patient safety culture in the adherence to the safe surgery protocol. **Revista SOBECC**, v.20, n.3, p.179-185, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.5327/Z1414-4425201500030009>>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

COUTO, et a. Concepções maternas acerca dos cuidados com o recém-nascido de risco após alta hospitalar. *Atas - Investigação Qualitativa em Educação*, v. 2, 2018.

CRONBACH, L.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 52, n. 4, p. 281-302, jul. 1955. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1956-03730-001>>. Acesso em 03 de maio de 2019.

CROSSETTI, M. G. O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, 2012.

CROZATTI, J. Modelo de gestão e cultura organizacional: conceitos e interações. **Caderno de Estudos**, n.18, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-92511998000200004>.

DAWALEY, K. Origins of nurse-midwifery in the United States and its expansion in the 1940s. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 48, n. 2, p. 86-95, 2003.

DIAS, C. et al. Humanização da equipe de enfermagem no parto: um direito que assiste a parturiente. **Revista InterScientia**, v. 7, n. 1, p. 181-99, 2 jul. 2019.

DIAS, J.M.G. et al. Mortalidade Materna. **Rev Med Minas Gerais**, vol. 25, n. 2, p. 173-9, 2015.

DIAS, F.S.B.; MARBA, S.T.M. The evaluation of prolonged pain in the newborn: adaptation of the EDIN scale for the brazilian. **Text Context Nursing**. v. 23, n. 4, p. 964-70, 2014.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.19, n.2, p.313-26, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

DOMINGUES, R. C. L; AMARAL, E.; ZEFERINO, A. M. B. Auto-avaliação e avaliação por pares: estratégias para o desenvolvimento profissional do médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 173-5, ago. 2007. Disponível em : <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022007000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de julho de 2019.

DONABEDIAN, A. The Definition of Quality and Approaches of its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI. **Health Administration Press**, 1981. v. 1.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v.83, n.4, p.691-729, 2005.

DORNFELD, D. PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 190-8, abr/jun 2011. Disponível em :

<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10925>>. Acesso em 10 de julho de 2019.

DOWNE S. et al. Correction: What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. **PLOS ONE**, v. 3, n. 5, e0197791. <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197791>>. Acesso em: 07 de maio de 2018.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 645-654, ago. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 de maio de 2018.

DUARTE, F. C. P. et al. Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 27, p. e38523, mar. 2019. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38523>>. Acesso em: 10 de julho de 2019.

DUPREE, E.; O'NEILL, L.; ANDERSON, R.M. Achieving a safety culture in obstetrics. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v.76, n.6, p.529-38, 2009. Disponível em: <https://onlineibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/msj.20144>. Acesso em: 13 de outubro de 2018.

DREZETT, J. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Reprod Clim**, v. 28, n. 3, p. 89-91, 2013.

FENNER, Paola Carvalho. **Boas práticas de atenção ao parto e nascimento: desenvolvimento, validação e implementação de um instrumento de autoavaliação profissional com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde**. 2019. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Materno Infantil) Curso de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil, Universidade Franciscana, Santa Maria-RS, 2019.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FORSTER, A.J.; FUNG, I.; CAUGHEY, S.; OPPENHEIMER, L.; BEACH, C.; SHOJANIA, K.G.; et al. Adverse events detected by clinical surveillance on an obstetric service. **Obstetrics & Gynecology**, v.108, n.5, p.1073-83, 2006.

FREEDMAN, L.P. et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. **The Lancet**, v. 370, n. 9595, p. 1383–91, out. 2007.

FRIESE, C.R.; KALISCH, B.J.; LEE, K.H. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. **Cancer Nurs.**, v. 36, n. 6, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23151503>>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan. /abr. 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>>. Acesso em 10 de julho de 2018.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração Online**, Online, v. 2, n. 2, abr./mai./jun. 2001. Disponível em:

[http://www.fecap.br/adm\\_online/art22/renata.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm). Acesso em: 03 de maio de 2018.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. 142f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <HTTP://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28112011-163517/>. Acesso em: 15 de abril de 2018.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, I. A. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 2, p. 245-51, 2007.

GOTTEMS, L. B. D. et al. Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3000, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100317&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100317&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de julho de 2019.

GRANT, A. M. Relational Job Design and the Motivation to Make a Prosocial Difference. **Academy of Management Review**, v. 32, n. 1, p. 393-417, 2007.

GRANT, A. M. et al. Impact and the Art of Motivation Maintenance: The Effects of Contact with Beneficiaries on Persistence Behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 103, n. 1, p. 53-67, 2007.

GRESSLER, L. A. Qualidades desejadas em instrumentos de medição. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2ª ed revisada. São Paulo: Loyola, p. 191-8, 2004.

GRISOLI, N. M. L. A recente queda na epidemia de cesarianas no Brasil: uma análise sócio-demográfica. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 24-38, 2018. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/408>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

HALLIGAN, M.; ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare : a review of concepts, dimensions, measures and progress. **BMJ Qual Saf** v. 20, p.338-43. fev., 2011.

HELMREICH, R.L.; MERRITT, A.C. **Culture at work in aviation and medicine**. 2.ed. Burlington (US): Ashgate; 2001.

HERNANDEZ-NIETO, R. A. **Contributions to Statistical Analysis**. Mérida: Universidad de Los Andes. 119 p., 2002.

HILLESHEIM, B. et al. Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 196-211, abr. 2009.

HULTON, A.L.; MATHEWS, Z.; STONES, R.W. A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. **University of Southampton**, Southampton, 2000. Disponível em: [https://eprints.soton.ac.uk/40965/1/12757\\_Matthews.pdf](https://eprints.soton.ac.uk/40965/1/12757_Matthews.pdf). Acesso em : 05 de abril de 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Committee on Quality of Health Care in America. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington, DC:



The National Academy Press; 2001.

\_\_\_\_\_. **To err is human: building a safer health system.** Washington, DC: The National Academy Press, 2000.

JONES, T. L.; HAMILTON, P.; MURRY, N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 6, p. 1121–37, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012> . Acesso em: 23 de janeiro de 2019.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1. sem. 1997. Disponível em: <http://www.regeusp.com.br/arquivos/c4-art5.pdf>. Acesso em: 03 de maio de 2018.

KALISCH, B. J. Missed nursing care : A qualitative study. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 21, n. 4, p. 306-13, out/dez. 2006.

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G. L.; HINSHAW, A. S. Missed nursing care: A concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 65, n. 7, p. 1509–17, 2009.

KALISCH, B. J.; LANDSTROM, G. J.; WILLIAMS, R. A. Missed nursing care: errors of omission. **Nursing Outlook**, New York, v. 57, n. 1, p. 3-9, jan/fev. 2009.

KALISCH, B.J. ; TSCHANNEN, D ; LEE, H ; FRIESE, C.R. Hospital Variation in Missed Nursing Care. **American Journal of Medical Quality**. 2011.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

KESZEI, A.P., NOVAK, M., STREINER, D. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n. 4, p. 319-23, 2010.

KORNIJEZUK, N.P. Do Programa Ao Plano: A Política De Atenção Integral À Saúde Da Mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa. 2015. 90p. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia. Porto Alegre (RS), 2015.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 16 de maio de 2019.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 16 de maio de 2019.

LEE, S. E.; SCOTT, L. D.; DAHINTEN, V. S.; et al. Safety Culture , Patient Safety, and Quality

of Care Outcomes: A Literature Review. **Western Journal of Nursing Research**, 2017.

LEVANDOVSKI, Patrícia Fátima. **Avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem em serviço de emergência hospitalar na perspectiva dos usuários**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

LIMA, M. F. G. et al. Developing skills learning in obstetric nursing: approaches between theory and practice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1054-1060, out. 2017. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000501054&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501054&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 16 de maio de 2019.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e Validade. In. \_\_\_\_\_. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 186-198, 2001a..

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Métodos de coleta de dados. In. \_\_\_\_\_. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 174-185, 2001b.

LUA, I. et al. Autoavaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem da atenção básica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1301-19, dez. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000301301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301301&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 25 de maio de 2019.

LUCERO, R.J.; LAKE, E.T; AIKEN, L.H. Variations in nursing care quality across hospitals. **J Adv Nurs**. v. 65, n. 11, p. 2299–310, 2009.

LUCCI, Tania Kiehl. **Comportamento da mãe e do recém-nascido no pós-parto imediato: um estudo naturalístico**. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, University of São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-13062019-154250/en.php>>. Acesso em 25 de maio de 2019.

LUND, C.H. et al. Neonatal skin care: clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 30, p. 41-51, 2001.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-386, nov/dez. 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>>. Acesso em 03 de maio de 2018.

MAGALHÃES, A.M.; DALL’AGNOL, C.M. MARCK, P.B. Nursing workload and patient safety – a mixed method study with an ecological restorative approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21 (spe), p .146-54, 2013.

MAGLUTA, C. et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.9, n. 3, p.319-29, set. 2009.

MARCOLIN, A. C. Qualidade e segurança: caminhos para o sucesso do redesenho do modelo

de cuidado obstétrico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. 441-45, out. 2015.

MARTINS, A.P.V. **A ciência obstétrica. In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, P. 63-016, 2004.

MARTINS, G. de A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios.** São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12; jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>>. Acesso em 03 de maio de 2018.

Mc COOL, W.F.; Mc COOL, S.J. Feminism and nurse-midwifery, historical overview and current issues. **J.Nurse Midwife.** v. 34, n.6, p.323-34, 1989.

MCGLYNN, E.A.; ASCH, S.M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventive Medicine,** Michigan, n. 14, v. 3, p. 14-21, abr. 1998. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9566932>. Acesso em: 16 de outubro de 2018.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Rev. Enf. Ref.,** Coimbra, v. serIV, n. 4, p. 127-135, fev. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 06 de junho de 2019.

MELO, C. R. **Adaptação transcultural do maternity safety thermometer para o português do Brasil.** 2015. 291p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2015.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027975020>>. Acesso em 17 de setembro de 2019.

MENDES, G. N.B.; ARAÚJO JUNIOR, F. A. V. Análise dos incidentes notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) no estado do Maranhão no período 2014 a 2017. **Braz. J. Hea. Rev.,** Curitiba, v. 1, n. 2, p. 297-307, out./dez. 2018.

METE, S.; ÇIÇEK, Ö. Labor Support: An Application is Starting Again Come into Prominence. **Bezmialem Science,** v. 6, p. 138-42, 2018.

MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONCALVES, A. C. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Avances em enfermería,** Bogotá, v. 37, n. 1, p. 47-55, abr. 2019. Disponível em <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002019000100047&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002019000100047&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 de maio de 2018.

MOISÉS, E. C. D. et al. Disfunções miccionais no período gestacional e puerperal. **Femina,** v. 39, n. 8, ago. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n8/a2697.pdf>>. Acesso em 25 de julho de 2019.

MOURA, E. R. F.; BEZERRA, C. G.; OLIVEIRA, M. S.; DAMASCENO, M. M. C. Validação

de jogo educativo destinado à orientação dietética de portadores de diabetes mellitus. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.11, n. 4, p. 435-43, 2008.

MOREIRA, F. T. L. S. et al. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, n. spe, e20180308, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200417&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200417&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 de junho de 2019.

MUHAMMAD NURIY, L. A. H.; AHMED, H. M. Nurse/Midwives' practices during labor and delivery in Maternity Teaching Hospital in Erbil City. **Erbil Journal of Nursing and Midwifery**, v. 1, n. 1, p. 23 - 32. Disponível em: <https://doi.org/10.15218/ejnm.2018.04>.

Nako, Y. et al. Effects of bathing immediately after birth on early neonatal adaptation and morbidity: a prospective randomized comparative study. **Pediatr Int**, v. 42, p. 517-22, 2000.

NIEVA, V. F; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **BMJ Quality & Safety**, v. 12, 2003. Disponível em: [https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl\\_2/ii17.full.pdf](https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/suppl_2/ii17.full.pdf) >. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

OBA, M. D. V., TAVARES, M. S. G. As mulheres e os receios vivenciados em suas trajetórias obstétricas. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 49, n. 4, p. 569-80 out./dez. 1996

OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F. C. **Introdução ao método de Delphi**. 1º Ed. Curitiba: Mundo Material, 2008. Disponível em: [http://eprints.rclis.org/12888/1/cartilha\\_delphi\\_digital.pdf](http://eprints.rclis.org/12888/1/cartilha_delphi_digital.pdf). Acesso em 03 de maio de 2018.

OLIVEIRA, J. R.; XAVIER, R. M. F.; SANTOS JUNIOR, A. F. Eventos adversos notificados ao Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA): Brasil, estudo descritivo no período 2006 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 671-78, dez. 2013. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000400013&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400013&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 23 de janeiro de 2019.

OLIVEIRA, M. N. J.; SOUSA, N. F.; SILVA, S. S.; CUNHA, K. J. B. Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 20, p. e378, 3 fev. 2019.

OLIVEIRA, P. S. et al. Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 455-62, abr. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200455&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 de julho de 2019.

OLIVEIRA, R. M. et al. Análise do conceito comportamento destrutivo no trabalho em saúde: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 695-704, ago. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400695&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400695&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 de junho de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações assistenciais**

**para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** Brasília: OPAS; 2018  
 OSAVA, R.H.; TANAKA, A. C. D. A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção Integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** 1994. 186p. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, 1994.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. S25-S32, 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 de outubro de 2018.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 765-772, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000300765&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300765&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/185599037/Texto-3-Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas>>. Acesso em 13 de maio de 2018.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 992-9, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 15 de abril de 2018.

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

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.** 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; OWEN, S.V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 30, n. 4, p. 459-67, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>> Acesso em: 24 de fevereiro de 2019.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

QUES, A. A.; MONTORO, C.H. GONZÁLES, M.G. Strengths and threats regarding the patient's safety: nursing professionals' opinion. **Revista Latino-America de Enfermagem**, v.18, n.3, 2010.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

RAISANEN, S. et al. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 115, n. 1, p. 26-30, 2011.

RAJU, T. N. K.; SURESH, G.; HIGGINS, R. D. Patient Safety in the Context of Neonatal Intensive Care: Research and Educational Opportunities. **Pediatr. Res.**, v. 70, n. 1, p. 109-15, jul., 2011.

RECIO-SAUCEDO, A. et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. **J Clin Nurs.**, v. 27, p. 2248-59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001747/pdf/JOCN-27-2248.pdf> >. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

REIS, L. G. C. Maternidade segura. In: Sousa, Paulo; Mendes, Walter. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. v. 1. Rio de Janeiro, Fiocruz; EAD, p.371-93, 2014.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 218-228, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/issue/view/63>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S35-S36, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300007&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em 24 de janeiro de 2019.

ROHDEN, F. **Uma Ciência da Diferença: Sexo, Contracepção e Natalidade na Medicina da Mulher**. 2000. 412p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

ROSS, J. Safety culture. Just what is it? **Journal of Perianesthesia Nursing**, v.30, n.6, p.553-55, 2015.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html>>. Acesso em 15 de abril de 2018.

RUSCHEL, L.M.; PEDRINI, D.B.; CUNHA, M. L.C. Hipotermia e banho do recém-nascido nas primeiras horas de vida. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 39, e20170263, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472018000100452&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100452&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em 17 de setembro de 2019.

SAISTO, T. et al. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. **Pain**, v. 93, n. 2, p. 123-7, 2001.

SANTOS, F. C. **Construção e Validação Semântica de um instrumento para avaliação de competências de enfermeiros que atuam em oncologia**. 2016. 150 p. Dissertação (Mestrado)

- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

SANTOS, H. F. L.; ARAÚJO, M. M. Políticas de Humanização ao pré-natal e parto: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v.6, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POLÍTICAS-DE-HUMANIZAÇÃO-AO-PRÉ-NATAL-E-PARTO.pdf>>. Acesso em 13 de outubro de 2018.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do e Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 355-8, abr. 2011.

SANTOS, J. DE O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. DE. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 453–58, 2011. Revista Mineira de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/58>>. Acesso em: 11 de junho de 2019.

SANTOS, S. M. P. et al. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 1, mar. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42930/27513>>. Acesso em 23 de janeiro de 2019.

SÁFADI, C. M. Q. Delphi: um estudo sobre sua aceitação. In: **V SEMEAD**, 2001. São Paulo: Anais. SEMEAD FEA-USP 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/5semead/MKT/Delphi.pdf>>. Acesso em 13 de abril de 2018.

SENA, J. E. M. Depressão Pós-Parto: Fatores Emocionais da Gestação e Puerpério. **Psicologado**. Ed. 2, 2019. Disponível em: <<https://psicologado.com.br/psicopatologia/transornos-psiquicos/depressao-pos-parto-fatores-emocionais-da-gestacao-e-puerperio>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n. 13, v. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

SCARPA, K. P. et al. Sintomas urinários irritativos após o parto normal ou cesárea. **Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 4, p. 416-20, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n4/a16v55n4.pdf>>. Acesso em 24 de maio de 2019.

SCHUBERT, M. et al. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. **Nurs Res.**, v. 56, n. 6, p. 416-24, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18004188>>. Acesso em: 07 de junho de 2018.

SOCHALSKI, J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. **Med Care.**, v. 42, (Suppl. 2), p. 67-73, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14734944>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

SILVA, D. S. S. et al. Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 35, p. 135-140, dez. 2017.

SILVA, M. F. **Construção e validação do instrumento para Passagem de caso em unidades pediátricas**. 2017. 189 p. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

SILVA, J. M. P. et al. Conceitos, prevalência e características da morbidade materna grave, near miss, no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 18, n. 1, p. 7-35, mar. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292018000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

SILVA, R. M. et al. Inserção de enfermeiras obstétricas no atendimento ao parto: Percepção da equipe de enfermagem. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Caçador, v.7, n. 1, p. 293-302, 2018.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-16, set. 1999. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/685.pdf>. Acesso em: 16 de abril de 2018.

SILVA, R. L.; RIBEIRO, M.A.T; AZEVEDO, C.C. Concepções sobre o Processo de Alta Hospitalar: Uma Revisão Crítica. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 12, n. 1, p.135-46, dez, 2018.

SIMPSON, K. R. Research About Nurse Staffing During Labor and Birth is Greatly Needed and Long Overdue. **Nursing for Women's Health**, v. 20, n. 4, p. 343–45, 2016. Elsevier Masson SAS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2016.06.004> . Acesso em: 13 de maio de 2018.

SIMPSON, K. R.; LYNDON, A.; RUHL, C. Consequences of Inadequate Staffing Include Missed Care, Potential Failure to Rescue, and Job Stress and Dissatisfaction. **JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 45, n. 4, p. 481–90, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.02.011> . Acesso em: 13 de maio de 2018.

SIMPSON, K. R.; LYNDON, A. Consequences of Delayed, Unfinished, or Missed Nursing Care During Labor and Birth. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 31, n. 1, p. 32–40, 2017. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005237-201701000-00009> . Acesso em: 13 de maio de 2018.

SOUSA, P. A. F.; SASSO, G. T. M.; BARRA, D. C. C. Contribuições dos registros eletrônicos para a segurança do paciente em terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 971-979, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400030&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 14 de setembro de 2019.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 02 de junho de 2018.



SOUZA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 990-6, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000600026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000600026&script=sci_arttext). Acesso em: 02 de junho de 2018.

SOUZA, J. F. DE; VITURI, D. W. Notificações de incidentes relacionados à segurança do paciente como ferramenta de gestão para a mudança da cultura organizacional. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, p. e237, 10 jan. 2019.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, vol. 37, n. 12, p. 549-51, 2015.

SOCHALSKI, J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. **Med Care**. v. 42, n. 2, p. 67-73, 2004.

SPECTOR, J. M.; LASHOHER, A.; AGRAWAL, P.; et al. Designing the WHO safe childbirth checklist program to improve quality of care at childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 122, n. 2, p. 164-168, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.03.022>>. Acesso em: 02 de abril de 2018.

SCHUBERT, M. et al. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. **Nurs Res**. v. 56, n. 6, p. 416-24, 2007.

TASE, T. H. **Segurança do paciente em maternidade: avaliação do protocolo de identificação do binômio mãe-filho em um hospital universitário**. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2015.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. **Int J. Med. Educ.**, v.2, p.53-5, 2011.

TRAVERZIM, M. A. D. S. **Aplicação de checklist ampliado para detecção de incidentes de segurança do paciente em medicina perinatal**. 2015. 96f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Nove de Julho, São Paulo, 2015.

TOMAZIN, K.J.C.G. **Adaptação Transcultural e validação da Escala Childbirth Prior To Pregnancy (CFPP) para utilização no Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu-SP, 2019.

VARGENS, O. M. C; SILVA, A.C.V.; PROGIANTI, J.M. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, e20170015, 2017 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso) . Acesso em: 02 de abril de 2018.

VIEIRA TORINO, V. et al. Queda de recém-nascido internado em alojamento conjunto. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, 2016.

WEICK, K. E., & SUTCLIFFE, K. M. University of Michigan business school management series. **Managing the unexpected**: Assuring high performance in an age of complexity. San

Francisco, CA, US: Jossey-Bass, 2001.

WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, Online, v. 14, n. 4, p. 16-27, July 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881446>. Acesso em: 11 de maio de 2018.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, v. 1, n. 12, 2º trim, 2000. Disponível em: <http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>. Acesso em: 11 de maio de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. **Care in normal birth: a practical guide**. Genebra; 1996.

\_\_\_\_\_. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. vol.1, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

\_\_\_\_\_. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. vol.2, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

\_\_\_\_\_. **Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.

\_\_\_\_\_. World Alliance for Patient Safety, **Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report**. Genebra; 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AUTOVALIAÇÃO DOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ORIGINAL

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

##### PERFIL PROFISSIONGRÁFICO

1. Sexo:      Feminino (  )      Masculino (  )
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Nome da unidade/setor onde você trabalha \_\_\_\_\_
4. Cargo/Função que desenvolve nessa instituição:
 

a) ( <input type="checkbox"/> ) Auxiliar de enfermagem	b) ( <input type="checkbox"/> ) Técnico em enfermagem
c) ( <input type="checkbox"/> ) Enfermeiro	d) ( <input type="checkbox"/> ) Residente de Enfermagem
5. Área em que atua nessa instituição:
 

a) Assistência	b) Gestão	c) Assistência e gestão
----------------	-----------	-------------------------
6. Qual é a sua titulação mais elevada?
 

a) ( <input type="checkbox"/> ) Curso Técnico	b) ( <input type="checkbox"/> ) Graduação	
c) ( <input type="checkbox"/> ) Especialização	d) ( <input type="checkbox"/> ) Mestrado	e) ( <input type="checkbox"/> ) Doutorado
7. Tempo de formado (em anos): \_\_\_\_\_
8. Tempo de atuação neste hospital (em anos): \_\_\_\_\_
9. Qual o seu turno de trabalho nessa instituição:
 

a) ( <input type="checkbox"/> ) Diurno	b) ( <input type="checkbox"/> ) Noturno	c) ( <input type="checkbox"/> ) Rodízio entre Diurno e Noturno
----------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------
10. Qual a carga horária semanal de trabalho **nesta instituição**? \_\_\_\_\_
11. Possui quantos vínculos de trabalho? \_\_\_\_\_
12. Qual a carga horária semanal **total** de trabalho, considerando todos os vínculos? \_\_\_\_\_
13. Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos (em anos): \_\_\_\_\_
14. Possui curso de especialização na área obstétrica? (  ) Sim      (  ) Não
15. Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **oferecido/disponibilizado por essa instituição**? \_\_\_\_\_
16. Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **por sua própria conta**? \_\_\_\_\_
17. Recebeu curso sobre assistência obstétrica segura? (  ) Sim      (  ) Não

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

Esta seção é composta de 31 itens. De acordo com a sua rotina de trabalho, marque uma única alternativa que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem listados no quadro abaixo são realizados por você, na unidade em que você trabalha.

<b>CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca é realizado</b>	<b>Raramente é realizado</b>	<b>Realizado parcialmente ou em atraso</b>	<b>Frequentemente realizado adequadamente</b>	<b>Sempre realizado adequadamente</b>
1) Encorajamento da presença do acompanhante.					
2) Oferta de informações apuradas sobre o processo de trabalho de parto, parto ou puerpério.					
3) Escuta ativa sobre as dúvidas da mulher e responde às suas perguntas.					
4) Coleta do histórico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, exames laboratoriais, etc).					
5) Avaliação física da mulher.					
6) Avaliação psicológica da mulher.					
7) Monitorização dos sinais vitais da mulher.					
8) Comunicação efetiva com a equipe multiprofissional					
9) Comunicação clara e efetiva com a mulher e acompanhante.					
10) Preenchimento correto da documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem).					
11) Coleta de amostra de sangue para tipagem sanguínea, se a mulher não tiver relatório comprobatório formal.					
12) Aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL.					
13) Registro, em prontuário, dos resultados dos testes rápidos.					
14) Oferta de suporte e apoio emocional à mulher e acompanhante.					
15) Ausculta dos batimentos cardíacos fetais com aparelho ultrassom ou estetoscópio de Pinard.					
16) Técnicas de relaxamento e alívio da dor não medicamentosa.					
17) Encorajamento da mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco.					

**(continua)**

(continuação)

<b>CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca é realizado</b>	<b>Raramente é realizado</b>	<b>Realizado parcialmente ou em atraso</b>	<b>Frequentemente é realizado adequadamente</b>	<b>Sempre realizado adequadamente</b>
18) Técnicas de redução do trauma perineal e facilitação do parto natural (massagem perineal, compressas mornas).					
19) Administração de antibióticos na hora prescrita.					
20) Administração de antihipertensivos na hora prescrita.					
21) Estímulo e posicionamento do recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto.					
22) Estímulo a amamentação logo após o nascimento.					
23) Oferta orientações e apoio à amamentação.					
24) Oferta orientações quanto aos cuidados puerperais.					
25) Avaliação de pulseiras de identificação?					
26) Avaliação da elevação das grades e integridade dos berços?					
27) Orientação das puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou em pelo menos 6 horas (por motivos culturais).					
28) Avaliação do tônus uterino no pós-parto para identificação precoce de atonia uterina.					
29) Avaliação <b>regular</b> de sangramento vaginal, contração uterina e altura uterina rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.					
30) Avaliação da temperatura e frequência cardíaca rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.					
31) Oferta orientações e informações quanto aos cuidados e condutas após a alta.					

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
DOS ESPECIALISTAS

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **Validação de instrumento para avaliação dos cuidados obstétricos relacionados à assistência de enfermagem**, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Gonçalves Paulino. Nosso objetivo é validar um instrumento para avaliação dos cuidados de enfermagem durante a assistência obstétrica.

A sua participação se dará por meio da Técnica Delphi de validação de conteúdo de instrumento, em que, primeiramente, será necessário responder um questionário de perguntas com informações pessoais. Após esta etapa, você deverá registrar seu julgamento e parecer sobre a análise do conteúdo do instrumento. Esta análise será feita quanto: a) a forma de apresentação do instrumento; b) a facilidade de leitura; c) a compreensão e clareza dos itens; d) a pertinência conceitual (abrangência do conteúdo) referente aos cuidados de enfermagem no serviço obstétrico que são comumente atrasados ou deixados de fazer, bem como as razões que os profissionais podem atribuir para a ocorrência desse fato.

Para isto, os documentos de participação (questionário, instrumento, convite e carta de orientação) serão enviados via correio eletrônico. O tempo estimado para preenchimento dos instrumentos é de 50 minutos. Os instrumentos e o termo de consentimento devem ser reenviados para a pesquisadora no prazo de até 20 dias após a data de recebimento.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são psicológicos e sendo assim, garantimos a confidencialidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, uma vez que os instrumentos não serão identificados com nomes e sim com códigos, além do sigilo dos dados e informações que serão guardados por um período de 5 anos e destruídos após esse prazo. Asseguramos a não violação e a integridade dos documentos originados da pesquisa. Será assumida a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, indenizando o participante, confirmado o dano e prejuízo, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração e você é livre para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para validação de um instrumento que permitirá o levantamento de dados que identificam as fragilidades contidas nos serviços obstétricos e quais fatores que contribuem para não realização adequada dos cuidados obstétricos dos profissionais de enfermagem, possibilitando a construção de estratégias pontuais e acertadas para melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada às parturientes, puérperas e seus recém-nascidos.

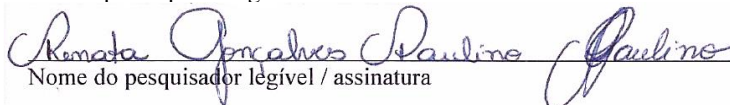
Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Renata Gonçalves Paulino, na Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, no telefone (61) 996908383, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: rgp611@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS). 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, respectivamente, 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 ou pelo telefone (061) 3325-4955 ou do e-mail comitedeetica.secretaria@gmail.com, horário de atendimento de 08:30hs às 11:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FEPECS se localiza em SMHN Quadra 03, Conjunto A, Bloco1, Edifício FEPECS, Asa Norte, telefone (61) 3325 4956, e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

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 Senhor (a).

Nome do participante legível / assinatura

  
Nome do pesquisador legível / assinatura

Brasília, \_\_\_\_\_ de dezembro de 2018

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE*

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **Validação de instrumento para avaliação do *missed nursing care* em serviços obstétricos**, sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Gonçalves Paulino. Nosso objetivo é validar um instrumento para avaliação de *missed nursing care* durante a assistência obstétrica.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a). A sua participação se dará através das suas respostas a um questionário que aborda questões sobre os cuidados de enfermagem no serviço obstétrico que são comumente atrasados ou deixados de fazer, bem como as razões para a ocorrência desse fenômeno. O questionário será aplicado numa sala reservada dentro do próprio setor, num momento da sua disponibilidade, com um tempo estimado de 30 minutos para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são físicos, emocionais e psicológicos. Estes riscos serão minimizados, respectivamente, garantindo um local reservado e confortável para que o você responda às perguntas. A pesquisadora estará habilitada ao método de coleta dos dados, atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto e interromperá, imediatamente a pesquisa se perceber algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa, conseqüente à mesma. Uma vez que a pesquisa aborda aspectos negativos dos cuidados prestados, existe a possibilidade de que você se sinta desconfortável ou inibido a responder às questões. Reforçamos a garantia de liberdade de não responder a questões constrangedoras e desistência de participação da pesquisa a qualquer momento. Além disso, garantimos a não violação e a integridade dos documentos originados da pesquisa. Garantimos a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, uma vez que os instrumentos não serão identificados com nomes e registros, além do sigilo dos dados e informações que serão guardados por um período de 5 anos e destruídos após esse prazo. Será assumida a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos, indenizando o participante, confirmado o dano e prejuízo, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será coberta pelos pesquisadores responsáveis. Se você aceitar participar, estará contribuindo para validação de um instrumento que permitirá o levantamento de dados que identificam as fragilidades contidas nos serviços obstétricos e quais fatores que contribuem para omissão de cuidados obstétricos dos profissionais de enfermagem, possibilitando a construção de estratégias pontuais e acertadas para melhoria da qualidade e segurança da assistência prestada às parturientes, puérperas e seus recém-nascidos.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Renata Gonçalves Paulino, na Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, no telefone (61) 996908383, disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: rgp611@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília e também pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS). 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, respectivamente, pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto: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 ou pelo telefone (061) 3325-4955 ou do e-mail [comitedeetica.secretaria@gmail.com](mailto:comitedeetica.secretaria@gmail.com), horário de atendimento de 08:30hs às 11:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FEPECS se localiza em SMHN Quadra 03, Conjunto A, Bloco1, Edifício FEPECS, Asa Norte, telefone (61) 3325-4956.

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 Senhor (a).

\_\_\_\_\_  
Nome do participante legível / assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador legível / assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



APÊNDICE D: QUESTIONÁRIO DOS JUÍZES PARA PRIMEIRA RODADA DE  
AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA**

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) Fem. ( ) Mas.

**Formação:** \_\_\_\_\_

**Titulação mais elevada (esp./mestr./dout.):** \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO PELOS ESPECIALISTAS**

Para a avaliação dos itens serão utilizados 7 (sete) atributos que têm a finalidade de qualificar cada item. Para definir o significado e o sentido de cada atributo, foram adotados conceitos de acordo com Pasquali (1998), conforme a descrição correspondente a cada item.

O campo “Sugestões/Comentários” é destinado para as especificações das alterações do item que forem julgadas necessárias para sua plena adequação. Além disso, nesse campo também pode ser sugerido a exclusão de um item. Conforme sua preferência, você poderá responder no próprio arquivo do Word ou imprimir e escanear.

*Quanto ao título do instrumento:*

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS OBSTÉTRICOS RELACIONADOS À  
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> instruções são relevantes para o preenchimento do instrumento				

(continua)



(continuação)

**Quanto às instruções para o preenchimento da Parte I do instrumento:****CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

Esta seção é composta de 31 itens. De acordo com a **sua rotina de trabalho**, marque **uma única alternativa** que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem listados no quadro abaixo são realizados por você, na unidade em que você trabalha.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Quanto à estrutura do instrumento:**

As ações da Parte I do instrumento foram denominadas de “Cuidados Obstétricos de Enfermagem”. Para as respostas, será utilizada uma escala considerando a seguinte graduação: “Nunca é realizado”, “Raramente é realizado”, “Realizado parcialmente ou em atraso”, “Frequentemente realizado adequadamente”, “Sempre realizado adequadamente”, “N.A (nenhuma das alternativas)”. O subtítulo e o conteúdo das respostas apresentado para os itens da parte I é adequado?

	SIM	NÃO	NECESSITA DE ALTERAÇÕES: ESPECIFICAR
Cuidados Obstétricos de Enfermagem			
Nunca é realizado			
Raramente é realizado			
Realizado parcialmente ou em atraso			
Frequentemente realizado adequadamente			
Sempre realizado adequadamente			

(continua)

(continuação)

**CATEGORIA 1: COMUNICAÇÃO E APOIO/SUPORTE EMOCIONAL À MULHER**

1) Encorajamento da presença do acompanhante.
Oferta de informações apuradas sobre o processo de trabalho de parto, parto ou puerpério.
Escuta ativa sobre as dúvidas da mulher e responde às suas perguntas.
9) Comunicação clara e efetiva com a mulher e acompanhante.
12) Aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL.
14) Oferta de suporte e apoio emocional à mulher e acompanhante.
21) Estímulo e posicionamento do recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto.
22) Estímulo a amamentação logo após o nascimento.
23) Oferta orientações e apoio à amamentação.
24) Oferta orientações quanto aos cuidados puerperais.
27) Orientação das puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou em pelo menos 6 horas (por motivos culturais).
31) Oferta orientações e informações quanto aos cuidados e condutas após a alta.

**Questão 1:** Encorajamento da presença do acompanhante.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 2:** Oferta de informações apuradas sobre o processo de trabalho de parto, parto ou puerpério.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 3:** Escuta ativa sobre as dúvidas da mulher e responde às suas perguntas.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 9:** Comunicação clara e efetiva com a mulher e acompanhante.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 12:** Aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 14:** Oferta de suporte e apoio emocional à mulher e acompanhante.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 21:** Estímulo e posicionamento do recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 23:** Oferta orientações e apoio à amamentação.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 24:** Oferta orientações quanto aos cuidados puerperais.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 27:** Orientação das puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou em pelo menos 6 horas (por motivos culturais).

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 31:** Oferta orientações e informações quanto aos cuidados e condutas após a alta.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**CATEGORIA 2: COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL**

4) Coleta do histórico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, exames laboratoriais, etc).
8) Comunicação efetiva com a equipe multiprofissional
10) Preenchimento correto da documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem).
13) Registro, em prontuário, dos resultados dos testes rápidos.

**Questão 4:** Coleta do histórico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, exames laboratoriais, etc).

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 8:** Comunicação efetiva com a equipe multiprofissional.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 10:** Preenchimento correto da documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem).

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 13:** Registro, em prontuário, dos resultados dos testes rápidos.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**CATEGORIA 3: ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA**

5) Avaliação física da mulher.
6) Avaliação psicológica da mulher.
7) Monitorização dos sinais vitais da mulher.
11) Coleta de amostra de sangue para tipagem sanguínea, se a mulher não tiver relatório comprobatório formal.
15) Ausculta dos batimentos cardíacos fetais com aparelho ultrassom ou estetoscópio de Pinard.
16) Técnicas de relaxamento e alívio da dor não medicamentosa.
17) Encorajamento da mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco.
18) Técnicas de redução do trauma perineal e facilitação do parto natural (massagem perineal, compressas mornas).
19) Administração de antibióticos na hora prescrita.
20) Administração de anti-hipertensivos na hora prescrita.
22) Estímulo a amamentação logo após o nascimento.
25) Avaliação de pulseiras de identificação?
26) Avaliação da elevação das grades e integridade dos berços?
28) Avaliação do tônus uterino no pós-parto para identificação precoce de atonia uterina.
29) Avaliação <b>regular</b> de sangramento vaginal, contração uterina e altura uterina rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.
30) Avaliação da temperatura e frequência cardíaca rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.

(continua)

(continuação)

**Questão 5:** Avaliação física da mulher.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 6:** Avaliação psicológica da mulher.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 7:** Monitorização dos sinais vitais da mulher.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)



(continuação)

**Questão 11:** Coleta de amostra de sangue para tipagem sanguínea, se a mulher não tiver relatório comprobatório formal.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 15:** Ausculta dos batimentos cardíacos fetais com aparelho ultrassom ou estetoscópio de Pinard.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 16:** Técnicas de relaxamento e alívio da dor não medicamentosa.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 17:** Encorajamento da mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 18:** Técnicas de redução do trauma perineal e facilitação do parto natural (massagem perineal, compressas mornas).

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 19:** Administração de antibióticos na hora prescrita.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 20:** Administração de anti-hipertensivos na hora prescrita.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 22:** Estímulo a amamentação logo após o nascimento.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 25:** Avaliação de pulseiras de identificação.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 26:** Avaliação da elevação das grades e integridade dos berços.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 28:** Avaliação do tônus uterino no pós-parto para identificação precoce de atonia uterina.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

**Questão 29:** Avaliação regular de sangramento vaginal, contração uterina e altura uterina rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

(continua)

(continuação)

**Questão 30:** Avaliação da temperatura e frequência cardíaca rotineiramente, durante as primeiras 24 horas.

	Não necessita alterações	Necessita pequenas alterações	Necessita de grandes alterações	Sugestões/ Comentários
<b>Clareza:</b> está explicitado de forma clara, simples e inteligível.				
<b>Objetividade:</b> permite apenas uma resposta.				
<b>Simplicidade:</b> expressa uma única ideia.				
<b>Precisão:</b> cada item é distinto dos demais, não se confundem.				
<b>Credibilidade:</b> está formulado de modo que não pareça infantil ou despropositado.				
<b>Variedade:</b> os itens variam de forma a não provocar monotonia, nem cansaço.				
<b>Pertinência:</b> o item é relevante para avaliação da omissão de cuidados obstétricos				

*Prezado especialista, chegamos ao final da primeira rodada!*

*Obrigada pela participação!*

APÊNDICE E: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
OBSTÉTRICA – APÓS PRIMEIRA RODADA COM OS JUÍZES

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

PERFIL PROFISSIONGRÁFICO

1. Sexo:      Feminino (    )      Masculino (    )
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
3. Nome da unidade/setor onde você trabalha \_\_\_\_\_
4. Cargo/Função que desenvolve nessa instituição:
 

a) (    ) Auxiliar de enfermagem	b) (    ) Técnico em enfermagem
c) (    ) Enfermeiro	d) (    ) Residente de Enfermagem
5. Área em que atua nessa instituição:
 

a) Assistência	b) Gestão	c) Assistência e gestão
----------------	-----------	-------------------------
6. Qual é a sua titulação mais elevada?
 

a) (    ) Curso Técnico	b) (    ) Graduação	
c) (    ) Especialização	d) (    ) Mestrado	e) (    ) Doutorado
7. Tempo de formado (em anos): \_\_\_\_\_
8. Tempo de atuação neste hospital (em anos): \_\_\_\_\_
9. Qual o seu turno de trabalho nessa instituição:
 

a) (    ) Diurno	b) (    ) Noturno	c) (    ) Rodízio entre Diurno e Noturno
------------------	-------------------	------------------------------------------
10. Qual a carga horária semanal de trabalho **nesta instituição**? \_\_\_\_\_
11. Possui quantos vínculos de trabalho? \_\_\_\_\_
12. Qual a carga horária semanal **total** de trabalho, considerando todos os vínculos? \_
13. Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos (em anos): \_\_\_\_\_
14. Possui curso de especialização na área obstétrica? (            ) Sim      (    ) Não
15. Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **oferecido/disponibilizado por essa instituição**? \_\_\_\_\_
16. Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **por sua própria conta**? \_\_\_\_\_
17. Recebeu curso sobre assistência obstétrica segura? (            ) Sim      (    ) Não

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Esta seção é composta de 31 itens. De acordo com a **realidade da sua rotina de trabalho, para cada item listado**, marque **uma única alternativa** que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem listados no quadro abaixo são realizados por você, na unidade em que você trabalha. Será utilizada uma escala considerando a seguinte graduação: “Nunca é realizado”, “Raramente é realizado”, “Ocasionalmente/às vezes é realizado”, “Frequentemente é realizado”, “Sempre é realizado”.

<b>CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca é realizado</b>	<b>Raramente é realizado</b>	<b>Realizado parcialmente ou em atraso</b>	<b>Frequentemente realizado adequadamente</b>	<b>Sempre realizado adequadamente</b>
1) Você incentiva a presença do acompanhante?					
2) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?					
3) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante?					
4) Você coleta o histórico clínico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, medicamentos em uso, exames laboratoriais, etc)?					
5) Você realiza o exame físico da mulher?					
6) Você avalia o estado emocional da mulher?					
7) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?					
8) Você se comunica de maneira efetiva com a equipe multiprofissional?					
9) Você se comunica de maneira clara e efetiva com a mulher e/ou acompanhante?					
10) Você preenche corretamente a documentação relacionada à assistência (evolução/relatório de enfermagem/partograma)?					
11) Você coleta amostra de sangue para tipagem sanguínea, nos casos em que a mulher não possui relatório comprobatório formal?					
12) Você realiza aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL?					

(continua)

(continuação)

<b>CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca é realizado</b>	<b>Raramente é realizado</b>	<b>Realizado parcialmente ou em atraso</b>	<b>Frequentemente realizado adequadamente</b>	<b>Sempre realizado adequadamente</b>
13) Você registra, em prontuário, os resultados dos testes rápidos?					
14) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?					
16) Você aplica técnicas não medicamentosas de relaxamento e alívio da dor?					
17) Você encoraja a mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco?					
18) Você aplica técnicas de facilitação do parto natural e redução do trauma perineal (massagem perineal, compressas mornas)?					
19) Você administração de antibióticos no horário prescrito?					
20) Você administração de anti-hipertensivos no horário prescrito?					
21) Você estimula e posiciona o recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto?					
22) Você estimula a amamentação na primeira hora de vida?					
23) Você oferece orientações e apoio à amamentação?					
24) Você incentiva a deambulação da mulher?					
25) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido?					
26) Você verifica a elevação das grades e integridade dos berços?					
27) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?					
28) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?					
29) Você verifica a presença de eliminações vesicais no pós-parto?					

(continua)



(continuação)

<b>CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca é realizado</b>	<b>Raramente é realizado</b>	<b>Realizado parcialmente ou em atraso</b>	<b>Frequentemente realizado adequadamente</b>	<b>Sempre realizado adequadamente</b>
30) Você avalia a temperatura e frequência cardíaca, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?					
31) Você prepara a mulher e acompanhante para alta, orientando sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido?					

APÊNDICE F: INSTRUMENTO DE AUTOAVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS – APLICADO NO PRÉ-TESTE

**PERFIL PROFISSIONGRÁFICO**

1. Sexo:      Feminino (    )      Masculino (    )
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
3. Nome da unidade/setor onde você trabalha \_\_\_\_\_
4. Cargo/Função que desenvolve nessa instituição:
 

a) (    ) Auxiliar de enfermagem	b) (    ) Técnico em enfermagem
c) (    ) Enfermeiro	d) (    ) Residente de Enfermagem
5. Área em que atua nessa instituição:
 

a) Assistência	b) Gestão	c) Assistência e gestão
----------------	-----------	-------------------------
6. Qual é a sua titulação mais elevada?
 

a) (    ) Curso Técnico	b) (    ) Graduação	e) (    ) Doutorado
c) (    ) Especialização	d) (    ) Mestrado	
7. Tempo de formado (em anos): \_\_\_\_\_
8. Tempo de atuação neste hospital (em anos): \_\_\_\_\_
9. Qual o seu turno de trabalho nessa instituição:
 

a) (    ) Diurno	b) (    ) Noturno	c) (    ) Rodízio entre Diurno e Noturno
------------------	-------------------	------------------------------------------
10. Qual a carga horária semanal de trabalho **nesta instituição**? \_\_\_\_\_
11. Possui quantos vínculos de trabalho? \_\_\_\_\_
12. Qual a carga horária semanal **total** de trabalho, considerando todos os vínculos? \_
13. Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos (em anos): \_\_\_\_\_
14. Possui curso de especialização na área obstétrica? (    ) Sim      (    ) Não
15. Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **oferecido/disponibilizado por essa instituição**? \_\_\_\_\_
16. Há quanto tempo (em meses) participou do último curso de atualização em assistência obstétrica, **por sua própria conta**? \_\_\_\_\_
17. Recebeu curso sobre assistência obstétrica segura? (    ) Sim      (    ) Não

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

Esta seção é composta de 29 itens. De acordo com a realidade da sua rotina de trabalho, para cada item listado marque uma única alternativa que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem listados no quadro abaixo são realizados por você, na unidade em que você trabalha. Será utilizada uma escala considerando a seguinte graduação: “*Nunca realizo*”, “*Raramente realizo*”, “*Ocasionalmente/às vezes realizo*”, “*Frequentemente realizo*”, “*Sempre realizo*”.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	Nunca realizo	Raramente realizo	Ocasionalmente/ às vezes realizo	Frequentemente realizo	Sempre realizo
1) Você incentiva a presença do acompanhante?					
2) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?					
3) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e ao acompanhante?					
4) Você coleta o histórico clínico completo da mulher (antecedentes obstétricos, familiares, medicamentos em uso, exames laboratoriais, etc)?					
5) Você realiza o exame físico da mulher?					
6) Você avalia o estado emocional da mulher?					
7) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e dos demais sinais vitais, conforme o preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto, puerpério)?					
8) Você se comunica de maneira efetiva com a equipe multiprofissional?					
9) Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante?					
10) Você registra corretamente as informações relacionadas à assistência de enfermagem (evolução/relatório de enfermagem/partograma)?					
11) Você coleta amostra de sangue para tipagem sanguínea, nos casos em que a mulher não possui relatório comprobatório formal?					

(continua)

(continuação)

<b>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca realizo</b>	<b>Raramente realizo</b>	<b>Ocasionalmente/ às vezes realizo</b>	<b>Frequentemente realizo</b>	<b>Sempre realizo</b>
12) Você realiza aconselhamento no pré e pós teste rápido de HIV e VDRL?					
13) Você registra, em prontuário, os resultados dos testes rápidos?					
14) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?					
15) Você aplica técnicas não medicamentosas de relaxamento e alívio da dor?					
16) Você encoraja a mobilidade da parturiente e a adoção da posição vertical durante o trabalho de parto da mulher de baixo risco?					
17) Você aplica técnicas de facilitação do parto natural e redução do trauma perineal (massagem perineal, compressas mornas)?					
18) Você administra antibióticos no horário prescrito?					
19) Você administra anti-hipertensivos no horário prescrito?					
20) Você estimula e posiciona o recém-nascido em contato pele a pele com a sua mãe na primeira hora pós-parto?					
21) Você estimula a amamentação na primeira hora de vida?					
22) Você oferece orientações e apoio à amamentação?					

(continua)

(continuação)

<b>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM</b>	<b>Nunca realizo</b>	<b>Raramente realizo</b>	<b>Ocasionalmente/ às vezes realizo</b>	<b>Frequentemente realizo</b>	<b>Sempre realizo</b>
23) Você incentiva a deambulação da mulher?					
24) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido?					
25) Você verifica a elevação das grades e integridade dos berços?					
26) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?					
27) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?					
28) Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto?					
29) Você prepara a mulher e acompanhante para alta, orientando sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido?					

*Obrigada pela participação!*

**APÊNDICE G: INSTRUMENTO FINAL**  
**ESCALA DE AUTOAVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM**  
**SERVIÇOS OBSTÉTRICOS**

Este instrumento é destinado a autoavaliação da assistência prestada pelos profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros) que atuam em serviços obstétricos – Casa de Parto, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto.

**PERFIL PROFISSIONÁRIO**

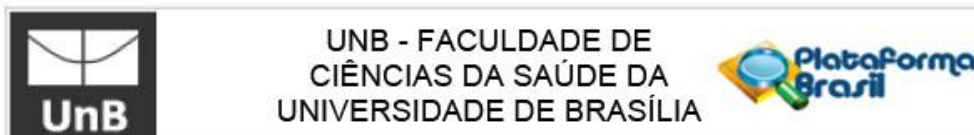
1. Sexo: [1] Feminino [2] Masculino
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
3. Unidade/setor onde você trabalha: [1] Centro Obstétrico [2] Alojamento Conjunto/Maternidade
4. Área em que atua nessa instituição:  
[1] Assistência [2] Assistência e Gestão
5. Cargo/Função que desenvolve nessa instituição:  
[1] Auxiliar de enfermagem [2] Técnico em enfermagem  
[3] Enfermeiro (a) [4] Residente de Enfermagem [5] Enfermeiro (a) Obstetra
6. Ano em que se formou para a função que exerce nesta instituição: \_\_\_\_\_
7. Tempo de atuação, em anos, neste hospital: \_\_\_\_\_
8. Tempo de experiência profissional em serviços obstétricos, em anos: \_\_\_\_\_
9. Turno de trabalho nessa instituição:  
[1] Diurno [2] Noturno [3] Rodízio entre Diurno e Noturno
10. Carga horária semanal de trabalho **nesta instituição**: \_\_\_\_\_
11. Possui quantos vínculos de trabalho? \_\_\_\_\_
12. Carga horária semanal **total** de trabalho, considerando todos os vínculos: \_\_\_\_\_
13. Qual é a sua titulação mais elevada?  
[1] Curso Técnico [2] Graduação [3] Pós-Graduação *Latu Sensu*  
[4] Mestrado [5] Doutorado
14. Possui curso de Pós-Graduação *Latu Sensu* (Especialização) na área obstétrica? [1] Sim [2] Não
15. Participou de curso de atualização em assistência de enfermagem em obstetrícia, **oferecido/disponibilizado por essa instituição, nos últimos 6 meses?** [1] Sim [2] Não
16. Participou de curso de atualização em assistência de enfermagem em obstetrícia, nos últimos 6 meses, **por sua própria conta?** [1] Sim [2] Não
17. Participou de curso sobre segurança do paciente? [1] Sim [2] Não
18. Participou de curso sobre cuidados seguros em obstetrícia? [1] Sim [2] Não

### AUTOAVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

Esta seção é composta de 23 itens. De acordo com a realidade da sua rotina de trabalho, para cada item listado marque **uma única** alternativa que descreva a frequência com a qual os cuidados de enfermagem, listados no quadro abaixo, são realizados por você, na unidade em que você trabalha. Será utilizada uma escala considerando a seguinte graduação: 1 para “Nunca realizo”, 2 para “Raramente realizo”, 3 para “Ocasionalmente/às vezes realizo”, 4 para “Frequentemente realizo” e 5 para “Sempre realizo”.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	1 -Nunca	2 - Raramente	3 - Ocasionalmente	4 -Frequentemente	5 - Sempre
1) Apresenta-se pelo nome e função à mulher e acompanhante?	1	2	3	4	5
2) Você coleta e registra o histórico clínico da mulher (antecedentes obstétricos, medicamentos em uso, alergias e exames pertinentes)?	1	2	3	4	5
3) Você oferece informações claras e precisas sobre o processo no qual a paciente se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?	1	2	3	4	5
4) Você incentiva a presença de acompanhante?	1	2	3	4	5
5) Você avalia o estado emocional da mulher?	1	2	3	4	5
6) Você realiza escuta qualificada da mulher (necessidades, dúvidas, apreensões)?	1	2	3	4	5
7) Você se comunica de maneira clara e precisa com a mulher e/ou acompanhante?	1	2	3	4	5
8) Você se comunica de maneira clara, objetiva, concisa e oportuna com a equipe multiprofissional (durante passagem de plantão, discussão de caso clínico ou outros momentos que exigem troca de informações)?	1	2	3	4	5
9) Você verifica se a mulher possui registro de tipagem sanguínea?	1	2	3	4	5
10) Você verifica se a mulher possui registro do resultado dos testes rápidos de HIV/VDRL?	1	2	3	4	5
11) Você realiza o exame físico da mulher?	1	2	3	4	5
12) Você realiza a monitorização da pressão arterial da mulher e demais sinais vitais, conforme preconizado na fase em que ela se encontra (trabalho de parto, parto ou puerpério)?	1	2	3	4	5
13) Você supervisiona ou administra antibióticos, quando prescrito, no horário indicado?	1	2	3	4	5
14) Você supervisiona ou administra anti-hipertensivos, quando prescrito, no horário indicado?	1	2	3	4	5
15) Você registra todas as informações relacionadas à assistência de enfermagem e intercorrências (evolução, relatórios de enfermagem e/ou partograma)?	1	2	3	4	5
16) Você incentiva a deambulação da mulher?	1	2	3	4	5
17) Você oferece orientações, estímulo e apoio à amamentação?	1	2	3	4	5
18) Você confere as pulseiras de identificação da mãe e do recém-nascido e orienta sobre sua permanência até a alta?	1	2	3	4	5
19) Você verifica a presença de eliminações urinárias no pós-parto?	1	2	3	4	5
20) Você avalia o tônus uterino e sangramento vaginal no pós-parto?	1	2	3	4	5
21) Você verifica e orienta sobre a elevação das grades da cama?	1	2	3	4	5
22) Você orienta as puérperas a adiarem o banho do recém-nascido em até 24 horas pós-parto, ou se isso não for possível por razões culturais, em pelo menos 6 horas?	1	2	3	4	5
23) Você orienta a mulher e acompanhante sobre os cuidados puerperais e com o recém-nascido, preparando-os para a alta?	1	2	3	4	5

**ANEXOS**  
**ANEXO A: PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP FS/UNB**



**PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO MISSED NURSING CARE EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

**Pesquisador:** RENATA GONCALVES PAULINO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 96647718.9.0000.0030

**Instituição Proponente:** Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

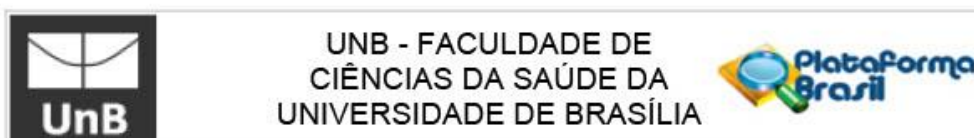
**Número do Parecer:** 2.975.447

**Apresentação do Projeto:**

Conforme Resumo: "De acordo com a literatura, o missed nursing care - omissão de cuidados de enfermagem - é um erro de difícil identificação, porém com repercussões tão nocivas quanto aquelas consequentes dos erros de comissão, que são ocasionados por um erro de administração de medicação, por exemplo. O missed care é definido como a omissão (total ou em parte) ou atraso de qualquer aspecto do cuidado necessário ao paciente. Fatores como a alta demanda de pacientes, falta de recursos financeiros, materiais e de profissionais da saúde capacitados, elevam o risco de sobrecarga dos serviços de assistência à saúde, forçando os profissionais a atrasar ou omitir alguns cuidados, priorizando outros. Desde Kalish (2006), o missed care de enfermagem se tornou um tema amplamente estudado no contexto clínicocirúrgico, porém, estudos com este tema no contexto dos serviços obstétricos ainda estão limitados. Desta forma, o presente estudo possui a finalidade de construir e validar um instrumento para avaliação de missed care pela equipe de enfermagem, durante a assistência obstétrica. Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, que realizará a validação de conteúdo do instrumento por meio da Técnica Delphi, através de um painel composto por 10 especialistas da área de obstetrícia e segurança do paciente. As respostas dos especialistas serão examinadas a fim de detectar concordâncias, divergências, consensos e sugestões em relação aos itens avaliados. A partir da análise dos juízes, o instrumento será revisto, um índice de validade e nível de significância para análise será estabelecido, e serão realizadas alterações nos tópicos propostos. Posteriormente, o

**Endereço:** Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com





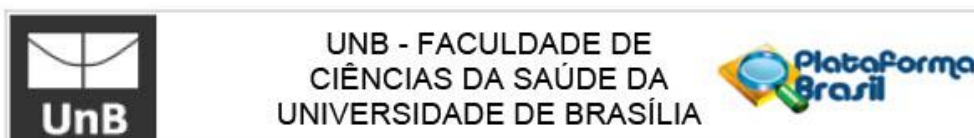
Continuação do Parecer: 2.975.447

teste psicométrico será feito por meio de um teste piloto com a população de enfermeiros assistenciais de um serviço obstétrico do Distrito Federal. Os dados coletados pelo teste piloto serão lançados em banco de dados construído no Excel com dupla conferência para controlar possíveis erros de alimentação do banco de análise. Em seguida, serão transportados para o Software Estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 24.0. Serão calculados média e desvio padrão para variáveis contínuas, frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Os dados serão submetidos à Análise Fatorial Confirmatória, testes de confiabilidade. Será realizada análise de associação entre as variáveis dependentes e independentes, utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson e consideradas significativas as análises com valor de  $p < 0,05$ . Esperamos com este estudo fornecer um diagnóstico situacional sobre os cuidados mais frequentemente omitidos pelos profissionais de enfermagem e suas razões. Este diagnóstico poderá trazer luz tanto aos profissionais quanto aos gestores sobre a problemática. Intervenções então poderão ser propostas e aplicadas, a exemplo de medidas de educação em serviço, respaldo para solicitação de um dimensionamento adequado de profissionais, dentre outras estratégias que garantam condições adequadas para que os cuidados sejam realizados e certifiquem uma assistência obstétrica de segura, humanizada e de qualidade."

"Estudo metodológico, com delineamento transversal e análise quantitativa, que descreve o processo inicial de elaboração de um instrumento para mensuração do missed care de enfermagem em serviços obstétricos e suas possíveis razões. (...)"

"População e cenário do estudo Critérios: "A população do estudo será composta por dois grupos. O primeiro grupo será constituído por um painel de especialistas, composta por 10 experts, que procederá a validação de conteúdo do instrumento elaborado. Como critérios de inclusão, serão considerados: ser enfermeiro brasileiro, possuir experiências profissionais em assistência de enfermagem obstétrica ou segurança do paciente, estar vinculado a instituições de ensino, pesquisa, assistência ou a órgãos de classe da Enfermagem no Brasil e obter titulação mínima de doutor. Como critério de exclusão será considerado a não obtenção de título de especialização na área de enfermagem obstétrica ou segurança do paciente. Para o teste psicométrico do instrumento, após validação de conteúdo, será conduzido um estudo piloto. A população alvo desse estudo, doravante segundo grupo, será constituída pelos profissionais da equipe de enfermagem que prestam assistência às parturientes do Centro Obstétrico e puerperas do

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (81)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

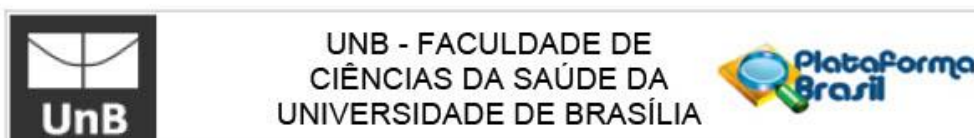


Continuação do Parecer: 2.975.447

Alojamento Conjunto, de um hospital público do Distrito Federal, totalizando 86 profissionais de enfermagem. Serão incluídos no estudo piloto os profissionais de saúde que atuam no serviço pelo menos há um mês. Serão excluídos do estudo os profissionais de saúde que estiverem de licença ou férias no período de coleta de dados, profissionais que possuem cargo comissionado (em função administrativa) e profissionais com restrição de alguma atividade laboral (de peso, por exemplo) que poderá influenciar na resposta do estudo. O cenário de estudo piloto será o serviço obstétrico de um hospital público do Distrito Federal, escolhido por ser referência de Atenção Terciária do Sistema Único de Saúde (SUS), para partos, cirurgia ginecológica eletiva e cuidados neonatais, e pela familiaridade da pesquisadora com este tipo de unidade. O serviço obstétrico possui, no Centro Obstétrico: 8 enfermarias de pré-parto, parto e puerpério (PPP) e 02 salas de Centro Cirúrgico Obstétrico. Para o acompanhamento da puérpera, 34 leitos de alojamento conjunto. Oferece também suporte para alta complexidade, contando com uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, 1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 1 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN). A seleção da população de ambos os grupos se dará por meio de amostragem não probabilística de conveniência, intencional."

"Instrumento de coleta de dados: O instrumento que será submetido à validação foi elaborado baseado nas recomendações da OMS, contidas no manual "Intrapartum Care for a positive childbirth experience" (WHO, 2018) – Cuidado intraparto para uma experiência de parto/nascimento positiva (tradução livre), na Lista de Verificação da OMS para Parto Seguro (WHO, 2017), em estudos qualitativos sobre a temática, além das condutas preconizadas no serviço obstétrico pesquisado. Atualmente está composto por três partes. A primeira parte possui questões que objetivam coletar informações gerais quanto à unidade de trabalho, formação educacional mais elevada, sexo, idade, cargo ou função no trabalho, número de horas trabalhadas por semana, período de trabalho, tempo de experiência, turno de trabalho, quantidade de horas extras e faltas, planejamento em deixar o cargo, quantidade de pacientes cuidados, número de admissões e altas realizadas e satisfação no trabalho. A segunda parte do instrumento, ou parte A, é composta por 28 itens referentes aos elementos dos cuidados de enfermagem não realizados, com respostas tipo Likert, variando de "nunca é realizado" a "é sempre realizado". A terceira parte, ou parte B, contém 18 itens referentes às razões para a não realização dos cuidados de enfermagem, com respostas do tipo Likert, variando de "razão significativa" a "não é uma razão para a omissão dos cuidados". Na parte A do instrumento, os

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.447

itens são pontuados de um a cinco, sendo que um (1) corresponde a maiores níveis de omissão e cinco (5) à ausência de omissão. Na parte B, os itens são pontuados de um a quatro, sendo que um (1) corresponde à

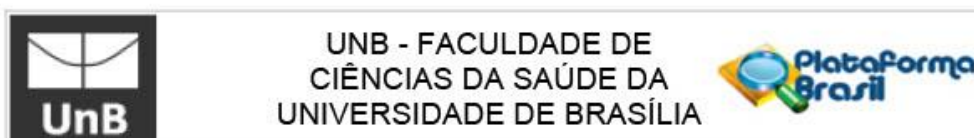
razão significativa e quatro (4) como não sendo razão para a omissão. O instrumento de coleta de dados passará por processo de validação de conteúdo e confiabilidade.

Na etapa de validação devem ser realizados procedimentos para reconhecer que o conteúdo do instrumento incorpora o que realmente se pretende mensurar e que ele possui uma representação adequada e precisa do que se pretendeu medir (MARTINS, 2006; BELLUCCI JUNIOR e MATSUDA, 2012). A confiabilidade do instrumento determina a consistência e a replicação da ferramenta em estudo, enquanto a validade diz respeito a representação adequada e precisa do que se pretendeu medir (MARTINS, 2006). A validação de conteúdo é feita a partir de um painel de especialistas que verifica se os conceitos abordados pertencem à medida que se quer mensurar (CRONBACH e MEELH, 1955; LOBIONDO-WOOD, HABER, 2001, p. 188; HOUSER, 2008, p. 256). Este método propõe duas etapas: a) desenvolvimento do instrumento e b) julgamento dos especialistas para determinar o consenso entre os itens componentes do instrumento (LYNN, 1986)."

"Procedimento de coleta de dados: A primeira fase de coleta de dados do estudo (validação de conteúdo) será realizada via web, seguindo a técnica Delphi, para compor o grupo do painel de especialistas. Os especialistas serão contatados por e-mail, apresentando os objetivos do estudo e carta convite para participação da pesquisa. Em caso afirmativo, serão enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento de validação e as instruções de como proceder à avaliação para sua validação. Será acordado um prazo de 20 dias para sua devolução. Um segundo momento de apreciação será necessário para validação da versão final do instrumento pelos especialistas, que também atenderá os mesmos critérios da primeira rodada. A segunda fase de coleta de dados será realizada por meio da aplicação da versão final validada pelo painel de especialistas. Constituirá de um instrumento autoaplicável, direcionado aos profissionais que atuam na assistência obstétrica. Os profissionais de enfermagem serão abordados no próprio local de trabalho (Centro Cirúrgico e Alojamento Conjunto), no momento em que estiverem disponíveis para participarem do estudo. Será explicada a finalidade da pesquisa e, em caso de aceite de participação, será feito o convite e entregue uma cópia impressa do TCLE constando de todos os dados do pesquisador e os objetivos e termos do

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (81)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.975.447

estudo para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, um lápis e uma borracha. Os participantes serão orientados sobre como proceder para responder ao questionário, sendo garantido seu anonimato e respeitadas as recusas de participação. O tempo médio estimado para completar o instrumento será de 20 a 30 minutos."

**Objetivo da Pesquisa:**

"Objetivo Geral: Validar um instrumento para avaliação de missed care pela equipe de enfermagem, durante a assistência obstétrica."

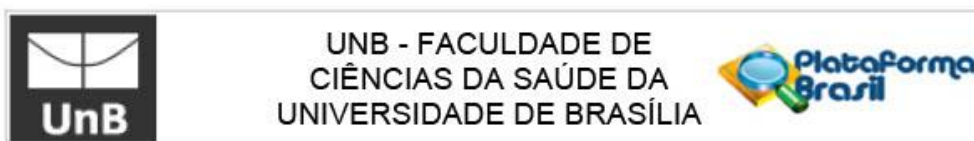
Objetivos Específicos: Elaborar um instrumento de avaliação de missed nursing care obstétrico; Validar o conteúdo e as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação de missed nursing care obstétrico."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

"Considera-se que os riscos da participação dos usuários nesta pesquisa são físicos, emocionais e psicológicos. Para a população de experts o risco de desconforto psicológico, quanto a exposição da identidade do especialista, será reduzido garantindo a confidencialidade dos participantes identificando-os, aleatoriamente, pela letra "E", seguida de numeral, de 01 a 10. Códigos serão utilizados para o resumo das avaliações, bem como para a apresentação e discussão dos resultados. O desconforto físico será diminuído uma vez que os procedimentos serão realizados eletronicamente. O convite será feito via correio eletrônico (e-mail), bem como o questionário que será desenvolvido online e terá seu link disponibilizado via e-mail também. Este formato dará ao expert a possibilidade de responder ao questionário no momento e no local que lhe for pertinente e confortável. Para a população de enfermeiros, estes riscos serão minimizados, garantindo um local reservado e confortável para que o participante responda às perguntas. Uma vez que a pesquisa aborda aspectos negativos dos cuidados prestados, existe a possibilidade de que os profissionais participantes se sintam desconfortáveis ou inibidos a responder questões. Será reforçada a importância, e possíveis retornos e impactos positivos da pesquisa para o serviço obstétrico, tanto no âmbito da segurança do paciente quanto para a melhora das condições de trabalho dos profissionais; e ainda, garantida a liberdade de não responder questões constrangedoras. A identidade do participante será preservada, uma vez que o instrumento não conterá identificação de nomes e registros do participante. Além disso, os será garantida a não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.447

violação e a integridade dos documentos originados da pesquisa. A pesquisadora estará habilitada ao método de coleta dos dados, atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto e interromperá, imediatamente a pesquisa se perceber algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa, conseqüente à mesma. Será garantida confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização,

assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, uma vez que os instrumentos não serão identificados com nomes e registros, além do sigilo dos dados e informações que serão guardados por um período de 5 anos. Será assumida a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o participante será indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil."

Benefícios: "Os benefícios do estudo versam sobre validação do instrumento que avaliará o contexto da assistência obstétrica realizada pela equipe de enfermagem. Esperamos com este estudo levantar dados que identifiquem as fragilidades contidas nos serviços obstétricos e quais fatores, sinalizados pelos próprios autores do processo assistencial, que contribuem para omissão de cuidados obstétricos dos profissionais de enfermagem. Munidos destes dados, obteremos um diagnóstico e compreensão situacional que nos possibilitará construção de estratégias pontuais e acertadas, minimizando e corrigindo as deficiências institucionais e profissionais, melhorando a qualidade e segurança da assistência prestada às parturientes, puérperas e seus recém-nascidos."

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

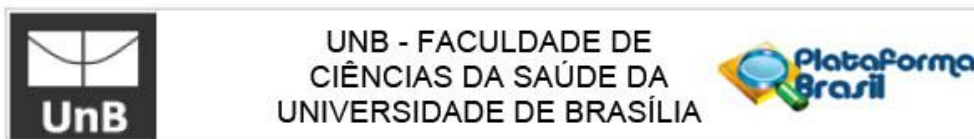
Trata-se de projeto de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da discente Renata G. Paulino sob orientação da Profa. Thatianny Tanferri de Brito Paranagua.

Local: Instituição Co-Participante - Hospital da Região Leste - Centro Cirúrgico e Alojamento Conjunto.

Cronograma: etapas de Teste-Piloto de 12/11/2018 a 12/12/2018 e Coleta dos dados de 13/12/2018 a 13/01/2019.

Custo: R\$ 7.681,00, consistindo de material de escritório e participação em evento.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.447

Numero de Participantes: 96, Profissionais de Enfermagem Teste-Piloto, a versão de validação psicométrica constituirá de instrumento autoaplicável em 86 participantes e Especialistas para Análise do Instrumento 10 participantes para Análise do instrumento para validação de conteúdo.

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

Termos analisados para emissão do parecer:

Informações básicas do projeto: "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1164939.pdf" postado em 11/10/2018.

Carta de resposta das pendências: "CartaRespPendencias2.pdf" postado em 11/10/2018.

**Recomendações:**

Não se aplicam.

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

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 2.933.102:

1. Solicita-se substituir a Folha de Rosto corrigindo-se o número de participantes de 206 por 96, conforme informado no projeto.

RESPOSTA: "Em resposta ao Item 1, informo que o número de participantes na Folha de Rosto foi modificado, atendendo à solicitação de correção de 206 para 96, conforme informado no projeto. Após as alterações solicitadas, informo que foi anexado a nova Folha de Rosto com o número de participantes corrigido. "

ANÁLISE: Numero de participantes alterado. PENDÊNCIA ATENDIDA.

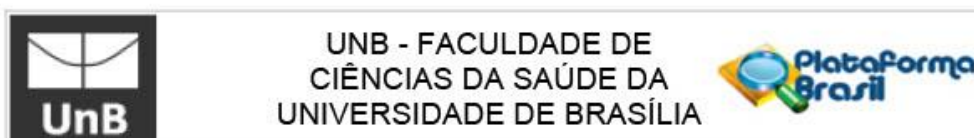
2. Solicita-se reinserção da SES-DF como instituição coparticipante na Plataforma Brasil, de forma a vinculá-lo ao CEP-FEPECS/SES-DF, para que, uma vez aprovado pelo CEP/FS, o presente protocolo de pesquisa possa ser automaticamente replicado, via Plataforma Brasil, nesse CEP para apreciação.

Resposta: Em resposta ao Item 2, informo que a SES/DF foi reinserida como instituição coparticipante na Plataforma Brasil para replicação posterior do projeto ao CEP-FEPECS/SES-DF.

Análise: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.975.447

**Conclusão:** Todas as pendências foram atendidas. Não há óbices éticos para a realização deste projeto. Protocolo de pesquisa está em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

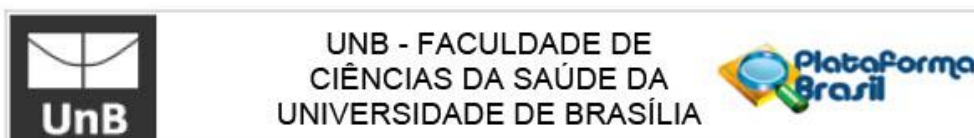
De acordo com a Resolução 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. O início das atividades de coleta dos dados do projeto devem aguardar a aprovação do projeto pelo CEP da instituição coparticipante, se for o caso.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1164939.pdf	11/10/2018 10:22:35		Aceito
Outros	CartaRespPendencias2.pdf	11/10/2018 10:22:02	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	18/09/2018 19:01:17	THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ	Aceito
Outros	CartaRespPendencias.pdf	18/09/2018 19:00:45	THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ	Aceito
Folha de Rosto	FRosto.pdf	18/09/2018 18:58:33	THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ	Aceito
Outros	LattesTTBP.pdf	24/08/2018 10:32:05	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	LattesRGP.pdf	24/08/2018 10:31:31	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBrochuralnv.docx	22/08/2018 23:19:27	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoBrochura.docx	22/08/2018 09:03:09	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	InstrumentoValidacao.docx	21/08/2018 17:53:59	RENATA GONCALVES	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.975.447

Outros	InstrumentoValidacao.docx	21/08/2018 17:53:59	PAULINO	Aceito
Outros	InstrumentoTestePiloto.docx	21/08/2018 17:53:04	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoCep.pdf	21/08/2018 17:29:46	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	CartadeEncaminhamentodoProjetoaoCEP.docx	21/08/2018 17:29:14	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermodeConcordanciaInstituicao.doc	17/08/2018 09:41:59	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEexperts.docx	17/08/2018 09:41:35	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEstestepiloto.doc	17/08/2018 09:40:25	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordanciaInstituicao.pdf	17/08/2018 09:39:06	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissoPesquisador.doc	17/08/2018 09:38:41	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissoPesquisador.pdf	17/08/2018 09:37:36	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	17/08/2018 09:36:26	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	17/08/2018 09:35:57	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

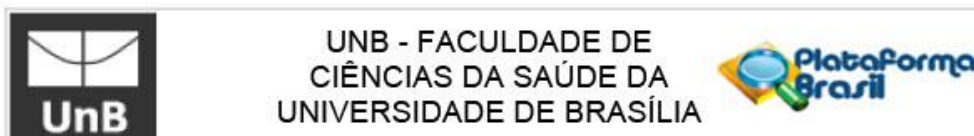
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com





Continuação do Parecer: 2.975.447

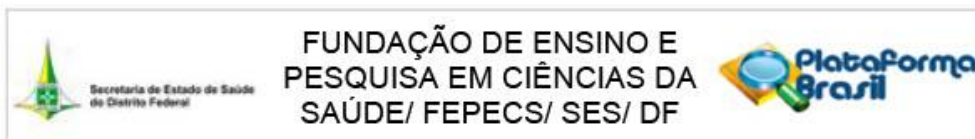
BRASILIA, 23 de Outubro de 2018

---

**Assinado por:**  
**Keila Elizabeth Fontana**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro  
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

## ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO FEPECS



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO MISSED NURSING CARE EM SERVIÇOS OBSTÉTRICOS

**Pesquisador:** RENATA GONCALVES PAULINO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 96647718.9.3002.5553

**Instituição Proponente:** DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.055.756

## Apresentação do Projeto:

Pesquisa da pós graduação em Enfermagem do HUB, que versará sobre o tema referente a "omissão dos cuidados da enfermagem em serviços obstétricos".

Projeto aprovado pelo CEP de origem em Outubro de 2018.

## Objetivo da Pesquisa:

Conforme apresentado pela equipe de pesquisa:

"Objetivo Primário:

Validar instrumento de avaliação do missed care pela equipe de enfermagem, durante a assistência obstétrica.

Objetivo Secundário:

Elaborar um instrumento de avaliação de missed care obstétrico; e

Validar o conteúdo e as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação de missed care obstétrico"

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme apresentado pela pesquisadora:

"Riscos:

Considera-se que os riscos da participação dos usuários nesta pesquisa podem ser físicos, emocionais e psicológicos.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

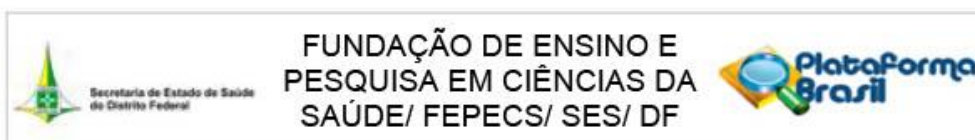
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.055.758

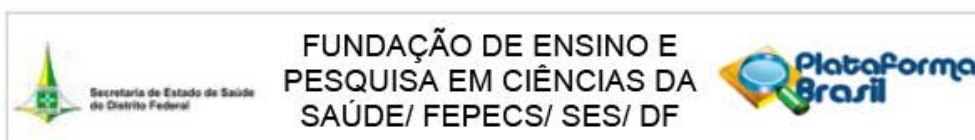
Para a população de experts o risco de desconforto psicológico, quanto à exposição da identidade do especialista, será reduzido garantindo a confidencialidade dos participantes identificando-os, aleatoriamente, pela letra "E", seguida de numeral, de 01 a 10. Códigos serão utilizados para o resumo das avaliações, bem como para a apresentação e discussão dos resultados. O desconforto físico será diminuído uma vez que os procedimentos serão realizados eletronicamente. O convite será feito via correio eletrônico (e-mail), bem como o questionário que será desenvolvido online e terá seu link disponibilizado também por e-mail. Este formato dará ao expert a possibilidade de responder ao questionário no momento e no local que lhe for pertinente e confortável.

Para a população de enfermeiros, estes riscos serão minimizados, garantindo um local reservado e confortável para que o participante responda às perguntas. Uma vez que a pesquisa aborda aspectos negativos dos cuidados prestados, existe a possibilidade de que os profissionais participantes se sintam desconfortáveis ou inibidos a responder questões. Será garantida a liberdade de não responder questões constrangedoras. A identidade do participante será preservada, uma vez que o instrumento não conterá identificação de nomes e registros do participante. Além disso, será garantida a não violação assim como a integridade dos documentos originados da pesquisa. A pesquisadora estará habilitada ao método de coleta dos dados, atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto e interromperá, imediatamente a pesquisa se perceber algum risco ou dano à saúde do participante da pesquisa, conseqüente à mesma. Será garantida confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, assegurando a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, uma vez que os instrumentos não serão identificados com nomes e registros. Será mantido em sigilo os dados e informações, que serão guardados pela pesquisadora por um período de 5 anos. Será assumida a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos nessa pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente da participação na pesquisa, o participante será indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

#### Benefícios:

Os benefícios do estudo versam sobre validação do instrumento que avaliará o contexto da assistência obstétrica realizada pela equipe de enfermagem. Esperamos com este estudo levantar dados que identifiquem as fragilidades contidas nos serviços obstétricos e quais fatores, sinalizados pelos próprios autores do processo assistencial, que contribuem para omissão de

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)2017-2127 E-mail: comitedeefica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.055.758

cuidados obstétricos dos profissionais de enfermagem.

Munidos destes dados, obteremos um diagnóstico situacional que nos possibilitará construir estratégias pontuais e acertadas, minimizando e corrigindo as deficiências institucionais e profissionais, melhorando a qualidade e segurança da assistência prestada às parturientes, puérperas e seus recém-nascidos. A longo prazo, o levantamento dos resultados consistirão em indicadores de segurança para tomada de decisão, com possíveis retornos e impactos positivos da pesquisa para o serviço obstétrico, tanto no âmbito da segurança do paciente quanto para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais"

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa, que realizará a validação de conteúdo do instrumento por meio da Técnica Delphi, através de um painel composto por 10 especialistas da área de obstetria e segurança do paciente. As respostas dos especialistas serão examinadas a fim de detectar concordâncias, divergências, consensos e sugestões em relação aos itens avaliados. A partir da análise dos juízes, o instrumento será revisto, um índice de validade e nível de significância para análise será estabelecido, e serão realizadas alterações nos tópicos propostos. Posteriormente, o teste psicométrico será feito por meio de um teste piloto com a população de enfermeiros assistenciais de um serviço obstétrico do Distrito Federal.

Os estudos metodológicos utilizam métodos de obtenção, organização e análise de dados e aborda a elaboração e validação dos instrumentos.

O instrumento que será submetido à validação foi elaborado baseado nas recomendações da OMS, contidas no manual "Intrapartum Care for a positive child birth experience" (WHO, 2018) – Cuidado intraparto para uma experiência de parto/nascimento positiva (tradução livre), na Lista de Verificação da OMS para Parto Seguro (WHO, 2017), em estudos qualitativos sobre a temática, além das condutas preconizadas no serviço obstétrico pesquisado.

A respeito da coleta de dados, a pesquisadora informa: "A primeira fase de coleta de dados do estudo (validação de conteúdo) será realizada via web, seguindo a técnica Delphi, para compor o grupo do painel de especialistas. Os especialistas serão contatados por e-mail, apresentando os objetivos do estudo e carta convite para participação da pesquisa. Em caso afirmativo, serão enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o instrumento de validação e as instruções de como proceder à avaliação para sua validação. Será acordado um prazo de 20 dias para sua devolução. Um segundo momento de apreciação será necessário para validação da versão final do instrumento pelos especialistas, que também atenderá os mesmos critérios da primeira

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

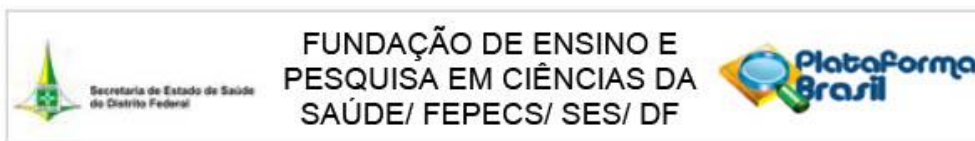
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeefica.secretaria@gmail.com





Continuação do Parecer: 3.055.758

rodada.

A segunda fase de coleta de dados será realizada por meio da aplicação da versão final validada pelo painel de especialistas. Constituirá de um instrumento autoaplicável, direcionado aos profissionais que atuam na assistência obstétrica. Os profissionais de enfermagem serão abordados no próprio local de trabalho (Centro Cirúrgico e Alojamento Conjunto), no momento em que estiverem disponíveis para participarem do estudo. Será explicada a finalidade da pesquisa e, em caso de aceite de participação, será feito o convite e entregue uma cópia impressa do TCLE constando de todos os dados do pesquisador e os objetivos e termos do estudo para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, um lápis e uma borracha".

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

1. Currículos da pesquisadora e orientadora apresentados
2. Projeto de pesquisa: Bem elaborado, definindo adequadamente os critérios de inclusão na pesquisa e apresentando toda metodologia a ser empregada, bem como os instrumentos de coleta de dados. Orçamento apresentado (financiamento próprio) e Cronograma necessita de ajustes.
3. Termo de concordância: Assinado pelo diretor do Hospital da Região Leste e pela chefia responsável pela Ginecologia e Obstetrícia deste hospital.
4. TCLE: foram elaborados dois TCLEs, adequados aos possíveis participantes da pesquisa (um para os especialistas e outro para os enfermeiros assistentes)

**Recomendações:**

Corrigir o número de telefone do CEP-FEPECS informado nos TCLEs (telefone atual do CEP FEPECS: 2017-2127). Corrigir cronograma para que a coleta de dados inicie somente após aprovação por este CEP.

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

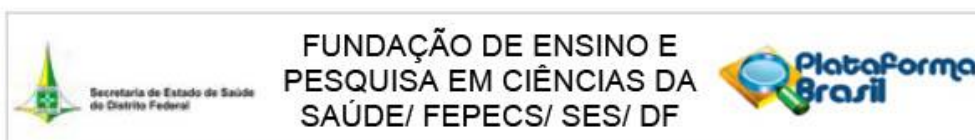
Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS n° 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	
Bairro: ASA NORTE	CEP: 70.710-904
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-2127	E-mail: comitedeefica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.055.758

relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para prorrogação do cronograma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1243962.pdf	30/10/2018 19:18:28		Aceito
Outros	CartaPendencFEPECS.pdf	30/10/2018 19:17:50	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoCompromissoPesquisador.pdf	30/10/2018 19:16:23	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoConcordanciaInstituicao.pdf	30/10/2018 19:16:10	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	CartaEncamProjeFEPECS.pdf	30/10/2018 19:15:09	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	CartaRespPendencias2.pdf	11/10/2018 10:22:02	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	CartaRespPendencias.doc	18/09/2018 19:01:17	THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ	Aceito
Outros	CartaRespPendencias.pdf	18/09/2018 19:00:45	THATIANNY TANFERRI DE BRITO PARANAGUÁ	Aceito
Outros	LattesTTBP.pdf	24/08/2018 10:32:05	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	LattesRGP.pdf	24/08/2018 10:31:31	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoBrochuralnv.docx	22/08/2018 23:19:27	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoBrochura.docx	22/08/2018 09:03:09	RENATA GONCALVES PAULINO	Aceito
Outros	InstrumentoValidacao.docx	21/08/2018 17:53:59	RENATA GONCALVES	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeefica.secretaria@gmail.com