



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM
Saúde Coletiva



KELY NAYARA DOS REIS SILVA FIGUEIREDO

SÃO LUÍS, MA

2023

KELY NAYARA DOS REIS SILVA FIGUEIREDO

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS TRABALHADORES DE MATERNIDADES DA REDE
CEGONHA: uma avaliação por meio da teoria de resposta ao item**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos

SÃO LUÍS, MA

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Figueiredo, Kely Nayara dos Reis Silva.

BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS TRABALHADORES DE MATERNIDADES DA REDE
CEGONHA : uma avaliação por meio da teoria de resposta ao
item / Kely Nayara dos Reis Silva Figueiredo. - 2023.
150 f.

Orientador(a): Alcione Miranda dos Santos.

Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís,
2023.

1. Assistência ao parto. 2. Serviços de Saúde
Materno-Infantil. 3. Teoria de Resposta ao item. 4.
Trabalho de parto. I. Santos, Alcione Miranda dos. II.
Título.

KELY NAYARA DOS REIS SILVA FIGUEIREDO

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NA PERSPECTIVA DAS
PUÉRPERAS E DOS TRABALHADORES DE MATERNIDADES DA REDE
CEGONHA: uma avaliação por meio da teoria de resposta ao item**

Tese Aprovada em __15__ de __março__ de __2023__ pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Rejane Christine de Sousa Queiroz
Examinadora Interna à UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira
Examinador Interno à UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Emanuel Pericles Salvador
Examinador Interno à UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Rita da Graça Carvalhal Frazao Correa
Examinadora Externa à UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Márcia Leonardi Baldisserotto
Examinadora Externa à UFMA
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ

Prof. Dr. José Carlos de Lacerda Leite
Examinador Externo à UFMA
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ

Dedico ao meu Deus e Pai, pois tudo que tenho e sou procedem da sua boa mão. Toda honra e glória a Ele. Ao meu marido Daniel Figueiredo e meus filhos, André, Guilherme e Rute Figueiredo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita bondade em me permitir fazer tudo que era necessário conforme as minhas forças de cada dia. Toda honra e toda glória sejam dadas a Ele!

Ao meu marido Daniel Figueiredo, por todo apoio e encorajamento nesta árdua caminhada. Grata por cada noite em claro junto comigo, pelos incentivos práticos me ajudando a organizar cronogramas de estudo, puxando minha orelha quando necessário, pelo compromisso diário com a nossa família e por nunca ter descreditado de mim nessa jornada. Lutamos e venceremos juntos. Amo você!

Aos meus amados pais, João Silva e Haidê dos Reis Silva por todos os anos de investimento na minha educação e pelo engajamento em todas as minhas conquistas acadêmicas até aqui! Como é bom devolver isso em amor e bons frutos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos por todo aprendizado e incentivo.

Aos parceiros de caminhada e amigos que ganhei nesses quatro anos de doutorado, em especial a Anne Karine pelo compartilhamento de materiais para estudo, boa companhia e jeito tranquilizador de me impulsionar.

À Universidade Federal do Maranhão, e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade.

Por fim, à Rede Cegonha (MS) pelo fornecimento dos dados utilizados nesta pesquisa.

*“Toda a boa dádiva e todo o dom perfeito vem do alto, descendo do Pai das luzes, em quem
não há mudança nem sombra de variação”*

Tiago 1:17

APRESENTAÇÃO DA TESE

O objetivo desta tese foi avaliar as boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto no Brasil, com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI). A abordagem do conteúdo seguiu a seguinte ordenação: Introdução, Justificativa, Objetivo geral e objetivos específicos, Fundamentação teórica, Aspectos metodológicos, Resultados e Considerações finais.

Na introdução há uma breve exposição do tema “boas práticas do trabalho de parto e parto”, o conceito, atualidades, a pergunta-problema de interesse desta pesquisa e a lacuna que este estudo buscou preencher.

No referencial teórico serão apresentados conteúdos referentes ao histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher no Brasil, às boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, e por fim, à Teoria de Resposta ao Item em um breve histórico, seus pressupostos, modelos e seu uso na construção de escalas.

Os resultados estão apresentados no formato de dois artigos científicos. O primeiro artigo intitulado “*Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item*”, apresentou uma escala para mensurar o nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto em maternidades da Rede Cegonha (RC) por meio da Teoria de Resposta ao Item.

O segundo artigo, intitulado “*Aplicação das boas práticas no trabalho de parto e parto em maternidades da Rede Cegonha segundo às puérperas*”, avaliou o nível de aplicação das boas práticas no trabalho de parto e parto na percepção das puérperas em maternidades da Rede Cegonha.

Considerando os achados desta tese, recomenda-se mais atenção aos itens que melhor discriminam as boas práticas do trabalho de parto e parto, bem como a aplicação da escala em avaliações futuras de serviços obstétricos do país.

FIGUEIREDO, Kely Nayara dos Reis Silva. **BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NA PERSPECTIVA DAS PUÉRPERAS E DOS TRABALHADORES DE MATERNIDADES DA REDE CEGONHA: uma avaliação por meio da teoria de resposta ao item.** 2022. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023. 150f.

RESUMO

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são definidas por ações de humanização da assistência à parturiente, filho e família, que buscam melhores resultados maternos e perinatais na assistência. O objetivo principal desta tese foi avaliar as boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto no Brasil, com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI), sendo composta por dois artigos. O primeiro artigo determinou uma escala para mensurar o nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto, traço latente estimado pela TRI através do modelo logístico unidimensional de três parâmetros (M3PL). Para isto, foram utilizados dados de 2.427 profissionais de saúde participantes da pesquisa avaliativa “*Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da rede cegonha (RC)*”. Como resultado, obteve-se uma escala com sete itens posicionados e três níveis âncoras. No primeiro nível as maternidades oferecem apenas as estratégias definidas para o acolhimento e sempre estimulavam a gestante a deambular. No segundo nível, juntamente com os itens do primeiro nível, as maternidades garantiam à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante a internação, ofereciam massagem, bola e diferentes posições de parto. No terceiro nível, as maternidades ofereciam todos os itens dos níveis anteriores mais a banqueta de parto. Foi possível identificar a contribuição de cada item na mensuração do nível de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, permitindo a construção de uma escala interpretativa para avaliação das maternidades da Rede Cegonha em três níveis. O segundo artigo avaliou as boas práticas no trabalho de parto e parto na percepção das puérperas em maternidades da RC e identificou os fatores associados à aplicação das boas práticas. A amostra foi composta por 3.716 puérperas participantes da pesquisa avaliativa. Foi utilizado o Modelo Logístico Unidimensional de Três Parâmetros (M3PL). Os resultados demonstraram que os itens referentes ao acolhimento discriminam melhor as puérperas quanto a aplicação às boas práticas, e puérperas indígenas, com menor escolaridade, primíparas e procedentes da Região Norte apresentaram menor nível de adequação às boas práticas no trabalho de parto e parto. Já as puérperas atendidas em maternidades de alta complexidade, obtiveram maior acesso às boas práticas durante o trabalho de parto e parto. A metodologia utilizada neste estudo o torna pioneiro entre as pesquisas nacionais. Evidenciou-se as vantagens do uso da Teoria de resposta ao item na investigação das boas práticas do trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Trabalho de parto. Assistência ao parto. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Teoria de Resposta ao item.

FIGUEIREDO, Kely Nayara dos Reis Silva. **GOOD PRACTICES IN CHILDBIRTH CARE FROM THE PERSPECTIVE OF POSTPARTUM WOMEN AND MATERNITY WORKERS FROM REDE CEGONHA: an assessment through item response theory.** 2022. Thesis (Doctorate in Public Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 2023. 150f.

ABSTRACT

Good labor and birth care practices are defined by actions to humanize the care for the parturient, child and family, which seek better maternal and perinatal care outcomes. The main objective of this thesis was to evaluate the good practices of care in labor and delivery in Brazil, based on the Item Response Theory (IRT), consisting of two articles. The first article defined a scale to measure the level of supply of good practices in labor and delivery, latent trait estimated by the IRT through the three-parameter-one-dimensional logistic model (M3PL). For that purpose, this study used data from 2427 health professionals which participated in the evaluative research "Evaluation of care during labor and birth in maternity hospitals in RC". As a result, a scale with seven positioned items and three anchor levels was obtained. On the first level are the maternity hospitals that only offered the strategies defined for the reception and always encouraged the pregnant woman to walk around. The second level maternity hospitals, in addition to the items above, guaranteed the pregnant woman the right to freely choose a companion during hospitalization, offered massage and ball and different delivery positions. On the third level are the maternity hospitals which, in addition to the previous items, offered birth stools. It was possible to identify the contribution of each item in measuring the level of supply of good care practices for labor and delivery, allowing the construction of an interpretative scale for the evaluation of maternity hospitals in the Rede Cegonha at three levels. The second article evaluated good practices in labor and delivery in the perception of postpartum women in RC maternity hospitals and identified the factors associated with the offer of good practices. The sample consisted of 3,716 postpartum women participating in the evaluative research. The three-parameter-one-dimensional logistic model (M3PL) was used. The results showed that the items referring to reception better discriminate the puerperal women regarding the application of good practices, and indigenous puerperal women, women with less schooling, primiparous women and those coming from the North Region showed a lower level of adequacy to good practices in labor and delivery. The puerperal women assisted in highly complex maternity hospitals had greater access to good practices during labor and delivery. The methodology used in this study makes it a pioneer among national research. The advantages of using the Item Response Theory in the investigation of good labor and delivery practices were highlighted.

Keywords: Labor. Childbirth care. Maternal and Child Health Services. Item Response Theory.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 . *Scree Plot* representando a análise da unidimensionalidade dos 17 Itens 85

Artigo 2

Figura 1 . *Scree Plot* representando a análise da unidimensionalidade dos 15 Itens 109

LISTA DE QUADROS

Artigo 1

Quadro 1.	Itens extraídos e adaptados do instrumento da pesquisa dos profissionais de saúde para avaliar o nível de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto pelas maternidades da RC. Brasil, 2015.....	79
-----------	--	----

Artigo 2

Quadro 1.	Processo de amostragem das puérperas por região. Brasil, 2015.....	101
Quadro 2.	Quadro 2. Itens extraídos do instrumento da pesquisa para avaliar a assistência às puérperas em relação a aplicação adequada das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.....	102

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1.	Distribuição das frequências relativas dos 17 itens selecionados do instrumento dos trabalhadores da Pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha". Brasil, 2015.....	84
Tabela 2.	Extração dos autovalores por meio dos componentes principais. 2015.....	85
Tabela 3.	Estimativas dos parâmetros de discriminação (a_i) e de dificuldade (b_i) dos 17 itens extraídos da Pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha". Brasil, 2015.....	86
Tabela 4.	Distribuição dos itens âncora quanto ao nível de oferta das boas práticas ao parto e nascimento nas maternidades da RC. Brasil, 2015.....	87
Tabela 5.	Interpretação dos níveis da escala proposta para medir a oferta das boas práticas ao parto e nascimento, segundo os itens âncora. Brasil, 2015.....	88

Artigo 2

Tabela 1.	Distribuição das frequências relativas dos itens selecionados do instrumento das puérperas da Pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha". Brasil, 2015.....	107
Tabela 2.	Parâmetros de discriminação e dificuldade dos itens avaliados e porcentagem de respostas adequadas segundo nível de aplicação das boas práticas às puérperas durante o trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.....	108
Tabela 3.	Extração dos autovalores por meio dos componentes principais.....	109
Tabela 4.	Distribuição das maternidades por região e estado segundo nível de adequação às boas práticas durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2015.	111
Tabela 5.	Fatores associados ao nível de aplicação das boas práticas do trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.....	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP - Análise de componentes principais para dados categóricos

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPN - Centro de Parto Normal

CFI - *Comparative Fit Index*

CCI - Curva característica do item

EVA - Visual Analógica

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sérgio Arouca

ERP - Estimativa Rápida Participativa

DIF - Funcionamento diferencial do item

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

ISTs - Infecções sexualmente transmissíveis

IASP - *International Association for the Study of Pain*

KMO - *Kaiser – Meyer – Oklin*

MNFAD - Métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto

MS - Ministério da Saúde

MRN - Modelo de resposta nominal

MPL2 - Modelo logístico de 2 parâmetros

MPL3 - Modelo logístico de 3 parâmetros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PMI - Programa de Saúde Materno-Infantil

RC - Rede Cegonha

RMSEA - *Root Mean Square Error of Approximation*

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

TCT - Teoria Clássica dos Testes

TCCI - Teoria da Curva Característica do Item

TRI - Teoria de Resposta ao Item

TP - Trabalho de parto

TLI - *Tucker-Lewis Index*

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

WHO - Word Health Humanity

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	JUSTIFICATIVA.....	19
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	Geral.....	20
3.2	Específicos.....	20
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
4.1	Histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher no Brasil.....	21
4.2	Assistência à saúde materno-infantil nas regiões brasileiras.....	24
4.3	As boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto.....	26
4.3.1	O uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto.....	26
4.3.2	A Massagem.....	29
4.3.3	Banho morno ou Hidroterapia.....	31
4.3.4	A Bola Suíça.....	32
4.3.5	Posições verticalizadas durante o trabalho de parto e parto.....	34
4.3.6	Deambulação.....	36
4.3.7	Acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.....	39
4.3.8	Acolhimento.....	41
4.3.9	Partograma.....	42
4.3.10	A equipe de parto.....	44
4.3.11	A epidemiologia das boas práticas do parto: panorama atual na saúde pública brasileira	48
4.4	Métodos de avaliação das boas práticas do parto.....	45
4.5	Teoria de Resposta ao Item.....	47
4.5.1	Histórico e avanços da TRI.....	47
4.5.2	Modelos Unidimensionais da TRI.....	49

4.5.2.1	<i>Modelo de Rasch</i>	50
4.5.2.2	<i>Modelo logístico de dois parâmetros</i>	51
4.5.2.3	<i>Modelo logístico de três parâmetros</i>	53
4.5.2.4	<i>Modelo de resposta nominal (MRN)</i>	54
4.5.2.5	<i>Pressupostos dos modelos unidimensionais</i>	55
4.6	Construção de escalas a partir da TRI	57
4.6.1	Itens âncora e interpretação da escala.....	58
5	ASPECTOS METODOLÓGICOS	61
5.1	Tipo de estudo	61
5.2	Amostras em estudo	61
5.3	Coleta de dados na pesquisa avaliativa	62
5.4	Variáveis em estudo	64
5.5	Elaboração dos itens da escala	65
5.6	Análises da TRI	66
5.6.1	Dimensionalidade.....	67
5.6.2	Ajuste do modelo da TRI.....	67
5.6.3	Construção da escala e dos itens âncora por meio da TRI.....	69
5.7	Aplicação do modelo de regressão linear múltipla	70
5.8	Aspectos éticos	70
6	RESULTADOS	72
6.1	Artigo 1	72
6.2	Artigo 2	98
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICE A – ARTIGO 1 APROVADO	136
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP	138
	ANEXO B - NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	144

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária na saúde pública, principalmente no que se refere aos cuidados da mulher durante a gestação, a fim de proporcionar um ciclo gravídico-puerperal com menor risco possível para o trinômio mãe-filho-família (VIEIRA *et al.*, 2016).

No Brasil acontecem cerca de 3 milhões de nascimentos por ano, 98% deles em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados. Isso significa que o parto e o nascimento podem gerar impactos significativos na população brasileira, ponderando as famílias e o seu meio social (BRASIL, 2017).

Considerando a importância do parto e nascimento para a saúde da mulher e da criança, em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um guia denominado “Maternidade Segura na Assistência ao Parto Normal: um guia prático”. O guia apresenta as boas práticas de assistência ao parto baseadas nas melhores evidências científicas, com o objetivo de obter práticas adequadas e seguras nessa assistência e extinguir práticas que não são recomendadas ou utilizadas de modo inadequado. Este guia foi atualizado em 2018 pela OMS, que apresentou uma diretriz atualizada, abrangente e consolidada sobre cuidados essenciais durante o parto (OMS, 1996; WHO, 2018).

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento são definidas pela OMS por ações de humanização da assistência à parturiente, filho e família, que evitam o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias proporcionando assim melhores resultados maternos e perinatais na assistência. Dentre elas, podemos citar: oferta de líquidos, orientação e educação em saúde, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, monitoramento fetal, estímulo às posições verticalizadas, movimentação durante o trabalho de parto, contato pele a pele entre mãe e filho, amamentação precoce, entre outras ações (BRASIL, 2017; FEIJÃO; BOECKMANN; MELO, 2017).

O guia da OMS apresenta as boas práticas do parto divididas em quatro categorias: práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas; práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas no parto normal que não existem evidências para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede Cegonha (RC) pelo Ministério da Saúde (MS), instituída por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e alterada pela Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Essa estratégia do MS possui um componente denominado Parto e Nascimento, que apresenta as ações de atenção às boas práticas do parto e nascimento com base nos termos do documento da OMS. O objetivo dessa estratégia política é organizar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

A humanização é um dos fortes pilares da RC, que busca enfatizar a autonomia da mulher nesse processo, divulgando e implementando o uso das boas práticas comprovadamente benéficas dentro das maternidades. Para o MS, é dever dos serviços de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, utilizar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, e evitar procedimentos desnecessários, que embora já sejam do uso rotineiro e estejam encucados na prática tradicional de muitos profissionais, não beneficiam a mulher e o recém-nascido (BRASIL, 2001).

O processo de monitoramento e avaliação na Rede Cegonha tem como base mais recente as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, uma estratégia do MS implantada no Brasil pós RC, mais um esforço no intuito de qualificar o modo de parir e nascer no nosso país. O objetivo central dessa diretriz foi sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, na intenção de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

A proposição das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento desencadeou inúmeras pesquisas científicas pelo Brasil, especialmente após a instituição do Programa Rede Cegonha. Por meio dessas pesquisas podemos observar a evolução do cenário das boas práticas no Brasil pós-implantação da RC, com melhorias significativas, como temos visto nos últimos resultados do inquérito nacional de grandes pesquisas como a “*Nascer no Brasil*” (LEAL *et al.*, 2012) e no inquérito nacional realizado pela pesquisa “*Avaliação das boas práticas do parto e nascimento*” (SILVA *et al.*, 2020). Tais pesquisas tiveram grande repercussão, contribuindo para que o parto e nascimento sejam enfatizados nas instituições de saúde, instituições de ensino e sociedade como um todo (SANTOS *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Embora tenham sido realizadas diversas pesquisas avaliativas em relação às boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, e dos parâmetros estarem bem consolidados

nas diretrizes nacionais e internacionais (BRASIL, 2017; WHO, 2018), tais avaliações não identificaram o maior ou menor peso dos itens de boas práticas, bem como o poder de discriminação de cada um deles.

Visando preencher essa lacuna e considerando a importância de avaliar o peso e o poder de discriminação dos itens de avaliação das boas práticas de atenção ao parto, surgiu o interesse na criação de uma escala de mensuração considerando os instrumentos aplicados na pesquisa “*Avaliação das boas práticas do parto e nascimento*” (SILVA *et al.*, 2020) aos trabalhadores e às puérperas, visto que esses sujeitos são informantes-chave no processo de parturição. A pergunta que norteou os estudos desta tese foi: “*Qual a percepção dos trabalhadores e das puérperas de maternidades da Rede Cegonha em relação às boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto?*”

Neste contexto, o objetivo principal desta tese foi avaliar as boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto no Brasil na perspectiva dos profissionais e puérperas a partir da teoria da resposta ao item (TRI). Para este fim, foram elaborados dois artigos que compõem esta tese. O primeiro artigo determinou uma escala para mensurar o nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto, traço latente estimado pela TRI através do modelo logístico unidimensional de três parâmetros (M3PL). O segundo artigo investigou o nível de aplicação das boas práticas no trabalho de parto e parto na percepção das puérperas em maternidades da Rede Cegonha (RC) e os fatores associados à oferta das boas práticas.

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil possui uma assistência ao parto caracterizada predominantemente pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções desnecessárias, como incentivo à posição litotômica, uso indiscriminado de ocitocina e episiotomia de rotina, restrição de direitos à parturiente como a presença do acompanhante em todos os períodos clínicos do parto e de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto. As lacunas do modelo tradicional de assistência ao parto devem ser investigadas para que ações desse tipo sejam revisadas ou minimizadas mediante a adoção das melhores evidências científicas disponíveis na qualidade da assistência obstétrica (CÔRTEZ *et al.*, 2015).

Considerando que as boas práticas do parto abrangem uma vasta gama de questões, a elaboração de itens fundamentados em construto teórico é de suma importância para quantificar o nível de oferta das boas práticas a partir da percepção dos trabalhadores de maternidades, bem como das puérperas. O uso da TRI para mensuração do nível de oferta das boas práticas torna possível o aperfeiçoamento nas avaliações da qualidade da assistência obstétrica, por possibilitar a criação de uma escala mensurável que analisa individualmente os itens relacionados às boas práticas do parto, considerando o peso que cada um deles têm para discriminação da oferta. Além disso, a partir da identificação dos itens que apresentam boas características discriminantes das boas práticas, podemos classificar as maternidades em diferentes níveis de assistência relacionados às boas práticas do parto na perspectiva dos profissionais e das puérperas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Avaliar o nível de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto nas perspectivas dos trabalhadores e das puérperas das maternidades da RC.

3.2 Específicos

Artigo 1

- Determinar uma escala para mensurar o nível de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto nas perspectivas dos trabalhadores;
- Interpretar a escala a partir dos itens de boas práticas que compuseram na escala.

Artigo 2

- Mensurar as boas práticas nas maternidades por meio da percepção das puérperas durante o pré-parto, parto e pós-parto;
- Investigar possíveis fatores associados ao nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto às puérperas.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Histórico das políticas de atenção à Saúde da Mulher no Brasil

No início do século XX a atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde, sendo seu foco restrito às demandas relacionadas à gestação e ao parto. Baseadas nas especificidades biológicas, as ações voltadas aos cuidados materno-infantis foram elaboradas nas décadas de 1930, 1950 e 1970. Tais ações possuíam uma visão limitada sobre a mulher, focando apenas no seu papel social de mãe, e nos papéis ocupacionais de doméstica e cuidadora da família. Ao longo do tempo as ações voltadas à Atenção Integral à Saúde da Mulher demonstraram-se mais preocupadas com a integralidade da assistência e tornaram-se prioridade nos diferentes níveis administrativos de governo (BRASIL, 2004a).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de saúde da mulher e os critérios para eleição de prioridades nesta área (BRASIL, 1985). Esse novo programa de atenção à saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, Infecções sexualmente transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1985).

Como forma de aprimorar o PAISM, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004, oferecendo maior ênfase no compromisso com a implementação de ações voltadas à saúde da mulher, estimulando seus direitos e reduzindo os agravos por causas evitáveis (BRASIL, 2004a).

Ainda no ano de 2004, foi criado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo presidente da República Luíz Inácio Lula da Silva e aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite. A previsão era de redução em até 15% nos índices de mortalidade materna e neonatal até 2006 e 75% até 2015. Segundo o Ministério da Saúde, altas taxas de mortalidade materna e neonatal denotam uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e constituem um grave problema de saúde pública, tornando-se indispensável intervir para redução dessas taxas (BRASIL, 2004b).

Com o objetivo de qualificar a assistência prestada nos anos 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), por meio

da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 2002a).

O PHPN fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002b).

Em 2001, já com base na política de humanização, o Ministério da Saúde publicou o manual “Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher”, fundamentado nas recomendações da OMS, no qual reconhece a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para aprimorar a qualidade da atenção prestada, inclusive estimulando a presença de um acompanhamento no trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Prosseguindo, em 2005 a Lei Federal 11.108 é sancionada e celebrada por vários segmentos que lutam pela melhoria da assistência ao parto no Brasil por garantir às mulheres o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto no Sistema Único de Saúde (SUS). Na mesma direção, em 2007 é sancionada a Lei 11.634, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade, onde receberá assistência desde o período do pré-natal (antecedente ao parto) (BRASIL, 2005, 2007).

Porém, mudanças mais significativas ocorreram após o fato mais importante na consolidação de políticas públicas voltadas para as mulheres, o estabelecimento da Rede Cegonha em 2011. Seus princípios e diretrizes constituem “uma rede de cuidados que asseguram às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011a). Esta política oficial reúne boas experiências

ministeriais já citadas aqui, como o PHP, implantado em 2000, e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, além de outras.

A RC está organizada nas unidades federativas e respectivos municípios de maneira a viabilizar ações de atenção à saúde com foco nas necessidades maternas e infantis, mediante a articulação dos serviços de saúde, dos sistemas de apoio, logístico e de governança (BRASIL, 2011a; LEAL *et al.*, 2016). A prioridade dessa política são ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento em seu componente parto e nascimento.

Dentro do componente parto e nascimento da RC, tem-se a incorporação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização, além da ambiência adequada dos serviços de saúde que realizam partos, planejamento e programação das ações de saúde orientados pelas necessidades de atenção à saúde da população no âmbito da atenção à saúde materna e infantil, incluindo a garantia da oferta de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidados Intermediários e Canguru) (BRASIL, 2011b; ANVISA, 2008).

Com um conteúdo avançado, a RC passa a ser uma iniciativa ambiciosa da parte do Ministério da Saúde, assumindo a função de qualificar a assistência por meio de suas diretrizes, na transição do modelo atual tecnocrático para o humanista, e no enfrentamento das práticas de violação de direitos humanos. A mudança não é um processo fácil, partir desse modelo tradicional centrado nas conveniências da instituição e dos profissionais para propor um que tenha uma abordagem humanizada, com foco na mulher no processo de parturição e sua família, é um grande desafio (UNICEF, 2021).

No ano 2013, um dos objetivos estratégicos lançados pelo MS, considerando o período 2011-2015, foi pontualmente promover a atenção à integralidade da saúde da mulher e da criança, no ciclo gravídico-puerperal, uma das ações da RC, que teve um caderno publicado reforçando os conceitos de saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e desenvolvimento até os dois anos de vida, por considerar que as intervenções em saúde nesses momentos podem ter efeitos prolongados sobre a vida da mãe e do bebê (BRASIL, 2002b; PAIXÃO; SILVA, 2016).

A efetivação de todos esses programas e diretrizes desenvolvidos ao longo do tempo no Brasil, nas áreas da saúde da mulher e da criança, constituiu-se em oportunidades de mudanças no modelo de atenção e gestão ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2002b). Mas para

que haja aperfeiçoamento contínuo da assistência obstétrica e perinatal, faz-se necessário o desenvolvimento de avaliações que identifiquem eventuais não conformidades às políticas atuais, especialmente em relação à RC (LEAL *et al.*, 2016).

Pode-se notar que, atualmente, a maior parte dos trabalhos de parto são realizados em condições hospitalares, tanto no SUS como na rede privada, sendo de significativa relevância a implementação das boas práticas para uma mudança na visão do nascimento no Brasil. Isso poderá ser obtido por meio do acolhimento adequado e de uma boa assistência para a mãe, o filho, seus familiares, acompanhantes, e demais pessoas envolvidas. Para este fim, é fundamental que o profissional de saúde tenha uma atitude ética, técnica, respeitosa e compatível com a humanização da assistência, de modo que a mulher e o bebê sejam considerados como protagonistas de todo o processo. A humanização deve ser, portanto, compreendida não como mera opção ou uma alternativa, mas sim como um direito (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Portanto, ainda há muito a ser feito para a garantia dos direitos da mulher e da criança, sobretudo no que se refere à atenção humanizada, pois embora existam inúmeros protocolos e iniciativas, condutas, atitudes e práticas inadequadas ainda são observadas na assistência obstétrica e neonatal.

4.2 Assistência à saúde materno-infantil nas regiões brasileiras

O Brasil apresenta grande heterogeneidade entre suas regiões nas questões socioeconômicas, climáticas e culturais, e a forma de promover saúde reflete muito bem o desenvolvimento de um país. Há claras evidências de que a situação socioeconômica desempenha um papel central na determinação da saúde (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002). A maior parte da carga das doenças assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (CARVALHO, 2013).

A diversidade das diferentes regiões que caracteriza nosso país reflete-se, portanto, no perfil epidemiológico da população. Dados epidemiológicos relacionados à saúde materna traduzem essa diversidade e as iniquidades que a acompanham.

A Rede Cegonha é uma das maiores estratégias que temos atualmente no país para a promoção da saúde materno-infantil, inclusive, os indicadores loco-regionais de morbimortalidade materno-infantil constituem um elemento básico para a implementação da

Rede Cegonha, nos termos do art. 5º da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a). A análise desses indicadores pode aumentar a efetividade da Rede Cegonha em cada região, pois o Brasil apresenta alto grau de heterogeneidade regional devido às expressivas diferenças socioeconômicas e culturais, além das arbitrariedades de acesso aos serviços de saúde, sendo de suma importância a investigação de fatores de risco locais (BRASIL, 2014).

No contexto do Norte e do Nordeste, onde as condições estruturais precárias não propiciam renda, nem escolaridade suficiente à população, as taxas de mortalidade materna superam os indicadores esperados. Os serviços de saúde lidam com dificuldades de estrutura física, precarização dos trabalhadores, modelos de atenção e de gestão centralizadores e autoritários, práticas de atenção ao parto baseadas em cesáreas e sem o respeito aos direitos das mulheres de acompanhante e boas práticas no processo do parto (BRASIL, 2014).

As boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Na Região Sudeste foi mais frequente a prática de alimentação durante o trabalho de parto, enquanto o uso de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor e uso de partograma foram menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. Em contraste, mulheres da Região Sul tiveram maior chance de se movimentarem durante o trabalho de parto quando comparadas às da região Sudeste (LEAL *et al.*, 2014).

No estudo de Lamy *et al.* (2021), foram identificados avanços na implantação de boas práticas na gestão do cuidado e atenção à saúde em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros, embora algumas maternidades ainda reproduzam um modelo hierárquico, sem espaços colegiados de gestão e com práticas de violência obstétrica. Situações de risco em gestantes justificaram menor adesão dos profissionais de saúde às boas práticas, ainda que ações em direção à humanização também tenham sido visibilizadas. Identificou-se a potência do processo avaliativo na indução de mudanças. Foram evidenciadas mudanças em direção às boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha, tanto na gestão quanto na atenção, mas são muitos os desafios frente ao predomínio de um modelo de gestão hierárquico associado a um modelo de atenção com práticas intervencionistas.

Em uma pesquisa sobre práticas obstétricas na atenção ao parto na Região Sul, a pesquisadora observou a baixa prevalência de boas práticas: oferta de dieta (18,0%), métodos não farmacológicos para o alívio da dor (34,0%) e movimentação (63,6%); a elevada prevalência de práticas intervencionistas: tricotomia (44,7%), enema (38,2%), cateter venoso (70,2%), ocitocina (54,6%), amniotomia (53,8%), posição de litotomia (95,0%), Kristeller

(32,1%) e episiotomia (54,7%); e ainda, a baixa prevalência de analgesia raquiperidural (7,9%). A adoção de boas práticas e menor uso de práticas intervencionistas foram associadas com fonte de pagamento pública e no atendimento em hospitais por enfermeiro/enfermeiro obstetra no trabalho de parto (VELHO *et al.*, 2019).

Na comparação segundo as macrorregiões do país, observamos que o aumento relativo das boas práticas foi mais importante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde houve aumento médio de 330%, 270% e 380%, respectivamente. Para as regiões Norte e Nordeste destacou-se o aumento do uso de analgesia (mais que seis vezes maior) e na região Centro-Oeste destacou-se o aumento dos partos por enfermeiras (de 0,7% para 11,5%). A redução das intervenções foi semelhante segundo as macrorregiões – de aproximadamente 40% nas regiões Norte e Nordeste e de 30% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste (LEAL *et al.*, 2021).

Sobre as estimativas de boas práticas e intervenções obstétricas, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada entre 2011 e 2012 em hospitais públicos e privados com 500 ou mais partos/ano, é uma referência nacional neste tema. A pesquisa identificou uma baixa adesão (menor que 50%) a boas práticas no parto como alimentação, deambulação, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e de partograma, sendo ainda menor entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste (LEAL *et al.*, 2014).

4.3 As boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto

4.3.1 O uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto e parto

Segundo a OMS e pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à uma lesão tecidual real ou potencial. A dor durante o trabalho de parto configura-se em um evento único e complexo entre a mãe e o bebê em que muitas transformações fisiológicas acontecem, podendo variar de acordo com o condicionamento físico, condições psicológicas, sociais, ambientais e culturais, a intensidade e duração das contrações uterinas, a nuliparidade e o nível da pressão exercida pelo feto nas estruturas pélvicas no período expulsivo, experiências prévias e outros fatores que podem ou não ser controlados (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018).

Na fase da dilatação, a dor, uma sensação subjetiva, geralmente é descrita como aguda, visceral e difusa. Já na fase de descida fetal, a dor é somática, mais perceptível e contínua, podendo ser intensificada por fatores psicológicos e emocionais das parturientes. Sabe-se que

a dor do trabalho de parto (TP) pode e deve ser aliviada de diversas formas, pois esta pode tanto auxiliar quanto prejudicar a evolução do parto a depender de suas causas e intensidade, causando malefícios tanto para a mãe quanto para o bebê (GALLO *et al.*, 2011).

A falta de controle da dor durante o parto, pode desencadear uma série de alterações na fisiologia materna, as quais somadas àquelas que a própria gestação causa, podem resultar em efeitos colaterais em cascata que geram prejuízo para a mãe e bebê, tais como a hiperventilação resultando no aumento do consumo de oxigênio, o aumento das concentrações plasmáticas de betaendorfinas e catecolaminas que diminuem o fluxo sanguíneo placentário, o aumento de renina (estimulante da produção de angiotensina I e II) e das concentrações de ácidos graxos livres, entre outras alterações. Diante disso, a redução dos desconfortos da parturiente é de extrema importância. O nível de percepção da dor pode ser reduzido por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas. As não farmacológicas promovem sensação de bem-estar e redução do estresse para a mulher no parto, diminuindo assim o uso de intervenções desnecessárias (CHEROBIN; OLIVEIRA; BRISOLA, 2016).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto (MNFAD) são classificados pela OMS como “condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas”. Eles nada mais são do que estratégias utilizadas no trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor, possibilitando uma evolução melhor e mais confortável para a mulher. Geralmente substituem o uso de fármacos e tecnologias desnecessárias durante o trabalho de parto e do parto, como exemplo podemos citar a hidroterapia - representada pelo banho de chuveiro ou imersão em banheira - a deambulação e mudanças de posição, exercícios de respiração e de relaxamento, massoterapia, bola suíça, musicoterapia, eletroestimulação cutânea, cinesioterapia, entre outros, podendo ser utilizados de forma isolada ou combinada (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018).

Ao longo dos anos, outros métodos foram adotados para o auxílio às gestantes durante o trabalho de parto, tais como exercícios respiratórios, relaxamento muscular (por meio do uso de técnicas de eletroterapia e alongamentos) e uso da bola suíça e deambulação, podendo estas serem utilizadas de maneira combinada ou isoladamente (MIELKE; GOUVEIA; GONÇALVES, 2019).

Já a abordagem médica tradicional para o tratamento da dor no trabalho de parto, depende mais dos métodos farmacológicos, dentre eles a analgesia peridural, que apesar de sua eficácia no alívio da dor, pode retardar o trabalho de parto, aumentando o uso de técnicas invasivas, risco maior de evolução para cesarianas, risco de hipotensão, bloqueio motor, febre, retenção urinária e problemas de amamentação (TANVISUT; TRAIRISILP; TONGSONG,

2018). Por estes motivos, os métodos não farmacológicos estão sendo cada vez mais procurados pelas gestantes em busca de uma nova medida para o alívio da dor no parto (TAAVONI *et al.*, 2016).

A OMS e o Ministério da Saúde aliados ao trabalho de profissionais humanizados, vêm estimulando o parto normal por diversas mudanças e estratégias nessa assistência, entre elas, o uso de métodos que possam aliviar a dor das parturientes por meio do acompanhamento de profissionais humanizados que estabelecem maior vínculo ao fornecerem suporte emocional, responsabilizam-se por identificar e avaliar a dor, notificando à equipe quando necessário, e principalmente ofertando métodos não farmacológicos de alívio da dor às mulheres (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Segundo os apontamentos de Silva e Lara (2018), um dos pilares do processo gravídico-puerperal consiste em prestar uma assistência de qualidade, em que o processo de parturição seja valorizado como fisiológico e seja realizado com o uso adequado de tecnologias, a exemplo dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Conforme indicam Surucu *et al.* (2018), tais métodos não necessitam de auxílio médico e não oferecem riscos para mãe e para o bebê nem diminuem o tempo do trabalho de parto - pelo contrário, eles afetam positivamente a sua progressão. Soma-se a isso o fato de esses métodos não causarem efeitos colaterais ou alergias (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Como afirma a Organização Mundial de Saúde (OMS), para que se tenha um parto humanizado é preciso que sejam adotadas condutas e práticas que conduzam a um nascimento saudável e respeitem o processo natural, evitando ações desnecessárias ou complicações para a mãe e o bebê. Isso encontra fundamento na noção de que humanizar o parto significa respeitar as necessidades psicológicas, biopsicológicas, espirituais e sociais da mãe (SANTOS; OKAZAKI, 2012). Além disso, a OMS também enfatiza que, para o movimento de humanização do parto, os métodos não farmacológicos devem ser utilizados como opção para o alívio da dor da parturiente, e que estes métodos devem substituir as medicações sempre que possível durante o trabalho de parto (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Dessa maneira, o uso dos métodos não farmacológicos é um importante meio de alívio da dor, além de acarretar menos intervenções e retornar à essência da fisiologia que o parto representa para a mãe e o conceito. Tais métodos estão diretamente comprometidos com as políticas de humanização, proporcionando a diminuição do medo e o aumento da autoconfiança e satisfação das mulheres. Para que isso seja alcançado é indispensável que os profissionais de saúde respeitem os anseios, desejos e direitos da mulher, identificando-a, bem como ao

concepto, como seres únicos no processo de nascimento, para assegurar um parto mais fisiológico (DIAS *et al.*, 2018).

Outros estudos sobre os métodos não farmacológicos indicam que a percepção das mulheres quanto a estas estratégias, quando aplicadas durante o trabalho de parto, mostram que não houve redução completa da dor, mas que o uso dos métodos de alguma forma lhes proporcionou alívio, reduzindo medos e ansiedade. Também houve relatos de mulheres que se lembravam de momentos marcantes neste processo, bem como dos profissionais que atuaram na ocasião, bem como dos pontos positivos da assistência prestada (COSTA; SANT'ANA; BRITO, 2017).

Vale a pena enfatizar que o uso dos métodos não farmacológicos deve ser estimulado pela equipe multidisciplinar e que as pacientes devem ser encorajadas a utilizá-los desde o pré-natal. Existem métodos que as gestantes podem utilizar antes de iniciar o momento de trabalho de parto, como acupuntura, musicoterapia, massagens corporais e aromaterapia (ALMEIDA; ACOSTA; PINHAL, 2015).

No estudo de Bittencourt (2021) que avaliou o grau de implantação das ações de atenção ao parto e nascimento na Rede Cegonha, verificou-se o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio em mais de 80% das maternidades. Uma forte evidência de que a RC deve estar contribuindo para o aumento do grau de implantação das boas práticas nas maternidades.

4.3.2 A Massagem

A massagem caracteriza-se por ser um meio natural e instintivo usado para alívio da dor durante o trabalho de parto. Seu efeito sobre o sistema nervoso, mioarticular e cardiopulmonar, causa relaxamento da musculatura, diminui a fadiga, tem potencial sedativo e analgésico, reduz a ansiedade e causa equilíbrio entre o sistema simpático e o parassimpático (ROPKE, 2016).

O método consiste na estimulação sensorial caracterizada pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. A massagem durante o trabalho de parto deve ser realizada preferencialmente onde a parturiente relatar maior desconforto, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional, melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Durante o trabalho de parto, a massagem pode ser aplicada em todo o corpo, contanto que a parturiente se sinta confortável para recebê-la. Há diferentes maneiras de massagear a parturiente: massagem do tecido conjuntivo nas zonas reflexas do abdômen e na região do sacro; massagem superficial realizada com as mãos abertas de um lado ao outro na região do abdômen; massagem através de batidas leves com os dedos no abdômen de um lado para o outro; deslizamento da região sacrococcígea até às cristas ilíacas; massagem profunda sobre a região do sacro; massagem com as duas mãos sobre as articulações sacroilíacas, no sentido longitudinal do occipital até ao cóccix, paralelamente à coluna vertebral. Cada uma das diferentes formas de massagem estimula diferentes receptores sensoriais (BAVARESCO *et al.*, 2011).

Há ainda a massagem perineal que trabalha o alongamento da musculatura do assoalho pélvico, facilitando a passagem do feto pela vagina, reduzindo a dor causada pelo alongamento perineal no parto e o risco de dano ao períneo (BIANA *et al.*, 2021).

A massoterapia e suas diferentes técnicas devem ser aplicadas individualmente com base em uma avaliação fisioterapêutica prévia, pois algumas parturientes podem apresentar intolerância à massagem em determinadas regiões corporais ao longo do trabalho de parto. Conforme a tolerância de cada parturiente, as técnicas podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina, visando promover o alívio da dor e no intervalo das contrações com a finalidade de proporcionar relaxamento. É comum que seja aplicada a massagem na região lombar durante as contrações uterinas e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações, devido ao fato de estas regiões apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto (GALLO *et al.*, 2011).

Em um ensaio clínico randomizado realizado com 95 participantes, homens e mulheres, foi demonstrado que a massagem aumenta os níveis sanguíneos de ocitocina e diminui os de hormônios adrenocorticotrófico e beta-endorfina. Em uma posterior revisão sistemática, Cochrane observou que as mulheres que receberam massagens referiram menos dor e ansiedade durante o parto do que as demais mulheres. Os autores concluíram que a massagem tem papel importante na redução da dor, mas apontaram para a necessidade de novas investigações sobre essa abordagem (CÔRTES *et al.*, 2015).

A massagem tem também a capacidade de estimular o sistema parassimpático, responsável por respostas de controle da ansiedade, o que causa um aumento na manutenção da amamentação pelas puérperas. De modo semelhante, estudos apontam que a associação da massagem a técnicas respiratórias gera redução no medo e ansiedade, resultando em uma

redução ainda maior da dor. O ciclo caracterizado por dor-ansiedade-dor pode ser quebrado com o uso da massagem, aumentando o sentimento de controle da mulher e a satisfação diante da maternidade (BIANA *et al.*, 2021).

Os estudos defendem a massagem como um método simples e barato, de fácil aplicação, devendo ser estimulada desde a gestação e pode ser delegada ao acompanhante de escolha da mulher durante o TP, tornando-o mais humanizado e servindo como uma medida simples de suporte à mulher.

4.3.3 Banho morno ou Hidroterapia

O banho quente, seja ele realizado por aspersão ou imersão, promove um relaxamento e alívio da dor, diminuindo assim os riscos das intervenções farmacológicas. Trata-se de uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que produz efeito local ou geral a depender da intensidade e do tempo de aplicação, promove alívio da dor e da ansiedade e melhora o padrão das contrações. Com um tempo médio de 20 minutos no banho, a ducha deve estar focada no local em que a dor estiver concentrada, o que comumente ocorre na região lombo sacra, dermatomos de T10 a L1, que correspondem a inervação do útero e cérvix respectivamente (ROPKE, 2016).

O processo de alívio da dor ocorre por meio da água aquecida que induz a vasodilatação periférica e redistribui o fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O efeito esperado é a diminuição da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. O banho quente estimula os termos receptores da pele, que alcançam o cérebro mais rapidamente que os estímulos dolorosos, bloqueando a resposta e a percepção dolorosa. A prática é diversificada, podendo incluir o uso de duchas, banheiras, hidromassagem e “piscinas de parto” especiais (MAFETONI; SHIMO, 2014).

O tipo mais comum de imersão da parturiente acontece em uma banheira de fibra ou acrílico ou inflável portátil, protegida por material descartável. A temperatura da água deve estar em torno de 37 a 38°C, e é importante que a imersão seja realizada quando estiver definida a fase ativa do trabalho de parto e com dilatação cervical mais avançada em torno de 6 cm para que não haja interferência na intensidade das contrações e duração desta fase¹⁴(A). A imersão durante o período de dilatação diminui o uso de analgesia e a percepção de dor sem causar efeitos adversos no trabalho de parto (ROPKE, 2016).

Em um ensaio clínico prospectivo foram comparados 3 grupos de gestantes: parto com imersão na água, parto convencional e parto com analgesia epidural. A duração do primeiro estágio do parto foi menor no grupo de parto vaginal convencional. A duração do segundo e terceiro estágios, por sua vez, foram mais curtas no grupo de imersão. Houve uma redução altamente significativa dos indutores do parto e do número de episiotomias no grupo imersão, por isso não houve necessidade de analgesia. A taxa de laceração perineal foi maior no grupo imersão; no entanto, essa foi mínima (ROPKE, 2016).

Em um estudo que avaliou diversas técnicas não farmacológicas durante o TP, foi identificado que o banho quente pode reduzir a admissão do bebê na unidade de terapia intensiva e aumentar a adesão à amamentação (30%). Quanto ao aumento na frequência de laceração perineal, em contrapartida, o resultado encontrado foi desfavorável. Um outro estudo demonstrou a eficiência dos banhos quentes para reduzir a dor provocada pela dilatação (3). A associação do banho quente com outras técnicas, como uso de bola suíça e exercícios perineais, foi mais eficaz para reduzir a percepção da dor e duração do TP (BIANA *et al.*, 2021).

Foi realizado um ensaio clínico 24 para avaliar a eficácia do banho de chuveiro na fase ativa. O estudo selecionou 34 gestantes que receberam a terapêutica do banho durante 30 minutos, com temperatura da água de 37° a 39°, o que proporcionou um grau de 80 ± 20 mm antes e 55 ± 22 mm depois do tratamento ($p < 0,01$), havendo a redução da dor das pacientes com dilatação cervical de 4 a 5 cm (MAFETONI; SHIMO, 2014).

No Brasil, o banho de imersão é um recurso pouco utilizado nas instituições hospitalares, em grande parte devido à ausência de banheiras disponíveis para este fim. Apesar dos efeitos positivos, seu custo-benefício e fácil implementação, ainda há poucas evidências comprovando sua efetividade no alívio da dor e outras variáveis do TP. Não foram encontradas publicações trazendo a experiência da mulher com relação ao uso destes no TP. Assim, para que o banho quente seja utilizado com mais frequência, mais estudos devem ser realizados (CÔRTEZ *et al.*, 2015; SILVA; LARA, 2018).

4.3.4 A Bola Suíça

Constituindo-se como um dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, a bola está classificada juntamente com outras recomendações da OMS na categoria de condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas no trabalho de parto e parto. A bola suíça é, portanto, um recurso que pode ser usado por profissional qualificado

durante o primeiro estágio do trabalho de parto, em associação com exercícios respiratórios, deambulação, massagens, banhos quentes, entre outras técnicas com o objetivo de promover um trabalho de parto humanizado (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

A bola suíça pode ser desde um recurso utilizado para a distração da parturiente em busca de tranquilidade, quanto para a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, anteversão e retroversão pélvica, além de servir como suporte para a realização outras técnicas para alívio da dor como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro, dentre outros (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

Mas a bola pode ser usada desde o período da gestação, pois promove a correção postural, relaxamento, alongamento e o fortalecimento da musculatura, aumento da percepção corporal e das mudanças no centro de gravidade, reduzindo as dores lombo pélvicas. Além disso, os exercícios na bola com a paciente sentada trabalham a musculatura do assoalho pélvico, principalmente os músculos levantadores do ânus e pubo coccígeo além da fáscia da pele, o que causa ampliação da pelve auxiliando na descida da apresentação fetal no canal de parto, além disso, aumenta a confiança da mulher e a mobilidade durante o TP (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018).

Entre as diversas posições e exercícios realizados na bola durante o trabalho de parto, a parturiente pode ficar sentada com a coluna bem alinhada, parada, ou realizando movimentos verticais para cima e para baixo, ambos podem aliviar a pressão na região pélvica reduzindo o desconforto. Na bola a parturiente pode ainda, fazer movimentos rotativos (de bambolê), essa movimentação do quadril facilita não só a descida, mas também a rotação do bebê, auxiliando-o a se deslocar para a posição correta. Uma outra possibilidade é ficar encaixando e desencaixando o quadril (projetando a pélvis para frente e para trás). Em todos esses exercícios sobre a bola, é recomendável que a parturiente tenha o auxílio do profissional de saúde ou do companheiro para segurar suas mãos gerando mais equilíbrio e firmeza (RESENDE *et al.*, 2021). A posição adquirida na bola, pode tanto reduzir o tempo expulsivo, diminuir o índice de partos instrumentalizados, uso de ocitócitos, de episiotomia e da intensidade da dor referida, como pode ocorrer o aumento da perda sanguínea materna (COELHO; ROCHA; LIMA, 2018).

Além do que já foi citado, os exercícios de mobilidade pélvica (anteversão e retroversão pélvica, lateralização, circundução e propulsão), por 30 minutos, reduzem a dor sem alterar significativamente a duração do trabalho de parto, evidenciando os benefícios da bola como um alívio para a dor no trabalho de parto (ROPKE, 2016).

Para verificar se o uso da bola exerce influência sobre a fase ativa do trabalho de parto, Lopes, Madeira e Coelho (2003) realizaram uma pesquisa com 40 primíparas com dilatação cervical até 5 cm, distribuídas em dois grupos. O grupo controle adotou condutas como decúbito lateral, deambulação e chuveiro, enquanto o grupo de intervenção acrescentou a estas condutas o uso da bola. O resultado foi que não existiram diferenças significativas entre os grupos, pois ambos utilizaram posições verticais durante a fase ativa do trabalho de parto (GALLO *et al.*, 2011).

Outros estudos de revisão demonstraram um resultado positivo no uso da bola suíça durante a gestação e o TP, por reduzirem a dor e a duração desse período. A associação do uso da bola suíça ao banho quente foi eficiente para acelerar o TP e reduzir a dor (BIANA *et al.*, 2021).

Com relação às práticas humanizadas, a utilização da bola suíça durante o trabalho de parto promove uma participação mais ativa da gestante durante o processo de parturição proporcionando uma melhor percepção da tensão e assegurando assim o relaxamento global da mulher constituindo uma das estratégias de promoção da humanização no trabalho de parto (OLIVEIRA; CRUZ, 2014).

4.3.5 Posições verticalizadas durante o trabalho de parto e parto

Posturas verticais são definidas como todas as posições exceto a supina, sentada com ou sem apoio, de quatro apoios ou cócoras, e inclinada para frente apoiada em uma parede. São recomendadas para acelerar a dilatação e por não causarem qualquer malefício à parturiente ou ao feto. Fisiologicamente é mais benéfico para a parturiente e para o feto que ela se mantenha em movimento, pois o útero contrai-se mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao feto pela placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto e a dor mais amena (ROPKE, 2016).

As posições verticalizadas se baseiam, portanto, em evidências científicas, levando em consideração a fisiologia da mulher. Elas apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional, como o aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Por consequência, diminuem a duração do período expulsivo, o número de partos operatórios e realização de episiotomias, reduz queixa de dor, dificuldades de puxo e alterações dos batimentos cardíacos fetais, além de também reduzir a necessidade de correção de lacerações, pois há uma maior frequência de integridade do períneo (ALBUQUERQUE *et al.*, 2018).

De acordo com as melhores evidências científicas internacionais, a posição tradicional litotômica no momento do parto, aumenta a ocorrência de partos vaginais instrumentalizados, dor perineal e frequência cardíaca fetal instável. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal recomenda que diferentes posições sejam incluídas, como cócoras, lateral e quatro apoios (ROCHA *et al.*, 2020).

No entanto, os profissionais devem apoiar as escolhas das mulheres sobre qual posição adotar durante o primeiro estágio do trabalho de parto. É importante que qualquer posição em particular não seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada para adotar a posição que ela achar mais confortável. As posições semi-reclinada e de quatro apoios facilitam a realização de técnicas de proteção perineal para evitar lacerações e contribuem para reduzir a perda sanguínea. O fundamental mesmo, é garantir que o bem-estar do bebê seja adequadamente monitorado na posição escolhida pela mulher. E se uma mudança de posição for necessária para garantir a monitoração fetal adequada, isso deve ser efetivamente comunicado à mulher (WHO, 2018).

A posição adotada pela parturiente no segundo período do trabalho de parto exerce influência direta sobre a passagem do feto pelo canal de parto e sobre a eficácia das contrações uterinas. Por muito tempo acreditou-se que as posições horizontais eram as mais indicadas durante o trabalho de parto, em especial após a mudança do parto para o ambiente hospitalar e o consequente aumento das intervenções obstétricas. O argumento era baseado na noção de que em decúbito lateral esquerdo haveria um aumento da perfusão placentária, o que ocasionaria em um maior aporte de oxigênio para o feto, além de facilitar a realização de procedimentos hospitalares (MOREIRA; MARCELINO; RABELO, 2021).

O “cavalinho” e o “banquinho U” são exemplos de equipamentos do pré-parto que podem auxiliar as posições verticalizadas, eles são bancos cuja utilização visa o relaxamento, aumento da dilatação e a diminuição da dor. O “cavalinho” é semelhante a uma cadeira com assento invertido, onde a gestante apoia o tórax e os braços jogando o peso para frente e aliviando as costas. Durante as contrações, a parturiente também pode ficar nessa posição para receber massagem na lombar, com a finalidade de relaxar e aliviar a dor do trabalho de parto. O “banquinho U” é bem baixinho e é usado sob o chuveiro morno para ajudar a dilatação (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Leal *et al.* (2019) afirmam em seu estudo que, na assistência ao parto, ainda predomina a posição tradicional litotômica, embora seus malefícios tenham sido comprovados. A

recomendação da OMS é de que as mulheres tenham liberdade para escolher a melhor posição no parto, incluindo posições verticalizadas.

4.3.6 Deambulação

O movimento de deambular, agregado à ação da gravidade, gera um aumento da velocidade de dilatação cervical torna o encaixe fetal mais fácil, estando relacionado com uma menor duração do período de dilatação e expulsão, pois aumenta a contratilidade uterina e favorece a diminuição do uso de analgesias na primeira e segunda fase do trabalho de parto. Desse modo, na deambulação, as posições verticais durante o trabalho de parto sofrem a ação da gravidade, facilitam o trajeto e a descida fetal, e impedem a compressão dos grandes vasos (ilíacas comuns, ilíacas internas e cava inferior), aumentando o diâmetro do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e a dinâmica uterina, além de permitir que as fibras musculares se contraiam de maneira eficiente. Isso resulta em uma menor duração do trabalho de parto, reduzindo a indicação de indutores do parto, causando efeitos analgésicos e facilitando o parto vaginal (ROPKE, 2016).

Diante disso, o objetivo da deambulação é reduzir a dor durante o trabalho de parto, ainda que não se saiba bem como esse processo se dá e que não haja evidências comprovadas de seu benefício. O que se sabe é que ocorre aceleração da fase ativa, fase em que geralmente a mulher sente mais dor. A associação entre a deambulação e a ação da gravidade proporciona à gestante um menor tempo na duração do período de dilatação, do período expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina (MAFETONI; SHIMO, 2014; COELHO; ROCHA; LIMA, 2018;

A deambulação deve ser estimulada, pois ativa as estruturas musculoesqueléticas, levando a um melhor encaixe da criança no canal do parto. As caminhadas alternadas com agachamentos auxiliam na dilatação e na fase expulsiva (SILVA; SOUZA; VIAL, 2015).

As parturientes são incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando entre as seguintes posições: sentada no leito, cadeira, banqueta, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras. A escolha das posturas deve sempre levar em consideração as habilidades motoras de cada parturiente (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Durante o trabalho de parto também deve ser estimulada a alternância contínua de posturas, priorizando as verticais (posições com o tronco a favor da linha da gravidade), mas sempre sob supervisão, para que haja uma melhor adequação postural (ROPKE, 2016).

A quantidade deambulada ao longo das três horas iniciais da fase ativa está associada ao encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora. Quanto aos escores de dor, foi verificado que a pontuação dos mesmos aumenta conforme a dilatação cervical avança. Identificou-se uma correlação positiva significativa entre a deambulação e o escore de dor apenas aos 5 cm de dilatação. Isso indica que, quanto maiores os trajetos percorridos, maiores foram os escores de dor pontuados pelas parturientes (MAMEDE *et al.*, 2011).

Em uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane com 5.218 parturientes, foram sintetizados os achados de 25 estudos concernentes a posições maternas e deambulação durante o primeiro período do parto. Os autores identificaram evidências significativas de que a deambulação e as posições verticais na fase de dilatação reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, e a necessidade de analgesia epidural, e que isso, aparentemente, não tem relação com o aumento dos efeitos negativos sobre mães e bebês. É aconselhado que, se possível, as mulheres sejam encorajadas a deambular e usar as posições verticais de sua escolha, pois isso pode aprimorar o progresso do trabalho de parto e conduzir a melhores resultados materno-fetais (CÔRTES *et al.*, 2015).

Um estudo brasileiro avaliou o efeito da deambulação sobre a dor na fase ativa do trabalho de parto, em 80 parturientes com o colo uterino dilatado entre 3 a 5 cm. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a escala categórica numérica e o partograma. O estudo demonstrou que, as parturientes que deambulavam nas primeiras três horas do trabalho apresentaram maior velocidade de dilatação, mas também com aumento da dor (GALLO *et al.*, 2011).

Lawrence *et al.* (2013) realizaram uma revisão sistemática que incluiu 21 ensaios clínicos randomizados e controlados com um total de 3.706 mulheres. Os resultados obtidos indicam que as parturientes que deambularam ou adotaram posições verticais tiveram redução da duração do trabalho de parto em torno de uma hora. Não foram encontrados efeitos negativos para a mãe e o recém-nascido. A conclusão dos autores foi de que as parturientes devem ser incentivadas a deambularem e adotarem posições mais confortáveis na primeira fase do trabalho de parto.

Adachi, Shimada e Usui (2003), por meio de um estudo prospectivo randomizado, analisaram o alívio da dor em 58 parturientes, sendo 39 primíparas e 19 multíparas. Orientou-se que as parturientes alternassem entre posição sentada e supina, a cada 15 minutos até 8 cm de dilatação. Observou-se que os índices de dor mensurados pela Escala Visual Analógica (EVA) foram menores na posição sentada do que na supina. Deste fato se concluiu que a posição sentada é uma postura eficaz no alívio da dor lombar durante a dilatação cervical de 6 a 8 cm.

Com o objetivo de investigar a influência da mobilidade da parturiente durante a fase ativa da dilatação cervical, Bio, Bittar e Zugaib (2006) realizaram um ensaio clínico randomizado e controlado com 100 primigestas, com até 4 cm de dilatação, divididas em dois grupos: Controle e Tratado. O Grupo Controle recebeu acompanhamento obstétrico sem a presença do fisioterapeuta e sua seleção foi feita de maneira retrospectiva, a partir dos registros de prontuário, seguindo os mesmos critérios de inclusão e exclusão. Já no Grupo Tratado, as parturientes tiveram acompanhamento do fisioterapeuta durante toda a fase ativa e foram orientadas a se manterem em posição vertical e em movimento, de acordo com a fase da dilatação cervical e a descida fetal no canal de parto. A conclusão dos autores foi que a mobilidade adequada da parturiente influencia positivamente o trabalho de parto, promovendo o aumento da tolerância à dor, evitando o uso de fármacos e reduzindo a duração da fase ativa da dilatação.

Outro estudo a ser considerado é a revisão conduzida por Hunter *et al.* (2007). A revisão avaliou o efeito da postura materna de quatro apoios durante a etapa final da gestação e no trabalho de parto de 2.794 mulheres com apresentação fetal em posição lateral ou posterior e comparou com grupo que não recebeu intervenção. Chegou-se à conclusão de que a postura de quatro apoios, durante dez minutos, duas vezes ao dia, a partir de 37 semanas de gestação, não é aconselhável como uma intervenção eficaz na correção da posição occipital posterior do feto. Contudo, a mesma pode ser adotada caso seja cômoda para a mulher durante o trabalho de parto. Também foi constatado que o uso desta postura no trabalho de parto se associou à menor dor lombar, porém o estudo não foi conclusivo quanto a esse tópico, sendo necessário mais estudos (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Diante de tais benefícios, a mobilidade corporal e as posturas verticais têm ganhado destaque na assistência ao parto humanizado pelos profissionais da área da saúde. As posições verticais associam-se com a redução da segunda fase do parto, redução da dor e da incidência de episiotomias. Um estudo mais recente destaca que a parturiente deve ser livre para optar pela posição que lhe causa maior conforto (GALLO *et al.*, 2011).

Uma das iniciativas para melhorar a repercussão da dor para a parturiente é estimular a deambulação nos momentos iniciais do trabalho de parto quando a dor ainda não é tão presente (MIELKE; GOUVEIA; GONÇALVES, 2019).

4.3.7 Acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato

A Lei 11.108/2005 garante às parturientes a presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. A escolha desse acompanhante pela gestante deve ser livre, não havendo qualquer tipo de aceção (BRASIL, 2005).

O surgimento dessa lei é fruto de um avanço importante obtido a partir das políticas de humanização, além do reconhecimento de que essa prática contribui para o encorajamento de outras práticas humanizadas durante o parto e nascimento. A experiência de mulheres que tiveram a oportunidade de escolher ter alguém ao seu lado durante esses eventos é diferente dos relatos das que não tiveram essa chance, mesmo com o envolvimento dos profissionais oferecendo todo cuidado e conforto necessários. Essa conduta está classificada como uma prática comprovadamente útil e que deve ser estimulada, pois possui base em evidências científicas (DODOU *et al.*, 2014).

A presença do acompanhante no processo de parturição também está incluída na estratégia Rede Cegonha do Ministério da Saúde (MS), que vem contribuindo para possibilitar esse direito por meio da execução de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2011a).

O acompanhamento de escolha da mulher promove o apoio emocional, fornece informações sobre a progressão do trabalho e auxilia nas técnicas para alívio da dor como toque, massagem, banho quente de aspersão ou imersão, ajuda para mantê-la hidratada ou ir ao banheiro e encorajamento para que esta possa expressar melhor seus desejos e necessidades. Esse apoio deve ser contínuo para que se obtenha a otimização da fisiologia do parto, reduzindo consequentemente a dependência de intervenções médicas (DINIZ *et al.*, 2014).

Lansky *et al.* (2014) afirmam em seus estudos que cerca de 40% das mulheres peregrinaram na hora do parto e não tiveram acompanhante durante a internação para o parto. No estudo realizado por Leal *et al.* (2019), que buscou descrever os primeiros resultados de dois estudos avaliativos, um sobre a Rede Cegonha e outro sobre o projeto Parto Adequado,

encontrou que a presença de acompanhante durante o parto vaginal aumentou em 164% no serviço público (de 31,8% para 83,9%) e 73% (de 55,8% para 96,8%) no serviço privado, entretanto, o setor público ainda ficou com 12,5% a menos em relação ao privado (83,9% e 96,8%, respectivamente).

Outras pesquisas têm demonstrado os benefícios da presença do acompanhante para melhores desfechos perinatais, como menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas e menor uso de analgesia mulheres com acompanhante, redução dos relatos de violência obstétrica e mais satisfação com a assistência recebida (D'ORSI *et al.*, 2014; DINIZ *et al.*, 2014).

Para a mulher, o suporte contínuo durante o parto é de grande valor, em especial as pessoas com quem já estão familiarizadas e se sentem confortáveis. As instituições de saúde devem tornar esse suporte como algo fundamental em suas políticas e diretrizes (LUNDA; MINNIE; BENADÉ, 2018).

Mesmo diante de uma garantia legal, ainda assim algumas instituições de saúde não permitem a presença de acompanhantes na sala de parto, e entre as barreiras alegadas estão a limitação do espaço físico, possibilidade de o acompanhante atrapalhar o procedimento e pelo risco de infecção hospitalar; tais justificativas são fortalecidas pela falta de conhecimento das gestantes sobre os seus direitos (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Por essas e outras dificuldades na implantação dessa prática, este é um tema sobre o qual ainda há muito o que discutir. Na região Nordeste o problema se destaca, poucas são as mulheres que costumam ter acompanhante durante todo os momentos de trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com o que é estabelecido em lei. De forma mais específica, em relatório de satisfação com puérperas atendidas no SUS, os resultados apontaram que, no Maranhão, 67% das puérperas não tiveram direito a acompanhante de livre escolha (SANTOS *et al.*, 2021).

Uma das ações que visam contribuir para a melhor adesão do direito ao acompanhante no período de gravidez e no parto, é o conhecimento das mulheres e dos profissionais de saúde sobre o direito da presença do acompanhante durante a gestação e parto. Geralmente tanto as maternidades quanto os profissionais de saúde possuem receio e preconceitos quanto ao acompanhante, por isso poucas maternidades brasileiras aderem essa prática na sua rotina ou não estão buscando se adequar para possibilitar a permanência do acompanhante (SANTOS; TAMBELLINI; JUNQUEIRA, 2011).

4.3.8 Acolhimento

A WHO (2018) preconiza que cuidados humanizados e dignos sejam ofertados a todas as mulheres, respeitando-se sua privacidade e confidencialidade, bem como garantindo a ausência de danos e maus tratos, possibilitando informações e apoio contínuo durante todo o trabalho de parto e parto. As Diretrizes para o parto normal (BRASIL, 2017) acrescentam ainda que a mulher deve ser cumprimentada com um sorriso, que o profissional se apresente pelo nome e que a parturiente também seja chamada pelo nome, tudo isso numa atmosfera de bom acolhimento.

Acolher uma gestante é agir de forma intencional na resolução dos seus problemas de saúde, levando em conta suas particularidades em uma escuta atenta sobre queixas, medos e as expectativas, identificar riscos e vulnerabilidades, acolhendo também a avaliação da própria usuária, e se responsabilizando por dar uma resposta ao problema, de modo que o serviço possa atender às suas necessidades imediatas. O Acolhimento como dispositivo técnico assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (BRASIL, 2014).

Sobre os profissionais se apresentarem pelo nome, chamar a gestante pelo nome, dar informações sobre a situação de saúde da gestante e manter uma linguagem acessível, as Diretrizes para o parto normal (BRASIL, 2017) estabelecem que os profissionais de saúde devem não só se apresentar, mas explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada. Além disso, recomenda uma abordagem calma e confiante, cordial e o respeito à privacidade, como por exemplo, bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo. Se a mulher possuir um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação, tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas.

Além do que já foi dito, os profissionais de saúde devem verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui alguma deficiência auditiva, visual ou intelectual e qual a língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas, verificar se compreendem português. É importante avaliar o conhecimento da mulher a respeito das estratégias de alívio da dor e oferecer a ela

todos os métodos disponíveis de acordo com a sua aceitação, adaptando todo o ambiente e as técnicas às suas necessidades (BRASIL, 2017).

4.3.9 Partograma

O partograma é definido como uma representação gráfica do trabalho de parto (TP), com o objetivo de tornar mais claro as possíveis complicações obstétricas. Pode ser utilizado para acompanhar, registrar e diagnosticar distocias, auxiliando na correta tomada de decisão diante da situação encontrada, trazendo, assim, excelência ao trabalho de parteiras e obstetras (ALEXANDRE; MAMEDE; PRUDÊNCIO, 2016).

Essa modalidade de registro surgiu com Emanuel Friedman, em 1951. Ao analisar a evolução do trabalho de parto em primíparas, Friedman notou que havia uma relação entre o tempo do trabalho de parto e a dilatação cervical. O autor se baseou em extenso estudo de dilatação da cérvix uterina no trabalho de parto, estabelecendo curva padrão de normalidade, amplamente aceita atualmente. Friedman concluiu que essa relação descreve graficamente uma curva com características próprias. Desse modo, ele transformou o que era subjetivo em ciência preditiva, dando o nome de Partograma (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

O instrumento foi publicado em 1986 no *Appropriate Technology Following Birth*, como uma referência de qualidade de assistência à parturiente, mostrando as intercorrências obstétricas de trajeto, o que restringe as intervenções durante o trabalho de parto. Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu guia prático de maternidade segura, recomenda que entre as práticas úteis e que devem ser estimuladas está o monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto por meio do uso do partograma, uma vez que este representa um verdadeiro gráfico da evolução do trabalho de parto. O uso dessa ferramenta deve fazer parte do acompanhamento da parturiente na fase ativa do trabalho de parto, visto que seu uso contribui para uma assistência adequada (WHO, 2018). Além disso, ele pode identificar desvios no progresso do trabalho de parto, permitindo a realização de uma intervenção adequada e, por isso, constitui uma importante ferramenta na atenção materna e fetal (LUCENA; MORAIS; SANTOS, 2019).

A Resolução Normativa nº 368, que discorre sobre novas regras referentes a parto na saúde suplementar, entre outros, estabelece normas para a correta utilização do partograma, bem como as informações que devem ser prestadas à gestante. Portanto, auxilia com orientações

valiosas para que a mulher, em comum acordo com o médico assistente, tome a melhor decisão sobre o parto (BRASIL, 2017).

O partograma pode ser útil como instrumento para avaliar o processo de parturição, verificando a dilatação do colo; a descida do feto pelo trajeto pélvico; a estática fetal, assim como o batimento cardíaco fetal e as contrações do útero. A avaliação completa de todas essas informações por parte do profissional assistente permite o reconhecimento dos principais fatores causadores de evolução normal e anormal do trabalho de parto (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

No trabalho de parto normal são observados: apagamento e dilatação do colo, progresso, altura e variedade da apresentação; estado de saúde fetal e atividade uterina na evolução habitual. No entanto, podem apresentar-se muitas situações adversas que conduzem à operação cesárea em mulheres que sofrem de exaustão e infecção, com altas taxas de morbidade e mortalidade materna de seus produtos, sendo elevadas quando mais prolongado seja esse trabalho de parto. Nesse contexto, é pertinente destacar a importância do uso do partograma, considerando a curva de dilatação cervical, descida da apresentação e uso das linhas de alerta e ação com o objetivo de diagnosticar alterações, indicar tomada de condutas para correção de desvios, evitando assim intervenções desnecessárias (BARROS; VERÍSSIMO, 2011).

Realizada em 2014, a Pesquisa Nacer no Brasil foi um estudo nacional de base hospitalar composto por puérperas e seus recém-nascidos. A Pesquisa verificou que o partograma foi pouco utilizado para acompanhamento do trabalho de parto, seja entre os recém-nascidos que sobreviveram (35,7%) ou entre os que morreram (36,5%) (LANSKY *et al.*, 2014).

Segundo as novas recomendações da OMS (2018), a orientação é que não se deve seguir a referência de dilatação cervical de um centímetro por hora. A conduta correta para esses casos seria a avaliação individual de cada processo parturitivo. É evidente que o instrumento isolado não desencadeia resultados satisfatórios no TP, nem tampouco torna-se definidor de condutas obstétricas. Contudo, as informações retiradas a partir dele orientam o profissional acerca dos passos seguintes, tais como evolução da dilatação, descida fetal, posição, variedade de posição, frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, perda líquida, infusão de líquidos e analgesia (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

4.3.10 A equipe de parto

Segundo as diretrizes brasileiras do parto normal (BRASIL, 2017), a assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetriz.

A participação ativa do profissional enfermeiro/médico obstetra na assistência do trabalho de parto e nascimento habilita o trabalho em equipe e colabora para um cuidado humanizado. Ressalta-se, no entanto, a importância da equipe de enfermagem, por serem responsáveis pela redução de intervenções e por promoverem a maior satisfação entre as mulheres atendidas. A atuação desses profissionais se baseia principalmente nas boas práticas recomendadas pelo MS e OMS, realizando um cuidado que oferece diversos benefícios maternos e neonatais. A importância no cuidado proporciona conforto e ajudam no processo de parto e nascimento, ao mesmo tempo em que estimulam a autonomia e o protagonismo da mulher durante todo o processo (LIMA *et al.*, 2020).

A legislação é um fator importante na ampliação da atuação dos profissionais de enfermagem no parto. Segundo a Resolução COFEN Nº 0516/2016, os profissionais habilitados para a realização do parto normal sem distocias são: Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz. O parto normal sem distocia é o parto de uma gestante de risco habitual com idade gestacional entre 37 a 41 semanas e 06 dias, com apresentação cefálica fletida. Esta resolução está em concordância com as Diretrizes para o parto normal (BRASIL, 2017).

Sobre a atuação da enfermeira/obstetriz, um fato importante apontado pela literatura, é que quando esses profissionais estão presentes na equipe de saúde, os métodos não farmacológicos para alívio da dor são ofertados com mais frequência, a mulher se sente protagonista durante seu parto, já que estabelecem maior vínculo ao fornecerem suporte emocional à mulher, responsabilizando-se por identificar e avaliar a dor, notificar à equipe médica quando necessário, e principalmente implementar métodos não farmacológicos de alívio da dor (PEREIRA; BENTO, 2011).

Quanto à humanização do parto e nascimento, infelizmente ainda se tem relatos de grandes desafios e dificuldade de alguns profissionais de saúde em se enquadrar-se dentro das práticas humanizadas. Um dos obstáculos começa desde a formação profissional, baseada num modelo tradicional biomédico, centrado na doença e restrito aos fatores biológicos. Nesse tipo de atendimento, o mais importante é a resolução do parto utilizando técnicas que podem ou não ser invasivas, práticas humanizadas são muitas vezes deixadas de lado (AHLERT; ALVES;

LOHMANN, 2019). O profissional deve estar atento ao seu campo de atuação para além das técnicas de intervenções e das tecnologias do cuidado em saúde, e este é um grande desafio na busca por mudanças nesse cenário da assistência ao parto.

Os gestores de saúde e as maternidades também são fundamentais nesse processo de melhorias da qualidade da assistência obstétrica, eles devem proporcionar condições para a implementação do modelo de assistência melhorando a ambiência, o acolhimento, estimulando o uso das boas práticas por meio de atualização dos profissionais, incluindo a equipe de enfermagem na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres, entre outras ações humanizadas (BRASIL, 2017).

4.3.11 A epidemiologia das boas práticas do parto: panorama atual na saúde pública brasileira

Nas últimas décadas, a atenção ao parto no Brasil tem sido caracterizada por elevados índices de medicalização e intervenções rotineiras desnecessárias, o que compromete a adoção sistemática das boas práticas recomendadas nacional e internacionalmente. A pesquisa *Nascer no Brasil*, coordenada pela Fiocruz, revelou que 52 % dos partos no país são cesarianos, número que chega a 88 % no setor privado — índices muito superiores aos 10–15 % preconizados pela Organização Mundial da Saúde (LEAL et al., 2014; FIOCRUZ, 2014). Além disso, apenas 26 % das mulheres relataram contato pele a pele imediato com o recém-nascido, 40,9 % realizaram amamentação precoce e apenas 26,7 % utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor (DOMINGUES et al., 2014). Apesar da Lei n.º 11.108/2005 garantir o direito à presença de acompanhante, apenas 18,8 % das mulheres estavam acompanhadas durante o parto (LEAL et al., 2014).

Os dados demonstrados acima revelam não apenas a baixa adesão às boas práticas, mas também a prevalência de más práticas obstétricas, como episiotomia de rotina (realizada em 53,5 % dos partos), tricotomia, restrição de dieta, posição litotômica obrigatória e uso indiscriminado de ocitocina para aceleração do parto (BRASIL, 2013; VIANA et al., 2020). A aspiração de vias aéreas do recém-nascido foi realizada em 71 % dos casos, mesmo sem indicação clínica, o que contraria as diretrizes baseadas em evidência (DOMINGUES et al., 2014). A prática de manobras dolorosas sem consentimento, como a manobra de *Kristeller*, também ainda é referida em estudos locais, sendo um dos exemplos mais claros de violência obstétrica (VIANA et al., 2020). Em contrapartida, experiências exitosas como a do município

de Castanhal (PA), que implementou o modelo “zero episiotomia” com aumento do contato pele a pele e da amamentação precoce, demonstram o impacto positivo da adoção de práticas baseadas em evidência (EVOLUTION, 2021). Esse panorama, ao evidenciar tanto a carência quanto a presença fragmentada das boas práticas, reforça a importância de mensurar com rigor o nível de oferta das ações recomendadas.

4.4 Métodos de avaliação das boas práticas do parto

Na literatura científica são apresentadas algumas formas de mensuração das boas práticas do parto. Carvalho, Göttems e Pires (2015) avaliaram 10 instrumentos para análise da adesão às boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Neste estudo, a avaliação se deu a partir de ampla revisão de literatura, que incluiu publicações, protocolos internacionais, nacionais e locais, a partir do qual foi construída uma Matriz de Análise, estruturada em três dimensões: Organização da Rede de Atenção à Gestação, ao Parto e ao Nascimento; Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas e os Processos de Trabalho em Saúde. Essa matriz deu origem aos itens que compuseram o instrumento final (50 itens), sendo 22 destes encontrados no dispositivo de “Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas” com itens sobre as boas práticas (ex.: posição da parturiente e acompanhante durante o trabalho de parto e parto) e intervenções desnecessárias (ex.: ocitocina e episiotomia de rotina). Foram convidados 17 profissionais de nível superior, médicos(as) e enfermeiros(as) para a avaliação do estudo.

Göttems *et al.* (2018) analisaram ainda a consistência interna do instrumento acima de avaliação da adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Os resultados apontaram boa confiabilidade, com necessidade de aperfeiçoamento nos itens da dimensão que se referiram a atitudes, conhecimentos e práticas de organização da rede de atenção à gestação, parto e nascimento. Contudo, poderá ser aplicado para avaliação das práticas baseadas em evidências científicas de atenção ao parto

Outros estudos utilizaram o Escore de Bologna (OLIVEIRA *et al.*, 2015; SANTOS; LIMA; CASTRO, 2020; SALAZAR *et al.*, 2020), o qual é destinado para avaliação da assistência de partos normais, com a finalidade de indicar como o parto normal é conduzido em determinado serviço de obstetrícia. O Escore de Bologna é constituído por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino,

episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórceps e/ou vácuo extrator); 4) Parto em posição não supina; 5) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento)(4,6). O Escore de Bologna foi uma das primeiras tentativas concretas de se quantificar e avaliar a qualidade de assistência ao parto normal e nascimento (SANDIN-BOJÖ; KVIST, 2008; SALAZAR *et al.*, 2020).

Carvalho *et al.* (2019) elaboraram um instrumento com 20 questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e 50 itens do tipo escala *Likert* para a avaliação das boas práticas de atenção ao parto, o qual foi aplicado a médicos e enfermeiros de 16 hospitais públicos da rede de serviços da secretaria de saúde do Distrito Federal (SES/DF). O instrumento foi composto por 3 dimensões: organização da rede de atenção ao parto e nascimento (itens 1 a 12), práticas baseadas em evidência científica (itens 13 a 35) e processo de trabalho (itens 36 a 50). Os itens seguiram a escala de cinco pontos. Na dimensão 2, “Práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto”, estavam os itens relacionados às boas práticas do parto tais como à ingesta hídrica e alimentar, presença de acompanhante de livre escolha da parturiente, métodos não farmacológicos para alívio da dor como massagens e técnicas de relaxamento etc. Dos 21 itens apresentados por essa dimensão, as boas práticas do TP e parto que obtiveram diferenças significativas na comparação entre enfermeiros e médicos foram relativas ao acompanhante, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e informar a parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.

Em uma outra avaliação, Backes *et al.* (2020) descreveram as etapas da elaboração de um constructo de boas práticas de atenção ao parto e nascimento. Entre as etapas, realizou-se uma análise documental e pesquisa de campo. O processo de validação ocorreu por Conferência Delphi, entre agosto e setembro de 2016, do qual participaram 12 juízes da área Obstétrica. Foi considerado o índice de concordância de, no mínimo, 80% para se garantir a validação do material. Por fim, o construto foi elaborado com a participação de juízes da área Obstétrica, representantes de todas as regiões do país, com experiência assistencial, docência e pesquisa.

O plano de parto também já foi utilizado como instrumento de avaliação das boas práticas por Silva *et al.* (2019). O objetivo foi analisar as evidências disponíveis sobre as principais contribuições do plano de parto como instrumento das boas práticas obstétricas no processo de parto e nascimento em ambiente hospitalar. Evidenciou-se que o plano de parto é um instrumento que propicia as boas práticas obstétricas no processo de parto e nascimento em ambiente hospitalar.

Há ainda um checklist para Parto Seguro (*WHO Safe Childbirth Checklist-SCC*) que foi elaborado pela OMS visando proporcionar uma melhora na qualidade do cuidado ao parto. Uma ferramenta planejada para apoiar a assistência ofertada pelos profissionais antes, durante e após o parto, período em que as mulheres e recém-nascidos lidam com os maiores riscos de mortes e complicações (WHO, 2015). No Brasil, o SCC foi adaptado e validado para o contexto nacional, recebendo o nome “Lista de Verificação para Parto Seguro (LVPS-Brasil)” (CARVALHO *et al.*, 2018). As evidências indicam que a implementação do SCC tem potencial efeito sobre a melhoria das boas práticas do parto, devido ao fato de ele instituir processos padronizados para a identificação precoce, prevenção e tratamento das complicações que podem ocorrer no momento do parto (SPECTOR *et al.*, 2012; PATABENDIGE; SENANAYAKE *et al.*, 2015; KUMAR *et al.*, 2016; KABONGO *et al.*, 2017). No entanto, o efeito do checklist sobre a prevenção de complicações do parto não foi analisado por estes estudos, inexistindo, ainda, estudos sobre a sua implementação e impacto no contexto brasileiro.

Embora já tenham sido propostos diversos instrumentos para avaliação das boas práticas de parto e nascimento no Brasil, estes não incluíram conjuntamente dimensões sobre gestão, acesso, acolhimento, resolubilidade e incorporação das boas práticas no parto e nascimento, além disso, não aplicaram os instrumentos em diferentes atores no mesmo momento da avaliação, possibilitando a análise de diversas perspectivas dessa complexa realidade presente nos serviços de assistência obstétrica do país.

4.5 Teoria de Resposta ao Item

4.5.1 Histórico e avanços da TRI

Várias pesquisas têm buscado identificar itens que sejam favoráveis a determinado grupo, em detrimento de outros, estão ganhando destaque no campo da psicometria moderna, pois ajudam a assegurar que os testes sejam tão imparciais quanto possível. A busca por informações de medidas de propriedades psicológicas, ou seja, características individuais que não podem ser observadas diretamente (traço latente) levaram muitos pesquisadores a desenvolverem modelos que pudessem estimar esta propriedade (AGUIAR, 2010). Nesse contexto, a TRI compreende um grupo de modelos lineares generalizados que conectam as respostas aos itens com o traço latente de interesse do pesquisador, respostas estas obtidas através de testes submetidos aos entrevistados.

No começo do século 20, Thurstone trouxe uma grande contribuição na construção de medidas de traços latentes (variáveis não observáveis) ao desenvolver um método de medida estatístico denominado “Lei dos julgamentos comparativos”. O método que envolve mecanismos de respostas, hoje conhecidos como cumulativos e de desdobramento foi considerado o precursor probabilístico da Teoria da Resposta ao Item (TRI) (ARAUJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

A TRI tem sido admirada por muitos especialistas como um marco para a Psicometria moderna (ANDRADE; LAROS; GOUVEIA, 2010), também conhecida como Teoria da Curva Característica do Item (TCCI). Foi utilizada pela primeira vez no Brasil em 1995, para montagem de instrumentos, tratamento de dados e construção de escalas a partir de resultados apresentados por alunos em provas de rendimento, permitindo que alunos de diferentes séries pudessem ser comparados e colocados na mesma escala, o que não era possível fazer através da Teoria Clássica dos Testes (TCT). A maioria das aplicações tem sido na avaliação educacional (MOREIRA JUNIOR, 2014).

Dentre algumas das vantagens que a TRI oferece sobre a TCT, uma das principais, é que as análises realizadas por meio da TRI não são dependentes do teste (*not test-dependent*) sejam eles mais fáceis ou mais difíceis, ou mesmo da amostra de sujeitos que o respondeu (*not subject-dependent*) mais aptos ou menos aptos como ocorre na TCT, resultando em estimativas de parâmetros mais significativas (ARAUJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009; PASQUALI; PRIMI, 2003; SARTES; DE SOUZA-FORMIGONI, 2013).

A medida na TCT é afetada pelo instrumento utilizado, já na TRI isto não acontece porque o escore teta tem uma relação não linear com a probabilidade de acerto associada ao escore total, corrigindo assim as suas distorções (PASQUALI; PRIMI, 2003). Além disso, a TRI também dispõe de métodos robustos para detectar o funcionamento diferencial do item (DIF) ou viés do item entre populações ou subgrupos e os escores dos indivíduos podem ser equacionados (comparados) mesmo quando os indivíduos respondem itens diferentes (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Atualmente um dos fatores que mais contribuíram para o uso generalizado da TRI, foi o avanço da informática. Levando em conta a complexidade matemática no campo da TRI, o progresso crescente nas máquinas de processamento (microcomputadores) possibilitou a viabilização dos cálculos que o modelo TRI exige em Psicometria. Este progresso possibilitou também nos anos 80, o desenvolvimento de softwares apropriados para os tais cálculos (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Somente após o avanço tecnológico dos anos 1980, com o desenvolvimento de softwares para uso prático dos algoritmos complexos que o modelo contém, é que a metodologia começou a se expandir com crescente intensidade. Atualmente, a maioria dos programas de avaliação educacional em larga escala no mundo tem como base a Teoria da Resposta ao Item (TAVARES, 2013).

A TRI é de extrema relevância na análise de traços latentes, pois propicia um maior aproveitamento da informação, trabalhando não somente com a classificação dos indivíduos quanto ao traço latente, como também trazendo informações sobre os instrumentos de medida como um todo e, principalmente, item a item. Sendo assim, a TRI é um procedimento mais sofisticado que aproveita melhor a informação disponível nos itens, podendo melhorar sensivelmente a medida do traço latente, pois este é calculado considerando diferentes pesos para os itens de acordo com sua importância em relação ao traço que está sendo medido (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010).

Ressalta-se a importância da TRI para a saúde pública como ciência que fomenta o desenvolvimento de estratégias e ferramentas para melhorar a qualidade de vida da população por meio da gestão do cuidado e dos serviços de saúde, da prevenção de doenças e agravos à saúde da doença, da promoção da saúde e da educação do paciente, família e coletividade.

4.5.2 Modelos Unidimensionais da TRI

Dentre os modelos TRI já estabelecidos na literatura, a maioria foi desenvolvido considerando unidimensionalidade, o que significa que somente um traço latente está sendo avaliado, ou, pelo menos, um se destaca em relação aos outros (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

A TRI possui modelos para diferentes tipos de itens: dicotômicos, politômicos ou para respostas contínuas, estes oferecem maneiras de representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um item e seus traços latentes ou habilidades, na área de conhecimento a ser avaliada, os quais não podem ser observados diretamente (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Os modelos da TRI são utilizados a depender do tipo de função matemática adotada e dos parâmetros dos itens que se queira investigar. A estimação de parâmetros é um aspecto central na TRI, de modo que o sucesso desta depende de uma estimação bem-sucedida (STENBECK *et al.*, 1992).

4.5.2.1 Modelo de Rasch

Este modelo foi desenvolvido durante a década de 1950, ano em que *Georg Rasch* se envolveu na pesquisa educacional. A família de modelos estatísticos, conhecida como modelos *Rasch*, foi introduzida pela primeira vez como um modelo simples para respostas a itens dicotômicos (questões) em testes educacionais. Foi apresentado junto a vários modelos relacionados, que o matemático dinamarquês *Georg Rasch* chamou de modelos para medição. Desde então, o conjunto de modelos *Rasch* se expandiu para abranger vários modelos estatísticos (CHRISTENSEN; KREINER; MESBAH, 2013).

Trata-se do modelo mais difundido devido ao seu critério de mensuração e da simplicidade de sua lógica. Esse modelo é representado pela função logística de apenas um parâmetro, a qual considera que as respostas de um sujeito a um conjunto de itens dependem apenas de sua habilidade e da dificuldade dos respectivos itens. A sua expressão matemática é descrita da seguinte forma (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000):

$$P_{ij} = P(U_{ij} = 1|\theta_j) = \frac{e^{(\theta_j - b_i)}}{1 + e^{(\theta_j - b_i)}}$$

- θ_j representa o traço latente do indivíduo j .
- $P(U_{ij} = 1|\theta_j)$ é a probabilidade do indivíduo j com traço latente θ_j responder corretamente o item i e é denominada de Função de Resposta ao Item - FRI.
- b_i é o parâmetro de localização/dificuldade do item i , medido na mesma escala do traço latente.
- D é um fator de escala, constante e igual a 1.

O modelo descreve, portanto, as respostas a um número de itens por um número de pessoas, assumindo que as respostas são estatisticamente independentes, dependendo de itens desconhecidos e parâmetros pessoais (CHRISTENSEN; KREINER; MESBAH, 2013). É bastante simples, de modo que, conforme a organização de suas variáveis, conhecendo a dificuldade do item e a habilidade do sujeito, é possível prever qual é a probabilidade desse sujeito acertar o item. O valor de b é dado pelo valor de θ no qual a probabilidade de acertar o item é de 50% (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

A interpretação dos parâmetros neste modelo é direta: a probabilidade de uma resposta positiva aumenta à medida que os parâmetros aumentam em direção ao infinito. Em testes educacionais, o parâmetro pessoa representa a habilidade do aluno e o parâmetro item representa a facilidade do item: quanto melhor a habilidade e mais fácil o item, maior a probabilidade de uma resposta correta ao item. Nas ciências da saúde, o parâmetro pessoa pode representar o nível de depressão, enquanto os parâmetros do item podem representar o risco de experimentar certos sintomas relacionados à depressão (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

4.5.2.2 Modelo logístico de dois parâmetros

Foi usado pela primeira vez como modelo para a curva característica do item no final da década de 1950 e, devido à sua simplicidade, também se tornou um dos modelos mais usados (KIM; BAKER, 2018).

Lord foi o primeiro a desenvolver o modelo unidimensional de dois parâmetros de natureza acumulativa para respostas dicotômicas (certo ou errado), baseado na distribuição normal (ogiva normal). Entretanto, o próprio Lord sentiu a necessidade de incorporar um parâmetro que tratasse do problema do acerto casual, desenvolvendo assim o modelo de 3 parâmetros (KIM; BAKER, 2018).

O modelo logístico de dois parâmetros (MPL2), como seu próprio nome já indica, possui apenas dois recursos para descrever as características psicométricas de um item – a dificuldade do item e a discriminação do item (PAEK; COLE, 2019).

Birnbaum (1968) corrobora com o pensamento de Lord e identifica a necessidade de se criar um novo modelo, pois foi observado que quando a proficiência tende a $-\infty$ a probabilidade de o indivíduo acertar o item tende a zero. Entretanto, ainda há a possibilidade de o aluno acertar o item por acerto casual, conhecido popularmente como “chute”.

→ A equação para o MPL2 é dada por:

$$P_{ij} = P(U_{ij} = 1 | \theta_j) = \frac{1}{1 + e^{-Da_i(\theta_j - b_i)}}$$

- U_{ij} é uma variável dicotômica capaz de assumir os valores 1, quando o indivíduo j responde corretamente o item i , ou 0 quando o indivíduo j não responde corretamente o item i .

- θ_j representa o traço latente do indivíduo j .
- $P(U_{ij} = 1|\theta_j)$ é a probabilidade do indivíduo j com traço latente θ_j assinalar o item i e é denominada de Função de Resposta ao Item - FRI.
- b_i é o parâmetro de localização/dificuldade do item i , medido na mesma escala do traço latente.
 - a_i é o parâmetro de discriminação do item i , com valor proporcional à inclinação da Curva Característica do Item - CCI, no ponto b_i .
 - D é um fator de escala, constante e igual a 1.

Esta equação representa uma família de curvas cujos membros individuais são definidos por valores numéricos específicos dos parâmetros do item b_i e a_i ; por isso, é chamado de modelo de dois parâmetros (KIM; BAKER, 2018). As variáveis são as mesmas descritas na equação do modelo de Rasch, com a diferença de que se acrescenta o valor de a_i que representa o poder discriminativo do item. Uma relação importante entre os parâmetros θ e a_i , é que a discriminação varia em função da habilidade do sujeito. Os itens têm maior poder de discriminação quando a dificuldade dos itens coincide com a habilidade dos sujeitos, nestes casos, o valor de b_i coincide com o ponto de inflexão da curva, ou seja, o ponto em que a curva muda de direção, tornando-se mais inclinada em relação ao eixo das ordenadas (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

O MPL2 conforme foi apresentado, avalia além da dificuldade, a discriminação do item ou o parâmetro a_i também identificado como *slope* (ANDRADE; LAROS; GOUVEIA, 2010). A discriminação é definida como o poder do item para diferenciar sujeitos com magnitudes próximas do traço latente que está sendo aferido. Esse parâmetro é representado pelo ângulo formado entre a inclinação da curva e o ponto de inflexão, onde a probabilidade de resposta correta é de 50%. Assim, o parâmetro a_i refere-se à inclinação da curva (PASQUALI; PRIMI, 2003; STENBECK *et al.*, 1992).

Itens com curvas características dos itens mais inclinados são mais úteis para diferenciar alunos com habilidades diferentes do que itens com curvas mais achatadas. Os valores do parâmetro a_i podem variar teoricamente de $-\infty$ a $+\infty$. Contudo, na prática, esses valores comumente estão entre 0,0 e 2,0 (BAKER, 2001). Ressalta-se que o item não discrimina igualmente em toda a escala de habilidade. Isto pode ser observado quando se analisa a Curva de Informação do Item (CII). Por meio da CII é observada a precisão do item para os diferentes níveis de θ (NUNES; PRIMI, 2005).

4.5.2.3 Modelo logístico de três parâmetros

O modelo logístico de três parâmetros (MPL3) é amplamente utilizado em métodos avaliativos de sistemas educacionais de populações. É um modelo unidimensional, logo propõe-se a avaliar apenas uma habilidade dos indivíduos respondentes em perguntas dicotômicas (certo ou errado; adequado ou inadequado) (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Este modelo considera três dados que avaliam a qualidade e consistência da resposta ao item, a saber: discriminação do item; dificuldade do item e probabilidade de acerto casual. O Modelo logístico de três parâmetros (MPL3) pode ser representado pela seguinte equação:

$$P(Y_{ij} = 1|\theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{e^{a_i(\theta_j - b_i)}}{1 + e^{a_i(\theta_j - b_i)}}$$

- Y_{ij} é uma variável dicotômica capaz de assumir os valores 1, quando o indivíduo j responde corretamente o item i , ou 0 quando o indivíduo j não responde corretamente o item i .
- θ_j representa o traço latente do indivíduo j .
- $P(Y_{ij} = 1|\theta_j)$ é a probabilidade do indivíduo j com traço latente θ_j responder corretamente o item i e é denominada de Função de Resposta ao Item - FRI.
- b_i é o parâmetro de localização/dificuldade do item i , medido na mesma escala do traço latente.
- a_i é o parâmetro de discriminação do item i , com valor proporcional à inclinação da Curva Característica do Item - CCI, no ponto b_i .
- c_i é o parâmetro do item que representa a probabilidade de indivíduos com baixo traço latente responderem corretamente o item i (representa o parâmetro de probabilidade de acerto casual).

Acerca dos parâmetros do MPL3, a discriminação do item é responsável por diferenciar os participantes com a aptidão em estudo dos que não a possuem. Em alguns instrumentos, é comum existirem itens que melhor avaliam o traço latente em estudo e alguns com menor poder discriminativo (PASQUALI; PRIMI, 2003). Dessa forma, itens com níveis maiores de discriminação conseguem diferenciar de melhor forma os indivíduos respondentes com a aptidão em estudo, dos que não a possuem.

O parâmetro de localização ou dificuldade do item versa sobre o nível de dificuldade em escolher a resposta correta/adequada do item em estudo. Maiores níveis de dificuldade no item representam que, para que um indivíduo responda adequadamente o item, o mesmo possua maiores níveis de traço latente. Já o parâmetro de probabilidade de acerto casual é responsável por identificar indivíduos que escolheram uma alternativa correta/adequada, porém não possuem a aptidão necessária para tal, possivelmente representando chute (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Os MPL3 seguem dois pressupostos, os quais se referem às características dos itens, a unidimensionalidade e a independência local. A unidimensionalidade versa sobre a capacidade dos itens em medir um mesmo traço latente. Destaca-se que, por mais que um conjunto de aptidões possam interferir sobre o desempenho de um indivíduo, assume-se que há uma em específico que está sobrepujando as demais. Já a independência local indica que a resposta atribuída a um item não é capaz de influenciar nas respostas dos demais, logo significando que as respostas do indivíduo são produtos das probabilidades individuais de acerto mediante seu traço latente (PASQUALI; PRIMI, 2003).

4.5.2.4 Modelo de resposta nominal (MRN)

Conforme os estudos sobre aplicações da TRI avançaram em diferentes contextos, tornou-se necessário introduzir nos testes psicométricos, respostas que não fossem consideradas exclusivamente dicotômicas. Isso proporcionou o desenvolvimento de modelos da TRI de natureza acumulativa para respostas politômicas, nominais ou graduadas, dos quais o Modelo de Resposta Nominal de Bock é um exemplo. Nessa categoria estão inclusos modelos tanto para análise de itens abertos (de resposta livre) quanto para a análise de itens de múltipla escolha avaliados de forma ordenada (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000; PASQUALI; PRIMI, 2003).

Bock (1972) elaborou o modelo nominal baseado no modelo logístico de dois parâmetros que é aplicável a todas as categorias de resposta escolhidas em um teste com itens de múltipla escolha. Este modelo de resposta nominal foi desenvolvido com o objetivo de maximizar a precisão da habilidade estimada usando toda a informação presente nas respostas dos indivíduos, e não apenas se o item foi respondido corretamente ou não. Bock assumiu, portanto, que a probabilidade com que um indivíduo j selecionaria uma particular opção k (de m_i opções avaliáveis) do item i poderia ser representada por:

$$P_{i,k}(\theta_j) = \frac{e^{a_{i,k}^+(\theta_j - b_{i,k}^+)}}{\sum_{h=1}^{m_i} e^{a_{i,h}^+(\theta_j - b_{i,h}^+)}}$$

Nisso, a equação exibida apresenta a probabilidade com que um indivíduo j selecione cada alternativa de resposta k (dentre as m_i opções) de um determinado item i , como uma função dos parâmetros de dificuldade (c) e discriminação (a) associados ao traço latente do sujeito (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Apesar de, matematicamente, o MRN, desse modo, consistir em uma particularidade do ML2P, percebe-se, nitidamente, que existem várias probabilidades complementares à alternativa correta, o que aumenta a curva de informação do item, possibilita a análise dos diferentes detratores e, ainda, fornece indícios de má formulação de uma questão (PINHEIRO; COSTA; CRUZ, 2010).

4.5.2.5 Pressupostos dos modelos unidimensionais

A Teoria de Resposta ao Item possui em seu fundamento três pressupostos epistemológicos básicos: unidimensionalidade, independência local e qualidade e adequação dos itens (TAVARES, 2013). Os benefícios do uso da TRI dependem necessariamente da adequação (ajuste) dos modelos e seus pressupostos. Somente a partir de modelos bem ajustados é possível garantir a obtenção de itens e habilidades invariantes (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

A independência local é obtida quando, controlados pelo nível do traço latente, os itens do teste são independentes, o que faz com que a probabilidade de responder um item seja precisamente determinada pelo nível do traço latente do respondente e não por suas respostas a outros itens do conjunto. A independência local pode ser compreendida como consequência da correta determinação da dimensionalidade dos dados. A dimensionalidade, por sua vez, consiste no número de fatores responsáveis por expressar o traço latente, podendo ser verificada por meio de uma Análise Fatorial apropriada para dados categorizados (ARAÚJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Segundo McDonald (1981), um conjunto de medidas é unidimensional se, e somente se, a sua variação é explicada por um common fator model, ou seja, se um único fator explica a maior quantidade de variação possível. Esse conceito se estende para a definição de unidimensionalidade suficiente, que considera que um conjunto de itens apresentará

unidimensionalidade suficiente, de modo que seja pertinente a utilização dos modelos TRI, se o primeiro fator foi preponderante ante os demais.

Kolen e Brennan (2014), ao discutirem sobre o pressuposto unidimensional do modelo da TRI, apresentam o conceito da seguinte forma: Modelos de Teoria da Resposta ao Item Unidimensionais de itens dicotômicos (0,1) em testes padronizados assumem que a capacidade do examinando é descrita por uma variável latente única, conhecida como teta e definida de modo que $-\infty < \theta < \infty$. O uso de uma variável latente única implica que o construto a ser medido pelo teste é unidimensional. Colocando em termos práticos, a suposição de unidimensionalidade na TRI exige que os testes estejam mensurando meçam apenas uma habilidade (ANDRADE; LAROS; GOUVEIA, 2010).

Existem diversos métodos na literatura que se propõem a verificar a suposição de unidimensionalidade (BOCK, 1972; MCDONALD, 1981; PASQUALI; PRIMI, 2003). A análise fatorial é o teste mais difundido e possibilita identificar o número mínimo de fatores que pode explicar a quantidade da variância observada. Considerando que não há unidimensionalidade perfeita, a unidimensionalidade nos modelos da TRI é tratada por graus, sendo seu índice expresso pelo quociente entre a variância explicada pelo primeiro fator e a explicada pelo segundo fator. Em outras palavras, quanto maior o valor desse quociente indica o quanto a variância explicada pelo primeiro fator é superior à explicada pelo segundo fator, sugere-se maior unidimensionalidade (COUTO; PRIMI, 2011).

De acordo com Lord (2012), um outro critério prático para se verificar a unidimensionalidade é, na matriz de correlações tetracóricas, extraindo as raízes latentes entre os itens com as comunalidades na linha diagonal. Se for notado que a primeira raiz é superior à segunda, e esta não apresenta diferença significativa entre as outras, então os itens podem ser considerados aproximadamente unidimensionais.

Como a unidimensionalidade implica independência local, há somente uma e não duas suposições a serem verificadas. Os itens devem ser elaborados de modo a satisfazer a suposição de unidimensionalidade (TAVARES, 2013).

Na sequência desta tese serão abordados os modelos testados por esta análise até se chegar ao modelo escolhido. Foram 3 modelos dicotômicos e o Modelo de resposta nominal, para itens politômicos.

4.6 Construção de escalas a partir da TRI

Na área da saúde, as escalas de medidas são ferramentas integrantes da prática clínica e da avaliação do estado de saúde do paciente, pois possuem grande influência sobre as decisões que se referem ao tratamento e que envolvem a gestão de políticas públicas direcionadas para o cuidado com a saúde da população. O avanço em pesquisas e as necessidades cada vez mais específicas contribuem para o surgimento de muitas ferramentas de medida (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A maioria das escalas foram desenvolvidas com base na teoria clássica dos testes (TCT). Mas na TCT os resultados da pesquisa são afetados pelas características e qualidade da amostra, porque as estatísticas são definidas com base na população. A TRI é um modelo utilizado para resolver esse problema, pois a adequação de cada item pode ser julgada a partir da perspectiva do objetivo da medição do teste. Além disso, há a possibilidade de utilização dessas escalas em múltiplos contextos (PASQUALI, 2018).

Uma escala construída por meio da TRI começa na escolha de bons itens, pois a confiabilidade de uma escala na TRI depende diretamente da qualidade dos seus itens (devem ter altos níveis de discriminação e diferentes níveis de dificuldade). Isso significa que erros na etapa de seleção e construção dos itens, comprometem decisivamente o poder de equalização, ou seja, sua capacidade de equiparar, tornar comparáveis diferentes itens e diferentes indivíduos ao longo do tempo. Para isso, é de suma importância que se tenha um banco de itens adequado e confiável (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

A TRI é uma excelente estratégia metodológica para construção de escalas de avaliação, pois proporciona um maior aproveitamento das informações contidas nos itens e não apenas no escore total (PASQUALI, 2018). A possibilidade de se criar escalas nas quais itens e respondentes são posicionados de maneira simultânea, é uma das vantagens da TRI em relação à TCT, permitindo não só a construção, mas também a interpretação dessa escala (HAMBLETON; SWAMINATAN; ROGERS, 2001). Por outro lado, na TCT, o instrumento de medida depende das características dos respondentes que se submetem ao teste ou ao questionário. Diferente da TCT, que faz suposições a nível do teste, a TRI faz suposições ao nível do item, por isso essa etapa é tão importante. (PASQUALI; PRIMI, 2003).

4.6.1 Itens âncora e interpretação da escala

As escalas interpretáveis de habilidades consistem, portanto, do posicionamento de indivíduos respondentes em uma métrica comum que permite realizar comparações entre a população investigada. E dessa forma, é possível que os indivíduos sejam posicionados de acordo com o traço latente avaliado, possibilitando inferências acerca da sua habilidade com aquele conteúdo ou de acordo com o contexto do traço latente que está sendo investigado (COUTO; PRIMI, 2011).

Os itens podem ainda ser posicionados na mesma escala do traço latente considerando-se a discriminação e parâmetro de localização de cada categoria de item, permitindo assim identificar em que nível do traço latente ocorre a maior probabilidade daquele item ser significativo. A partir daí, surge a ideia dos níveis âncoras e a técnica conhecida como ancoragem. Nesta abordagem, é possível interpretar com maior profundidade o conteúdo dos itens âncora em cada nível âncora da escala (BAKER, 2001).

Segundo Andrade, Tavares e Valle (2000), níveis âncora são pontos selecionados pelo analista na escala da habilidade para serem interpretados pedagogicamente. Os níveis âncora são caracterizados pelos itens âncora, que por sua vez são itens “típicos” de cada nível, ou seja, frequentemente respondidos positivamente por indivíduos com aquele nível de habilidade e pouco respondidos positivamente por indivíduos com um nível de habilidade imediatamente inferior.

Kolen e Brennan (2014) definem o item âncora da seguinte maneira: considere dois níveis âncora consecutivos Y e Z , sendo que $Y < Z$. Um determinado item é âncora para o nível Z se e somente se as 3 condições seguintes forem satisfeitas:

1. $P(U = 1 | \theta = Z) \geq 0,65$,
2. $P(U = 1 | \theta = Y) < 0,50$ e
3. $P(U = 1 | \theta = Z) - P(U = 1 | \theta = Y) \geq 0,30$.

Isso significa que, para que um item seja considerado âncora em um determinado nível âncora, ele precisa ser respondido positivamente por um grande percentual de indivíduos (no mínimo 65%) com este nível de habilidade e por um percentual menor de indivíduos (no máximo 50%) com o nível de habilidade imediatamente anterior. Além disso, a diferença entre essas duas proporções deve ser de pelo menos 0,30. Desse modo, para que um item seja âncora em um nível, ele deve ser um item “típico” desse nível, ou seja, frequentemente respondido positivamente por indivíduos com aquele nível de habilidade e pouco respondido positivamente

por indivíduos com um nível de habilidade imediatamente inferior (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Há situações em que um item não se caracteriza como item âncora por violar “levemente” uma das três condições necessárias. Nesses casos, é possível considerar esse item como sendo âncora se ele for de considerável importância ou se houver poucos itens no instrumento de pesquisa. Outra possibilidade seria dividir os itens em grupos, de acordo com a quantidade de condições satisfeitas. Valle (2001) observa que alguns níveis âncora extremos podem ser mal caracterizados por serem definidos por itens muito fáceis ou muito difíceis, os quais geralmente são poucos.

Após terem sido identificados os itens âncoras em cada nível âncora, os especialistas no traço latente estudado devem caracterizar os níveis âncoras, de acordo com o conteúdo abordado no conjunto de itens que compõem cada nível. Concluindo-se essa etapa, a escala está pronta para ser usada, por exemplo, para o posicionamento das populações ou dos indivíduos para verificar os conteúdos dominados ou para identificar o percentual de indivíduos em cada nível de habilidade. Assim, um sujeito localizado acima de um certo nível terá domínio dos conteúdos caracterizados por esse nível e pelos níveis inferiores a esse, porém não dominará os conteúdos dos níveis superiores a esse (VALLE, 2001). Para analisar os dados, pode-se utilizar o Software R, tanto por se tratar de um software livre como por ser um dos que realizam análise por meio da TRI.

A escala obtida via a TRI encontra-se na escala [0,1], isto é média igual a zero e o desvio padrão é igual a um. Entretanto, para facilitar a interpretação pode-se alterar a escala via transformação linear, como no ENEM em que a escala utilizada tem-se média igual a 500 e o desvio padrão é igual a 100 [500,100]. Outra escala bastante citada na literatura obtida via TRI é a do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB) que utiliza a métrica [250, 50).

Para obter o traço latente na nova escala, usa-se a seguinte expressão:

$$x = \frac{y - \mu}{\sigma}$$

sendo x o traço latente do indivíduo na escala [0,1], y o traço latente na escala com média μ . E desvio padrão σ . Por exemplo, considere a escala [0, 1] do SAEB, um indivíduo com traço latente 1,5 nessa está a 1,5 desvios-padrões acima do traço latente médio na escala [0,1]. Considerando agora a escala [250,50], este mesmo indivíduo teria um traço latente de 325, isto é

$$y = 50 \times 1,5 + 250 = 325$$

estando esse valor 1,5 desvios-padrões acima do traço latente médio na escala do SAEB/PROVA BRASIL. As mesmas relações existentes entre os parâmetros se mantêm nas duas métricas (VALLE, 2000).

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo psicométrico que utiliza a teoria de resposta ao item, realizado a partir da base de dados da pesquisa de avaliação normativa “*Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da RC*”. A pesquisa avaliativa obteve um delineamento qualitativo e quantitativo, foi realizada em parceria com a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a Escola Nacional de Saúde Pública Prof. Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação do Ministério da Saúde.

A pesquisa avaliativa teve como objetivo avaliar o grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, segundo referencial da Rede Cegonha (BRASIL, 2011a). Para alcançar esse objetivo, foram selecionados os estabelecimentos de saúde integrantes da rede SUS que possuíam serviço de parto e nascimento.

5.2 Amostras em estudo

Para realização da pesquisa avaliativa, foram eleitos 606 hospitais públicos e mistos (conveniados ao SUS) localizados em regiões com plano de ação da Rede Cegonha em 2015. A coleta de dados foi realizada entre os meses dezembro de 2016 a outubro de 2017. As informações necessárias para a seleção dos hospitais foram obtidas por meio do *linkage* entre o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Do total de estabelecimentos de saúde investigados, 351 (58%) eram públicos e os demais eram mistos, distribuídos em 408 municípios.

Do total de 5.033 profissionais de saúde participantes da pesquisa avaliativa, foram incluídos neste estudo 2.427 dos trabalhadores da equipe mínima do Centro de Parto Normal:

enfermeiro obstétrico ou obstetriz, técnico de enfermagem, médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista. Os profissionais de saúde que não estavam em pleno exercício de suas funções no pré-parto e/ou local de nascimento, bem como aqueles que não exerciam funções no Centro de Parto Normal (CPN), independente do grau de instrução, foram excluídos do estudo. Os trabalhadores de saúde foram selecionados por amostragem intencional, considerando trabalhadores com pelo menos seis meses de trabalho no serviço.

A amostra em estudo do segundo artigo, foi composta por 3.716 puérperas das 10.665 entrevistadas na pesquisa avaliativa. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: puérperas em trabalho de parto que tiveram rompimento da bolsa, parto vaginal/fórceps de um nascido vivo, independentemente da idade gestacional e peso, ou um nascido morto com mais de 500g ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas e responderam as questões de interesse do estudo.

A seleção das puérperas na pesquisa avaliativa foi estratificada por Grande Região Geográfica (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Assim, mais puérperas foram amostradas nos hospitais maiores e menos puérperas nos hospitais menores. Um mínimo de cinco puérperas por hospital foi obrigatório. Todas as mulheres elegíveis foram selecionadas sequencialmente, totalizando 10.665 puérperas entrevistadas.

5.3 Coleta de dados na pesquisa avaliativa

Para obtenção dos dados, foram empregadas três estratégias metodológicas para a coleta dos dados na pesquisa de base, a análise documental, entrevistas com informantes-chave e a observação in loco. Esta diversidade de instrumentos promoveu um aprimoramento na avaliação e possibilitou a análise dos diversos pontos de vista, fazendo jus à complexidade da realidade presente nos serviços de saúde do país.

Os instrumentos de avaliação foram organizados segundo Diretrizes e Dispositivos, baseados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004a), na Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), e em documentos que normatizam as Boas Práticas ao Parto e Nascimento (BRASIL, 2017; OMS, 2018). A visita a cada maternidade do estudo foi feita por equipe de campo formada, em cada estado, por profissionais de saúde treinados com experiência de trabalho em maternidades.

Para avaliar o grau de implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas e mistas no Brasil, foi construída uma matriz de julgamento tendo

como referência normativa os documentos e a legislação que norteiam as ações da RC (BRASIL, 2011). Os informantes-chave considerados para a pesquisa foram os gestores, profissionais de saúde e puérperas. As entrevistas eram realizadas face a face com o intuito de verificar a percepção deles quanto ao modelo de gestão e à atenção ao parto e nascimento.

A matriz foi validada por uma equipe de técnicos do MS, e assim utilizada para julgar as entrevistas de acordo com o cumprimento dos critérios estabelecidos de acordo com as cinco diretrizes do componente parto e nascimento da RC, esta foi subdividida em dezessete dispositivos que se desdobraram em sessenta itens de verificação. As informações que a compuseram foram alocadas de acordo com as cinco diretrizes da RC: 1. acolhimento e classificação de risco em obstetrícia; 2. boas práticas de atenção ao parto e nascimento; 3. monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; 4. gestão participativa e compartilhada; e 5. ambiência (BITTENCOURT *et al.*, 2021). A coleta foi realizada em formulário digital utilizando o software REDCap© 2017.

Os trabalhadores de saúde foram entrevistados quando estavam presentes na ocasião das visitas da equipe de pesquisa. A quantidade de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) entrevistados individualmente variou segundo o porte das maternidades, em 2015. Nas maternidades com 1.000 ou mais partos, as entrevistas foram realizadas com dez profissionais: dois médicos, dois enfermeiros e um técnico de enfermagem lotados na Obstetrícia e o mesmo número na Neonatologia / Pediatria. Em maternidades com até 1.000 partos foram entrevistados cinco profissionais: um médico e um enfermeiro lotados na Obstetrícia e o mesmo na Neonatologia/Pediatria e um técnico de enfermagem.

Já nas maternidades em que havia apenas uma equipe atendendo a todos os setores, a entrevista foi aplicada a pelo menos um médico obstetra, um pediatra, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um profissional da recepção. As maternidades maiores, que contavam com diferentes equipes em diferentes setores, foram adotados alguns setores prioritários (admissão, centro de parto e alojamento conjunto) e a mesma quantidade de profissionais das maternidades menores, pelo menos, um médico e um enfermeiro nos demais setores. Assim a amostra final foi composta por 5.033 profissionais de saúde.

Devido a questões logísticas, um mínimo de três dias consecutivos em cada hospital foi exigido e o tamanho da equipe de campo de cada hospital foi determinado para garantir o cumprimento desta regra. Daí surgiu a necessidade de uma seleção aleatória de puérperas nos hospitais com grande volume de partos/dia. Foi elaborada então uma tabela com os números de ordem da puérpe-ras a serem entrevistadas, conforme o número de nascidos vivos e de

entrevistas por dia e hospital. O número de ordem da puérpera foi definido pela ordem de entrada no hospital, começando às 00:00 do primeiro dia de trabalho de campo no local. Todos os estabelecimentos foram previamente informados sobre as visitas, pactuando-se datas e horários. As entrevistas com as puérperas ocorreram de modo apropriado à rotina da enfermaria, nos horários de visita, de exames, de higiene pessoal e das refeições.

Foram elegíveis para as entrevistas as puérperas internadas preferencialmente com seis ou mais horas decorridas desde o parto. Em contrapartida, não foram incluídas puérperas com transtorno mental grave, que não compreendiam o idioma português; com deficiência auditiva; internadas por motivo de aborto, ou internadas na UI ou UTI no pós-parto ou com algum tipo de instabilidade clínica, como aquelas em uso de oxigênio, sedação, no setor de recuperação, unidades intermediárias ou em UTI.

A visita em cada maternidade do estudo foi realizada por equipe de campo formada, em cada estado, por profissionais de saúde treinados com experiência de trabalho em maternidades. Na pesquisa avaliativa, as entrevistas com os trabalhadores e puérperas foram realizadas individualmente, considerando os critérios de seleção já referidos. Todos os dados referentes à metodologia da pesquisa avaliativa, podem ser encontrados em Bittencourt *et al.* (2021) e Vilela *et al.* (2021).

5.4 Variáveis em estudo

Para caracterização dos trabalhadores foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo (masculino; feminino), nível de escolaridade (ensino médio/técnico, graduação completa, especialização/residência, mestrado, doutorado), tempo de trabalho (6 meses ou mais), categoria profissional (enfermeiro obstétrico ou obstetriz, técnico de enfermagem, médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista) incluindo apenas os trabalhadores de saúde da equipe mínima no Centro de Parto Normal de acordo com a legislação brasileira (BRASIL, 2015) e região demográfica (os 27 estados da federação brasileira). Essas variáveis foram extraídas do instrumento aplicado aos trabalhadores na pesquisa avaliativa.

Com relação as variáveis sociodemográficas e de atendimento às puérperas foram avaliadas: faixa etária da puérpera (< 20 anos e ≥ 35 anos); cor de pele autodeclarada (branca; preta e parda); escolaridade (fundamental incompleto; fundamental completo; médio completo e superior ou mais); paridade (primípara, um parto anterior e dois ou mais partos anteriores); classificação de risco alto do hospital (sim e não); região geográfica de residência (Centro-

Oeste; Nordeste; Norte; Sudeste e Sul); profissional realizador do parto (médico; enfermeiro ou obstetriz e sem assistência ou sem informação) e realização de pré-natal (sim e não). A escolha dessas variáveis se deu também por meio da importância demonstrada na literatura e relação com o tema.

5.5 Elaboração dos itens das escalas

Levando em consideração o fato de que os trabalhadores e as puérperas foram identificados como informantes-chave capazes de fornecer informações relacionadas à aplicação das boas práticas do trabalho de parto e parto, os itens das boas práticas do trabalho de parto e parto dos dois artigos que compõem a tese foram extraídos do instrumento dos trabalhadores (artigo 1) e do instrumento aplicado às puérperas (artigo 2), ambos originados da pesquisa avaliativa.

Os itens selecionados referem-se as seguintes práticas na assistência ao parto: métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto (como banho de chuveiro, deambulação, massagem e uso de bola de *Bobath*); posição no parto; escolha da posição no parto pela parturiente; acolhimento, acompanhante de livre escolha, partograma e equipe de parto segundo as recomendações da OMS e das diretrizes do parto normal (BRASIL, 2017; OMS, 2018).

Para a construção da escala de mensuração do nível de oferta das boas práticas na percepção dos trabalhadores, foram extraídos 17 itens relacionados às boas práticas do parto presentes no instrumento dos trabalhadores da pesquisa avaliativa. O critério de seleção foi a relação dessas questões com a qualidade das seguintes práticas relacionadas ao trabalho de parto e ao parto segundo as diretrizes nacionais (BRASIL, 2017) e internacionais da OMS (WHO, 2018): o acolhimento, o estímulo à presença do acompanhante, a oferta de medidas não farmacológicas para alívio da dor e a atenção ao pré-parto, parto e pós-parto em um único ambiente.

A escolha dos itens foi baseada em três dispositivos da matriz de julgamento, o dispositivo “*Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto*”, o dispositivo de “*Acolhimento*” e o dispositivo sobre o “*Direito a acompanhante de livre escolha*”, provenientes da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

O dispositivo “*Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto*” continha três itens de verificação: oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto; estímulo à deambulação no trabalho de parto e estímulo a posições não supinas para a gestante no parto. Já o dispositivo de acolhimento possuía quatro itens de verificação: apresentação dos profissionais à usuária; tratamento das usuárias pelo próprio nome; escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias/acompanhantes; e comunicação efetiva. Já o dispositivo sobre o direito ao acompanhante de livre escolha avaliou: inclusão do acompanhante de livre escolha; garantia de livre acesso e permanência da mãe e do pai do recém-nascido em tempo integral na unidade neonatal; poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto; garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera. O cumprimento dos critérios para cada item de verificação está descrito na metodologia de Bittencourt *et al.* (2021).

Com relação à seleção dos itens do instrumento aplicado às puérperas, selecionou-se 24 itens referentes a qualidade da atenção na assistência às puérperas durante o trabalho de parto e parto relacionadas ao acolhimento, o estímulo à presença do acompanhante, a oferta de medidas não farmacológicas para alívio da dor e atenção ao pré-parto, parto e pós-parto em um único ambiente obtidos do instrumento aplicado às puérperas na pesquisa de base. O critério de seleção foi a relação desses itens com as boas práticas do trabalho de parto e parto segundo as diretrizes do parto normal (2017) e recomendações da OMS (2018).

Definidos os itens, foi realizada a categorização das respostas dos itens, visto que cada item do instrumento possuía diversas categorias de resposta de acordo com o que está sendo investigado. Três categorias foram consideradas: adequada, inadequada e sem resposta. Por exemplo, consideremos a seguinte pergunta: “*A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?*” (*Nunca; Poucas vezes; Muitas vezes; Sempre; Não sabe informar*). Neste caso, a resposta seria adequada caso o entrevistado respondesse **muitas vezes ou sempre**, inadequada (**nunca; poucas vezes**) e sem resposta (**não quis informar**).

Consideremos agora a seguinte questão “*Permitiram que você tivesse um acompanhante durante sua internação?*” as categorias de resposta eram: *Não, Sim, Não sabe informar*. Caso o entrevistado tenha respondido “Sim” foi considerada como prática “adequada”, caso tenha respondido “Não” foi considerada como prática “inadequada” e sem resposta (não sabe informar).

5.6 Análises da TRI

Neste estudo foram considerados dois traços latentes: nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto na percepção dos trabalhadores (artigo 1) e nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto na percepção das puérperas (artigo 2). Para estimar tais traços latentes foram utilizados modelos unidimensionais da TRI que são descritos nessa seção.

5.6.1 Dimensionalidade

Entre os pré-requisitos para a escolha do modelo da TRI, dois são de especial relevância: a unidimensionalidade e a independência local, que representam suposições básicas dos modelos mais correntes. Diante disto, para obtermos o ajuste do MPL3 nas análises dos produtos desta tese, inicialmente foi testada a unidimensionalidade utilizando o método da análise de componentes principais para dados categóricos (ACP) e a comparação dos autovalores dos fatores gerados através do gráfico *screeplot*. Ao final do processo de identificação dos conjuntos de itens unidimensionais, buscou-se os modelos mais ajustados, visando a construção dos escores.

A ACP é uma técnica de análise exploratória de dados multivariados que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis independentes, simplificando os dados por meio da redução do número de variáveis necessárias para os descrever, que são combinações lineares das variáveis originais, designadas por componentes principais, podendo ser utilizados como indicadores que resumem a informação disponível nas variáveis originais.

O primeiro passo para a validação da técnica da ACP foi feito através da análise da matriz de correlações para verificar o grau de associação entre as variáveis por meio do critério de *Reckase* (1979), que admite a existência de um fator dominante quando o primeiro fator compreende pelo menos 20% da variância total.

Além da ACP, observou-se o índice de *Kaiser Meyer-Olkin* (KMO), para avaliar a adequação da amostra. O KMO varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de um, mais adequada é a utilização da técnica. O valor de referência adotado nos dois artigos foi o ponto de corte 0,5015¹⁹. O objetivo foi ter alguns componentes que representassem grande parte da variabilidade dos dados (ÁVERO, L.P; BELFIORE, PP, 2017; HAIR; ANDERSON; BLACK, 2005).

Já o método do gráfico *scree plot* para verificação da unidimensionalidade considerou os autovalores (total da variância explicada por um fator), em que o primeiro fator se destaca em relação aos demais, determinando a existência de uma dimensão dominante (RECKASE, 1978; HAIR *et al.*, 2009).

5.6.2 Ajuste do modelo da TRI

Considerando que as categorias de respostas dos itens considerados neste estudo foram dicotomizados, ou seja, as respostas inadequadas assumiram o valor 0 (prática inadequada) e o valor 1 (prática adequada), foram testados diferentes modelos logísticos unidimensionais, entretanto o modelo logístico de três parâmetros (MPL3) foi o que apresentou os melhores ajustes de qualidade. No MPL3, a probabilidade de um indivíduo “j” escolher uma categoria “ Y_{ij} ” (0 ou 1) do item “i” é dada por:

$$P(Y_{ij} = 1|\theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{e^{a_i(\theta_j - b_i)}}{1 + e^{a_i(\theta_j - b_i)}}$$

- Y_{ij} é uma variável dicotômica capaz de assumir os valores 1, quando o indivíduo j responde corretamente o item i , ou 0 quando o indivíduo j não responde corretamente o item i .
- θ_j representa o traço latente do indivíduo j .
- $P(Y_{ij} = 1|\theta_j)$ é a probabilidade do indivíduo j com traço latente θ_j responder corretamente o item i e é denominada de Função de Resposta ao Item - FRI.
- b_i é o parâmetro de localização/dificuldade do item i , medido na mesma escala do traço latente.
- a_i é o parâmetro de discriminação do item i , com valor proporcional à inclinação da Curva Característica do Item - CCI, no ponto b_i .

c_i é o parâmetro do item que representa a probabilidade de indivíduos com baixo traço latente responderem corretamente o item i (representa o parâmetro de probabilidade de acerto casual).

Para avaliação da qualidade do ajuste existem diversos testes estatísticos de ajuste para indicar em que grau um dado modelo se ajusta adequadamente aos dados. Essas estatísticas são chamadas de índices de bondade de ajuste (*goodness of fit*). Um fraco ajuste do modelo não assegura que os parâmetros dos itens e das habilidades são invariantes (EMBRETSON; REISE, 2000; HAMBLETON *et al.*, 1991; PASQUALI, 2007).

Para avaliação da qualidade do ajuste (*goodness of fit*) dos modelos foram usados os seguintes índices recomendados por Muthén e Muthén (2015): $p\text{-valor} < 0.05$ e limite superior do intervalo de confiança de 90% < 0.08 para a raiz do erro médio quadrático de aproximação, o *Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)*; e valores maiores do que 0.90 para os índices *Comparative Fit Index (CFI)* & *Tucker-Lewis Index (TLI)*, para comprovar que os dois conjuntos de itens são capazes de mensurar os traços latentes avaliados.

Para a estimação dos parâmetros do modelo logístico unidimensional de três parâmetros (M3PL) foi utilizado o pacote *Multidimensional Item Response Theory*, o *Mirt* do *software R*, para análise de dados de resposta dicotômica e politômica usando modelos de traços latentes unidimensionais e multidimensionais sob o paradigma da Teoria de Resposta ao Item (Chalmers, 2012).

5.6.3 Construção da escala e dos itens âncora por meio da TRI

O primeiro passo no processo de criação de uma escala interpretável, é a mensuração da relação entre os itens e o traço latente. Para isso, foram identificados os itens com as melhores propriedades psicométricas para cada nível do traço latente estimado a partir do modelo MPL3, considerando o posicionamento dos itens (parâmetro de dificuldade) e os sujeitos (seus escores) em uma mesma escala do traço latente avaliado. O parâmetro de discriminação estabelecido na foi superior a 0,7 e itens com valores de $a_i \geq 1$ foram considerados com poder de discriminação razoável. Já os valores dos parâmetros b_i variaram entre -3 a 3 (MAIR, 2018; ANDRADE, 2010).

O segundo passo consistiu em interpretar os valores dos parâmetros dos itens (a_i , b_i) via TRI, sendo necessário definir uma métrica, inicialmente utilizou-se uma escala com média 0 e desvio-padrão 1 do traço latente que estava sendo analisado. Porém, com vistas a facilitar a interpretação dos resultados e a discussão, obteve-se uma transformação linear para (20,10), ou seja, média 20 e desvio padrão 10, em que 20 representa o valor médio das habilidades dos indivíduos da população em estudo e o 10, o desvio padrão das habilidades dos indivíduos da população.

O terceiro passo foi a classificação dos itens em níveis com base nos itens âncora identificados após a transformação do traço latente para a escala (20,10). O posicionamento dos itens âncora em cada nível foi feito a partir dos seguintes critérios descritos por Andrade, Tavares e Valle (2000).

Após a especificação da escala, esta precisa ser interpretada à luz do tema, ou seja, dentro do problema estudado. Por exemplo, se um traço latente representa a proficiência em matemática, qual o conhecimento de um aluno que obteve a estimativa do traço latente 1, numa escala (0,1)? O que o aluno sabe e o que ele não sabe de matemática? A TRI possibilita essa interpretação, que é obtida a partir do posicionamento dos itens na escala através dos chamados itens âncora. Maiores detalhes sobre construção e interpretação de escalas podem ser encontrados em Valle (2001).

A criação das escalas desta tese originou níveis, cada nível foi interpretado a partir das características dos conjuntos de itens que compuseram cada nível baseadas nas literaturas de referência sobre as boas práticas do trabalho de parto e parto (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

5.7 Aplicação do modelo de regressão linear múltipla

Entre os modelos ajustados para estimar o traço latente nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto (artigo 2), o MPL3 apresentou o melhor ajuste. O traço latente estimado foi categorizado em três categorias: baixo (nível de aplicação entre -3 e -1), intermediário (entre -1 e 1) e alto (acima de 1). Para cada categoria foi obtido o percentual de respostas adequadas para cada item avaliado no modelo M3PL.

Para identificar a relação do nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto (variável dependente) com as variáveis sociodemográficas das puérperas e serviços prestados pelas maternidades em que estavam no momento da pesquisa foi ajustado o modelo de regressão linear múltiplo, tendo as seguintes variáveis explicativas: faixa etária da puérpera (< 20 anos; 20 a 34 anos e ≥ 35 anos), cor da pele autodeclarada da puérpera (branca; parda e preta), escolaridade da puérpera (fundamental incompleto; fundamental completo; médio completo e superior completo), paridade (primípara; possui 1 filho e possui 2 filhos ou mais), hospital é de alto risco (sim e não), macrorregião de residência (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul), profissional realizador do parto (médico, enfermeiro ou obstetriz e sem assistência), realização do pré-natal (sim e não).

Foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$. O modelo de regressão linear múltipla foi realizado no programa de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2022).

5.8 Aspectos Éticos

A pesquisa avaliativa atende a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em 14 de dezembro de 2016, sob o parecer de número 56389713.5.3001.5240 (ANEXO A).

Foram incluídos na pesquisa somente os gestores, profissionais e as usuárias/acompanhantes que concordaram em participar do estudo, após serem convidados e esclarecidos sobre o trabalho. Mediante os esclarecimentos, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da coleta com uma via assinada aos profissionais e puérperas que concordaram em participar da avaliação.

6 RESULTADOS

6.1 Artigo 1

Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item

Provision of good childbirth practices in maternity units of Rede Cegonha according to Item Response Theory

Kely Nayara dos Reis Silva Figueiredo¹; Alcione Miranda dos Santos², Antônio Augusto Moura da Silva³, Rejane Christine de Sousa Queiroz⁴, Nilza Bezerra Pinheiro da Silva⁵, Cleber Lopes Campelo⁶; Patrícia Maria Abreu Machado⁷.

Autor:

- Kely Nayara dos Reis Silva Figueiredo - Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UFMA - kely.discente@ufma.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6309-0184>

Coautor(es):

- Alcione Miranda dos Santos - Universidade Federal do Maranhão– UFMA, Departamento de Saúde Pública - alcione.miranda@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9711-0182>
- Antônio Augusto Moura da Silva - Universidade Federal do Maranhão– UFMA, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Saúde Pública - aamouradasilva@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4968-5138>
- Rejane Christine de Sousa Queiroz - Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Departamento de Saúde Pública - queiroz.rejane@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4019-2011>
- Nilza Bezerra Pinheiro da Silva - Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Hospital Universitário da UFMA - HU-UFMA - nilzabpinheirodasilva@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4792-5647>

• Cleber Lopes Campelo - Universidade Federal do Maranhão – UFMA, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-UFMA - clebercampeloenf@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6706-6149>

• Patrícia Maria Abreu Machado - Universidade Federal do Maranhão – UFMA - patricia.machado@ufma.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2996-4343>

Abstract

This study aimed to develop an interpretable scale to measure the level of supply of good practices in child-birth labor and delivery in maternity units in the Rede Cegonha (RC) based on the workers' perception. The scale consisted of seventeen items related to the good practices, obtained from the instrument used in the research "Evaluation of care during delivery and birth in maternity hospitals in RC". The three-parameter logistic model of Item Response Theory was used to create the scale and analyze the items. The scale consisted of three anchor levels. At the first anchor level, there are maternity hospitals that adequately offered strategies for welcoming and encouraging the pregnant woman to walk in labor. The second level maternity wards also included the adequate offer of the right to a free choice companion, massage, ball and different birth positions. Finally, the third-level maternity hospitals also offered an adequate birth stool, as well as the items already mentioned. The findings of this study showed the contribution of each item in measuring the level of supply of good practices in care for child-birth labor and delivery and the construction of an interpretive scale to assess RC maternity hospitals.

Key words: Child-birth Labor; Tocology; Maternal and Child Health Services; Item Response Theory.

Resumo

Este estudo objetivou elaborar uma escala interpretável para mensurar o nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto em maternidades da Rede Cegonha (RC) a partir da percepção dos trabalhadores. A escala foi composta por dezessete itens relacionados às boas práticas, obtidos a partir do instrumento utilizado na pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da RC". O modelo logístico de três parâmetros da Teoria de Resposta ao Item foi utilizado para criação da escala e análise dos itens. A escala foi composta por três níveis âncoras. No primeiro nível âncora, tem-se maternidades que ofertavam adequadamente estratégias para o acolhimento e estimulando a gestante a deambular no trabalho de parto. As maternidades do segundo nível incluíram também a oferta adequada do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, massagem, bola e diferentes posições de parto. Por fim, têm-se as maternidades do terceiro nível ofereciam também adequadamente banqueta de parto, bem como os itens já citados. Os achados deste estudo mostraram a contribuição de cada item na mensuração do nível de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto e a construção de uma escala interpretativa para avaliação das maternidades da RC.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Tocologia; Serviços de Saúde Materno-Infantil. Teoria de resposta ao item.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS) defende que a humanização da equipe obstétrica e neonatal é condição necessária para uma assistência adequada ao parto e ao puerpério¹. Além do acolhimento respeitoso à parturiente, a assistência deve ser baseada em evidências científicas obedecendo a critérios de utilidade, eficácia e risco que admitam o protagonismo e autonomia da mulher no trabalho de parto^{1,2}.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1996, preconiza uma série de procedimentos a serem adotados ou evitados na assistência ao trabalho de parto e parto normais³. No Brasil, esse conjunto de procedimentos recebe a denominação de “boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto normais”, sendo oficialmente recomendadas pelo MS desde o ano de 2000¹.

O programa da Rede Cegonha, lançado em 2011 no país, reiterou e priorizou ações relativas à adoção dessas práticas na assistência às parturientes nas maternidades⁴. O MS defende que a incorporação das recomendações da OMS tem como consequência a redução da morbimortalidade materna e neonatal que ainda permanecem elevadas^{1,3,4}.

Para isso, buscou-se investir na qualificação das equipes de saúde e das instituições hospitalares. O não cumprimento dessa recomendação configura negligência e iatrogenia no cuidado, colocando mulheres e bebês em risco desnecessário e contribuindo para o aumento do número de mortes por causas evitáveis⁵.

As práticas recomendadas na condução do trabalho de parto e parto normais são categorizadas em quatro grupos. O primeiro grupo é a categoria A, referente às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas. Na categoria B estão incluídas as práticas que são claramente prejudiciais ou ineficientes e devem ser eliminadas. Já a categoria C inclui práticas sem evidência científica suficiente para serem recomendadas e que devem ser usadas

com cautela, enquanto a categoria D se refere a procedimentos utilizados frequentemente de forma inapropriada⁶.

Alguns exemplos de boas práticas de atenção ao parto e nascimento incluem o incentivo à deambulação; a oferta de líquidos e alimentos; a adoção de posições verticalizadas; presença de acompanhante; uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como banho com água quente, massagens, uso de banqueta e cavalinho, bem como, técnicas de baixo custo, seguras e não invasivas que auxiliam na progressão do trabalho de parto e do bem-estar da mulher e do bebê⁷.

A finalidade dessas práticas é garantir a segurança da assistência ao trabalho de parto e parto normais baseada nas melhores evidências científicas, expressas em ações mais efetivas que diminuam o número de intervenções desnecessárias e proporcionem melhores desfechos na saúde materno-infantil⁸.

O Brasil vem evoluindo na busca pela melhor assistência ao parto e nascimento. Mas apesar de as boas práticas terem sido preconizadas desde 2000 pelo MS e de haver robusta evidência de sua associação com desfechos positivos na saúde materno - infantil, o processo de adoção dessas práticas ainda permanece um esforço contínuo no país, que ainda apresenta um modelo de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais desnecessárias^{1,2,9}.

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil” de 2021 demonstram que 30% das maternidades estão inadequadas segundo as cinco diretrizes da RC, o acolhimento em obstetrícia, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o monitoramento do cuidado e de resultados da assistência ao parto e nascimento e a gestão participativa e compartilhada, tendo menor percentual na região Norte do país¹⁰.

Esses resultados demonstram que muitas mulheres permanecem sendo submetidas a procedimentos desnecessários e muitas vezes não recebem uma assistência baseada nas recomendações da OMS e MS. Por essa razão, a implementação e adoção das boas práticas na assistência ao parto nas maternidades permanece inacabada, necessitando de maiores investigações, no intuito de auxiliar nesse processo de aprimoramento da RC e da assistência à saúde materno-infantil no nosso país.

Considerando a relevância da Teoria de Resposta ao Item (TRI) e a necessidade de mais estudos voltados para a mensuração do nível de oferta das boas práticas, o objetivo deste estudo foi criar uma escala para mensurar o nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto em maternidades da RC, a partir da avaliação dos trabalhadores da saúde, por meio da TRI, visando contribuir para o processo de consolidação das boas práticas obstétricas do trabalho de parto e parto, auxiliando no aprimoramento do programa da Rede Cegonha.

Métodos

Base de dados

Este estudo é parte da pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha", desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação do Ministério da Saúde.

A população da referida pesquisa foi estratificada por macrorregião geopolítica do Brasil. Foram selecionados todos os 606 hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS) com pelo menos 500 partos/ano em 2015, independentemente da liberação de recursos

(n=582) e com menos de 500 partos/ano, mas com liberação de recursos (n=24), representando quase 50% dos partos ocorridos naquele ano no país, segundo o sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC). Foram entrevistados 5.022 profissionais de saúde que exerciam atividades nesses estabelecimentos.

Para o presente estudo foram incluídos apenas os profissionais de saúde presentes na ocasião das avaliações, independente do grau de instrução, e em pleno exercício de suas funções no pré-parto e/ou local de nascimento, bem como aqueles que exerciam funções no Centro de Parto Normal (CPN). Assim, a amostra final foi composta por 2.427 profissionais de saúde.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados da pesquisa avaliativa foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017. Em cada maternidade selecionada, por meio de entrevistas individuais, três instrumentos foram aplicados a informantes-chave: puérperas, profissionais de saúde e gestores. Também foram utilizados como métodos de coleta de dados a extração de dados do prontuário, análise documental e observação in loco.

Para fins de avaliação na referida pesquisa, foi construída uma matriz de julgamento composta pelas cinco diretrizes da RC, que se desdobraram em dezessete dispositivos que, por sua vez, se concretizaram em sessenta itens de verificação. A validação da matriz contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, do Departamento de Ciência e Tecnologia, professores da Universidade Federal do Maranhão e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública e do Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente, da Fiocruz. Maiores detalhes da metodologia da pesquisa avaliativa estão disponíveis em Vilela et al.¹¹.

A construção dos instrumentos foi fundamentada nos documentos do MS tendo como base a Política Nacional de Humanização¹², a Política Nacional da Rede Cegonha⁸, as normas das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento⁶, Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana¹³ e Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal⁸.

Aspectos éticos

A pesquisa de base para este estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMA e da ENSP/Fiocruz, sob o 56389713.5.3001.5240. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido, sendo também entregue uma via assinada aos profissionais que concordaram em participar da avaliação. Cuidados foram adotados para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Seleção dos itens e elaboração da escala

Os itens extraídos do questionário dos trabalhadores da pesquisa avaliativa para este estudo, foram obtidos considerando a matriz de julgamento que foi constituída por blocos temáticos abrangendo informações sobre a estrutura e processo de trabalho nas maternidades¹¹. Buscou-se selecionar itens que avaliassem a qualidade das práticas relacionadas ao trabalho de parto e ao parto: o acolhimento, o estímulo à presença do acompanhante, a oferta de medidas não farmacológicas para alívio da dor e atenção ao pré-parto, parto e pós-parto em um único ambiente.

O pressuposto inicial foi de que os itens selecionados do instrumento apresentassem relação com as boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, segundo diretrizes do MS,

e pudessem medir um único fator dominante (traço latente). No Quadro 1 são apresentados os dezessete itens selecionados com suas respectivas alternativas de respostas.

Quadro 1. Itens extraídos e adaptados do instrumento da pesquisa dos profissionais de saúde para avaliar o nível de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto pelas maternidades da RC. Brasil, 2015.

Itens
Q 01. A maternidade possui estratégias definidas para o acolhimento às usuárias? 0: Não 1: Sim 99: Não sabe informar
Q02. Nesta maternidade, os profissionais de saúde se apresentam às usuárias informando seu nome e função? 0 Nenhum dos profissionais; 1 Poucos profissionais (a minoria); 2 <i>Muitos profissionais (a maioria)</i> ; 3 <i>Todos os profissionais</i> ; 99 Não sabe informar.
Q03. Os profissionais de saúde tratam as gestantes e puérperas pelo nome? 0 Nenhum dos profissionais; 1 Poucos profissionais (a minoria); 2 <i>Muitos profissionais (a maioria)</i> ; 3 <i>Todos os profissionais</i> ; 99 Não sabe informar.
Q04. Os profissionais de saúde fornecem às gestantes e puérperas informações sobre a situação de saúde delas? 0 Nenhum dos profissionais; 1 Poucos profissionais (a minoria); 2 <i>Muitos profissionais (a maioria)</i> ; 3 <i>Todos os profissionais</i> ; 99 Não sabe informar.
Q05. Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento? 0 Nenhum dos profissionais; 1 Poucos profissionais (a minoria); 2 <i>Muitos profissionais (a maioria)</i> ; 3 <i>Todos os profissionais</i> ; 99 Não sabe informar.
Q06. A maternidade garante à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade? 0 Não; 1 Sim, parcialmente; 2 <i>Sim, o tempo todo</i> ; 99 Não sabe informar.
Q07. O parto normal de uma gestante de risco habitual é realizado por quais profissionais? 1 Médico(a) obstetra; 2 <i>Enfermeiro(a) obstetra</i> ; 3 <i>Obstetriz</i> ; 88 Outro; 99 Não sabe informar.
Q08. Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar.
Q09. Com que frequência são oferecidos alimentos e líquidos/sólidos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar.
Q10. A maternidade sempre oferece à gestante a possibilidade de banho morno durante o trabalho de parto (chuveiro/banheira)? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar
Q11. Com que frequência oferece massagem? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar
Q12. Com que frequência oferece bola Bobath? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar
Q13. Com que frequência oferece cavalinho? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar
Q14. Com que frequência oferece banqueta? 0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 <i>Muitas vezes</i> ; 3 <i>Sempre</i> ; 99 Não sabe informar
Q15. A maternidade sempre oferece OUTROS métodos não farmacológicos para o manejo da dor? 0: Não 1: Sim 99: Não sabe informar

Q16. A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?

0 Nunca; 1 Poucas vezes; 2 *Muitas vezes*; 3 *Sempre*; 99 Não sabe informar

Q17. A Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada?

0: Não *1: Sim* 99: Não sabe informar

* Em itálico, opção de resposta considerada como prática adequada.

Visando buscar um panorama representativo da oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, para cada item, as respostas dos profissionais de saúde foram categorizadas em duas: adequada (quando a resposta dada é considerada como prática adequada) e inadequada (resposta dada não é considerada como prática adequada e as não respostas). Considerou-se “não resposta” para as questões com respostas “não sabe informar”. A categorização para a resposta de cada questão também foi baseada na matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha¹⁰.

Análise dos dados por meio da Teoria de Resposta ao Item

Neste estudo, o traço latente estimado foi o nível de oferta das boas práticas durante o trabalho de parto e parto na percepção do trabalhador. Para isto, utilizou-se a Teoria de Resposta ao Item (TRI), que considera modelos matemáticos para representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma determinada resposta a um item como função dos parâmetros do item e do traço latente do respondente¹⁴.

Considerando que as respostas para cada questão foram dicotomizadas, o traço latente foi estimado pelo modelo logístico unidimensional de três parâmetros (M3PL)¹⁵, o qual considera que a probabilidade da j -ésimo trabalhador responder corretamente o item i , denotada por $P(Y_{ij}=1|\theta_j)$, é dada por:

$$P(Y_{ij} = 1|\theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{e^{a_i(\theta_j - b_i)}}{1 + e^{a_i(\theta_j - b_i)}}$$

sendo Y_{ij} uma variável dicotômica que assume o valor 1 quando o trabalhador j assinala a resposta correta para o item i e 0 caso contrário; θ_j é o nível de oferta atribuído pelo trabalhador j . O parâmetro a_i representa a discriminação do item i e permite identificar as maternidades em diferentes níveis do traço latente θ_j , b_i a dificuldade do item i e c_i avalia a resposta marcada positivamente ao item i por acaso.

Quanto maior o valor de a_i do item, maior o poder discriminatório, ou seja, melhor será sua capacidade de diferenciar as maternidades nos diferentes níveis de traço latente. É desejável que os itens tenham parâmetro de discriminação superior a 0,7, e itens com valores de $a_i \geq 1$ são considerados com poder de discriminação razoável^{15,16}.

Para o parâmetro de dificuldade b_i é desejável que esteja no intervalo de -3 a 3. Assim, a partir das definições do modelo descrito acima, temos que trabalhadores com maior percepção das boas práticas possuem maior probabilidade de assinalar a resposta adequada para um determinado item.

A TRI pressupõe que os itens avaliados medem um único fator dominante (traço latente), caracterizando assim a unidimensionalidade dos itens¹⁵. Para avaliar a unidimensionalidade dos itens foi realizada uma análise de componentes principais para dados categóricos (ACP) considerando a matriz de correlações dos itens. Segundo o critério de *Reckase* (1979), a existência de um fator dominante pode ser admitida quando o primeiro fator compreende pelo menos 20% da variância total¹⁷.

Também foi utilizado o método do gráfico *scree plot* para verificação da unidimensionalidade. Por meio do gráfico, os autovalores (total da variância explicada por um fator) são avaliados e, se o primeiro fator se destaca em relação aos demais, considera-se que existe uma dimensão dominante^{17,18}.

Com o objetivo de verificar se ACP constitui um método adequado aos propósitos desse estudo, foi calculado o índice *KMO* (*Kaiser – Meyer – Oklin*), também conhecido como índice de adequação da amostra utilizando-se como ponto de corte 0,5015¹⁹.

A consistência interna dos itens foi avaliada por meio dos coeficientes Alfa de *Cronbach*, cujos valores de referência adotados são: menor que 0,6 (baixa confiabilidade); entre 0,6 e 0,7 (confiabilidade moderada) e entre 0,7 e 0,9 são considerados aceitáveis, ou seja, alta confiabilidade¹⁸.

Para a estimação dos parâmetros do modelo logístico unidimensional de três parâmetros (M3PL) foi utilizado o pacote *Mirt* do *software R*²⁰. A qualidade do ajuste (*goodness of fit*) do modelo foi baseado nos seguintes índices recomendados por *Muthén e Muthén (2015)*: *RMSEA* (*Root Mean Square Error of Approximation*) <0,08; *CFI* (*Comparative Fit Index*) e *TLI* (*Tucker-Lewis Index*) superiores a 0,90²¹.

Construção e interpretação da escala através dos itens âncoras

A escala para mensurar o nível de oferta das boas práticas na percepção do trabalhador foi elaborada com base nos níveis âncoras. Para a construção, definiu-se primeiramente a métrica para fins de interpretação da escala, tendo como parâmetro a média do traço latente e o desvio padrão. Em seguida foram identificados os níveis âncoras²².

Inicialmente os valores dos parâmetros dos itens foram estimados pelo M3PL em uma métrica na escala com média 0 e desvio-padrão 1. Com vistas a facilitar a interpretação dos resultados e a discussão dos resultados, foi realizada uma transformação para (20,10), ou seja, média 20 e desvio padrão 10.

Considerando a escala transformada, a escolha dos níveis âncora foi baseada no intervalo de 20 ± 10 . Após a escolha dos níveis, foi realizado o posicionamento dos itens âncora, a partir dos seguintes critérios: ter sido respondido corretamente por pelo menos 65% (0,65) dos trabalhadores com este nível de habilidade e por uma proporção menor de trabalhadores (no máximo 50%) com o nível de habilidade imediatamente anterior. Além disso, a diferença entre a proporção de trabalhadores com esses níveis de habilidade que acertam esses itens deve ser de pelo menos 30%²³. A interpretação de cada nível foi realizada de acordo com os itens contidos em cada nível âncora a partir dos critérios descritos acima.

Resultados

Dos 2427 profissionais de saúde entrevistados, 79,6% eram do sexo feminino, 67,1% possuíam especialização e/ou residência, 48,37% possuíam 5 anos ou mais tempo de trabalho, 37,29% entre 1 e 4 anos, 7,25% menos de 1 ano. Com relação à categoria profissional, entre os trabalhadores que fazem parte da equipe mínima do Centro de Parto Normal (CPN) para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com a Rede Cegonha, 26,59% eram enfermeiros obstetras, 41% obstetrizes e 19,58% técnicos. Os médicos obstetras corresponderam a 30,5% da amostra. Entre as macrorregiões incluídas, 29,1% e 35,8% das maternidades estavam nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente.

Com relação ao percentual das boas práticas, as respostas dos profissionais de saúde (Tabela 1) apresentaram baixo percentual em relação às práticas de atenção ao parto e parto nos seguintes itens: “*A maternidade sempre oferece OUTROS métodos não farmacológicos para o manejo da dor?*” (26%), “*Com que frequência oferece cavalinho?*” (31,69%) e “*Com que*

frequência oferece banqueta?” (35,76%). Já nos itens “Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento?” (92,54%) e “A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?” (92,54%) obtivemos o maior percentual de respostas adequadas.

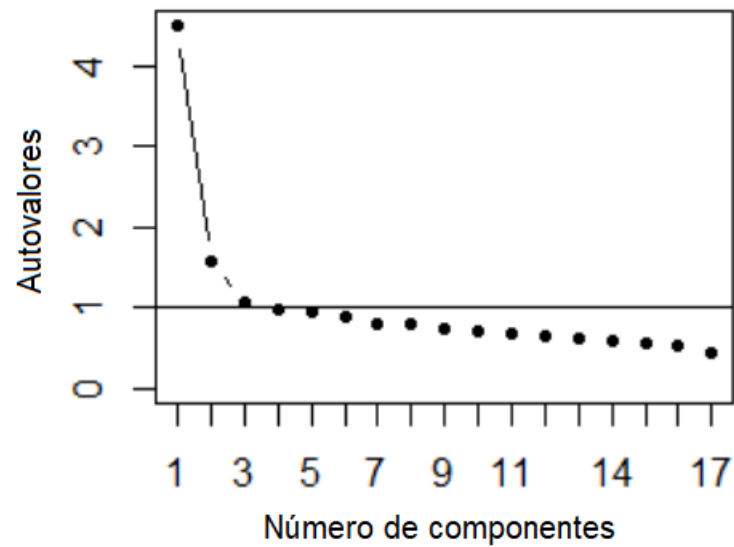
Tabela 1. Distribuição das frequências relativas dos 17 itens selecionados do instrumento dos trabalhadores da Pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha". Brasil, 2015.

Itens	% adequada	% inadequada
1. A maternidade possui estratégias definidas para o acolhimento às usuárias?	81,62	18,38
2. Nesta maternidade, os profissionais de saúde se apresentam às usuárias informando seu nome e função?	74,45	25,55
3. Os profissionais de saúde tratam as gestantes e puérperas pelo nome?	85,58	14,42
4. Os profissionais de saúde fornecem às gestantes e puérperas informações sobre a situação de saúde delas?	91,14	8,86
5. Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento?	92,54	7,46
6. A maternidade garante à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante o todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade?	67,94	32,06
7. O parto normal de uma gestante de risco habitual é realizado por quais profissionais?	57,93	42,07
8. Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas?	60,24	39,76
9. Com que frequência são oferecidos alimentos e líquidos/sólidos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto?	79,52	20,48
10. A maternidade sempre oferece à gestante a possibilidade de banho morno durante o trabalho de parto (chuveiro/banheira)?	75,69	24,31
11. Com que frequência oferece massagem?	58,38	41,62
12. Com que frequência oferece bola <i>Bobath</i> ?	70,87	29,13
13. Com que frequência oferece cavalinho?	31,69	68,31
14. Com que frequência oferece banqueta?	35,76	64,24
15. A maternidade oferece OUTROS métodos não farmacológicos para o manejo da dor?	26,00	74,00
16. A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?	92,54	7,46
17. A Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada?	62,01	37,99

Na análise da consistência interna da escala, obteve-se valor do coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,82, sendo considerada alta confiabilidade. A unidimensionalidade do conjunto de dezessete itens foi avaliada de acordo com os critérios adotados (ACP e o gráfico *scree plot*).

Conforme o gráfico apresentado na Figura 1, tem-se uma grande diferença entre o primeiro e o segundo autovalor (2,932) e uma pequena diferença entre o segundo e o terceiro autovalor (0,508), indicando unidimensionalidade²³.

Figura 1. *Scree Plot* representando a análise da unidimensionalidade dos 17 Itens.



Fonte: autores da pesquisa (2015).

A tabela 2 apresenta o resultado da extração dos autovalores da ACP. Observa-se que a primeira componente representa aproximadamente 27% da variância total, sendo a variância das demais componentes inferiores a 20%. O índice de KMO foi igual a 0,89, indicando que a amostra é adequada para realização da ACP.

Tabela 2. Extração dos autovalores por meio dos componentes principais.

Fator	Autovalores	Variância Total	Variância Cumulada
1	4.506	26.506	26.51
2	1.574	9.2589	35.76
3	1.066	6.2706	42.04

Na avaliação do ajuste do M3PL com os 17 itens foram evidenciados índices estatisticamente aceitáveis para boa adequação dos dados e valores consistentes de ajuste: $RMSEA = 0,040$ (IC 95% = 0,0037-0,044); $CFI = 0,9730$ e $TLI = 0,9632$, comprovando que os 17 itens são capazes de mensurar o nível de oferta das boas práticas.

Inicialmente, foram testados modelos com diferentes complexidades, como o de um e dois parâmetros (1PL e 2PL); contudo, o M3PL demonstrou melhor desempenho nos critérios de ajuste global, importante para captar possíveis acertos aleatórios nos itens. Os índices de qualidade de ajuste confirmaram a superioridade do M3PL: RMSEA = 0,040 (IC 95% = 0,0037–0,044), CFI = 0,9730 e TLI = 0,9632, todos dentro dos valores considerados excelentes na literatura psicométrica (Hu & Bentler, 1999). Esses resultados indicam que o conjunto dos 17 itens avaliados apresenta adequada unidimensionalidade e capacidade discriminativa para mensurar com precisão o nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto nas unidades de saúde.

Os resultados reforçam essa escolha ao apresentar estimativas consistentes dos parâmetros de discriminação e dificuldade dos itens, o que evidencia a sensibilidade da escala na identificação de diferentes níveis do traço latente. A adoção do M3PL não apenas ampliou a acurácia das estimativas, como também garantiu maior validade à inferência dos resultados da presente pesquisa.

Na Tabela 3 são apresentados os parâmetros de discriminação e dificuldade para cada item, estimados a partir do modelo M3PL unidimensional. A maioria dos itens apresentou bom poder de discriminação, com exceção do item *“Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas?”* ($a_i=0,75$). O item *“Com que frequência oferece bola bobath?”*, apresentou o maior poder de discriminação ($a_i=3,76$).

Tabela 3. Estimativas dos parâmetros de discriminação (a_i) e de dificuldade (b_i) dos 17 itens extraídos da Pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha". Brasil, 2015.

O item "A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?" ($b_i = 3,52$) apresentou o maior valor para o parâmetro de dificuldade, indicando que discriminou maternidades com maior nível de oferta das boas práticas daquelas com menor nível de oferta.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos itens âncora quanto ao nível de oferta das boas

Itens	a_i	b_i
1. A maternidade possui estratégias definidas para o acolhimento às usuárias?	1,45	2,01
2. Nesta maternidade, os profissionais de saúde se apresentam às usuárias informando seu nome e função?	1,14	1,32
3. Os profissionais de saúde tratam as gestantes e puérperas pelo nome?	1,07	2,13
4. Os profissionais de saúde fornecem às gestantes e puérperas informações sobre a situação de saúde delas?	1,42	3,05
5. Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento?	1,16	3,04
6. A maternidade garante a gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante o todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade?	1,68	0,75
7. O parto normal de uma gestante de risco habitual é realizado por quais profissionais?	1,13	-0,51
8. Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteador condutas obstétricas?	0,75	0,46
9. Com que frequência são oferecidos alimentos e líquidos/sólidos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto?	1,64	1,78
10. A maternidade sempre oferece à gestante a possibilidade de banho morno durante o trabalho de parto (chuveiro/banheira)?	1,44	1,54
11. Com que frequência oferece massagem?	2,41	0,59
12. Com que frequência oferece bola <i>Bobath</i> ?	3,76	2,01
13. Com que frequência oferece cavalinho?	1,05	-0,94
14. Com que frequência oferece banqueta?	2,45	-1,13
15. A maternidade sempre oferece OUTROS métodos não farmacológicos para o manejo da dor?	1,14	-1,31
16. A gestante sempre é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?	2,29	3,52
17. A Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada?	2,71	0,27

práticas ao parto e nascimento nas maternidades da RC. As maternidades do primeiro nível de oferta (nível 10), possuíam estratégias definidas para o acolhimento às usuárias e sempre as estimulavam a se movimentar e deambular durante o trabalho de parto. A porcentagem de trabalhadores que responderam que tais práticas eram oferecidas adequadamente pelas maternidades foi de 64% (0,64) e 85% (0,85), respectivamente.

Tabela 4. Distribuição dos itens âncora quanto ao nível de oferta das boas práticas ao parto e nascimento nas maternidades da RC. Brasil, 2015.

Itens	Níveis âncora		
	10	20	30
1. A maternidade possui estratégias definidas para o acolhimento às usuárias?	0,64	0,88	0,97
2. Nesta maternidade, os profissionais de saúde se apresentam às usuárias informando seu nome e função?	0,55	0,79	0,92
3. Os profissionais de saúde tratam as gestantes e puérperas pelo nome?	0,74	0,89	0,96
4. Os profissionais de saúde fornecem às gestantes e puérperas informações sobre a situação de saúde delas?	0,84	0,95	0,99
5. Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento?	0,87	0,95	0,99
6. A maternidade garante a gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante o todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade?	0,38	0,72	0,93
7. O parto normal de uma gestante de risco habitual é realizado por quais profissionais?	0,41	0,56	0,75
8. Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas?	0,43	0,61	0,77
9. Com que frequência são oferecidos alimentos e líquidos/sólidos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto?	0,58	0,87	0,97
10. A maternidade sempre oferece à gestante a possibilidade de banho morno durante o trabalho de parto (chuveiro/banheira)?	0,53	0,82	0,95
11. Com que frequência oferece massagem?	0,14	0,64	0,95
12. Com que frequência oferece bola <i>bobath</i>?	0,19	0,89	1,00
13. Com que frequência oferece cavalinho?	0,12	0,28	0,53
14. Com que frequência oferece banqueta?	0,03	0,25	0,79
15. A maternidade sempre oferece outros métodos não farmacológicos para o manejo da dor?	0,08	0,21	0,46
16. A gestante sempre é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?	0,85	0,98	1,00
17. A maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada?	0,24	0,64	0,96

* Em negrito estão os itens âncora selecionados para cada nível âncora.

As maternidades no segundo nível, além dos itens do nível 10, garantiam à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante todo o tempo em que a mulher estava internada para o parto, ofereciam muitas vezes massagem e a bola *bobath* como medidas não farmacológicas para o alívio da dor, além de propiciar condições para que o parto acontecesse em outras posições que não a deitada. Destaca-se que 89% (0,89) dos trabalhadores entrevistados relataram que a maternidade proporcionava adequadamente condições para que o parto acontecesse em outras posições, que não a deitada.

Foi encontrado apenas um item âncora nas maternidades incluídas no nível 30 da escala. Nestas, além dos itens dos níveis anteriores, 79% (0,79) dos trabalhadores afirmaram que a

banqueta de parto era oferecida muitas vezes como medida não farmacológica para o alívio da dor.

A interpretação final da escala está proposta na Tabela 5. Nela estão identificados os sete itens âncora e a descrição dos três níveis âncora em que se encontram. A escala reuniu medidas importantes relacionadas aos itens de acolhimento, direito ao acompanhante de livre escolha, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, deambulação e escolha da posição durante o parto, conforme as diretrizes das boas práticas⁸.

Tabela 5. Interpretação dos níveis da escala proposta para medir a oferta das boas práticas ao parto e nascimento, segundo os itens âncora. Brasil, 2015.

Ancoragem dos itens	Nível âncora	Descrição dos níveis	% profissional
1. A maternidade possui estratégias definidas para o acolhimento às usuárias?	10	Oferta adequada de estratégias para o acolhimento às usuárias.	0,64
2. A gestante sempre é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto?	10	A maternidade estimula a gestante a se movimentar e deambular adequadamente durante o trabalho de parto.	0,85
3. A maternidade garante a gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante o todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade?	20	A maternidade garante à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante todo o tempo em que a mulher estava internada para o parto	0,72
4. Com que frequência oferece massagem?	20	Massagem ofertada muitas vezes/sempe para a gestante durante o trabalho de parto	0,64
5. Com que frequência oferece bola <i>bobath</i> ?	20	Bola <i>bobath</i> muitas vezes/sempe para a gestante durante o trabalho de parto.	0,89
6. A maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada?	20	A maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições, que não a deitada.	0,64
7. Com que frequência oferece	30	Banqueta ofertada muitas vezes/sempe para a gestante durante o	0,79

Discussão

Este estudo utilizou dados da pesquisa "*Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da RC*" para criar uma escala de medida, tendo como método a TRI, para avaliar o nível de oferta das boas práticas durante o trabalho de parto e parto (traço latente) nas maternidades da RC, através de uma amostra representativa de seus trabalhadores.

Os resultados da análise confirmam que a escala final (Tabela 5) mede apenas o traço latente proposto por este estudo, além de expor diferenças importantes entre os níveis de oferta das boas práticas de atenção ao trabalho parto e parto nas maternidades da RC.

No primeiro nível da escala (nível 10), o acolhimento às usuárias e o estímulo à movimentação e deambulação durante o trabalho de parto são práticas ofertadas de modo adequado pelas maternidades que se encontram nesse nível, portanto, estão demonstradamente bem consolidadas no nível mais elementar de oferta da escala, com destaque para a deambulação. Em conformidade com os achados desse nível, observamos uma alta frequência de respostas adequadas nos itens correspondentes a essas práticas. Dos trabalhadores entrevistados, 81,62% relataram a oferta adequada do acolhimento e 92,54% para deambulação.

Outro fato que chama atenção para o nível 10 da escala é ausência de outras boas práticas sendo ofertadas de forma adequada, tais como o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor (massagem, bola *bobath* e banqueta), a presença do acompanhante em tempo integral na maternidade e condições para que o parto acontecesse em outras posições que não a deitada. Esse resultado aponta para a necessidade de investigação das possíveis dificuldades encontradas por essas maternidades e de um maior estímulo a essas práticas.

A literatura confirma que há dificuldades em relação ao oferecimento adequado dos métodos não farmacológicos para alívio da dor em geral, e até o desconhecimento de alguns desses métodos pelas equipes, não sendo utilizados rotineiramente na grande maioria dos serviços obstétricos. Por outro lado, as maternidades com boa adesão às boas práticas fazem uso contínuo das diversas técnicas não farmacológicas para alívio da dor, apesar de ainda não existirem fortes evidências que apoiem essa recomendação^{24, 25, 26, 27}.

De acordo com esse estudo, maternidades de nível baixo (nível 10) também não proporcionaram à gestante a oferta adequada de outras posições durante o trabalho de parto e

parto. Com relação ao posicionamento da gestante, sabe-se que a posição litotômica no momento do parto aumenta a ocorrência da instrumentalização em partos vaginais, dor na região perineal e frequência cardíaca fetal oscilante. Portanto, a mulher deve ser encorajada a escolher, dentre as diversas posições existentes, uma que lhe seja mais confortável²⁸.

No próximo nível da escala, o nível 20, encontramos a oferta adequada dos itens do nível anterior, acrescidos de itens relacionados ao acompanhante, uso da massagem e da bola como métodos não farmacológicos para o alívio da dor, e ao posicionamento durante o trabalho de parto e parto. Portanto, a maior quantidade de informação está na parte central da escala, pois foi o nível com o maior número de itens com boa discriminação.

A bola suíça foi o destaque nas maternidades de nível 20, com o maior percentual de trabalhadores que afirmaram essa boa prática sendo ofertada de modo adequado. Esse recurso auxilia na redução da dor e no desconforto das mulheres no pré-parto, serve de apoio durante o banho morno e incentiva a adoção da mobilidade e posições verticais durante o trabalho de parto, além de serem excelentes auxiliares na dilatação, abreviando o trabalho de parto²⁹. Não sem razão, também encontramos nesse nível a oferta adequada de outras posições para o parto, que muitas vezes são facilitadas pelo uso da bola³⁰.

As maternidades do nível 20 ofertavam adequadamente condições para que o parto ocorresse em outras posições que não a deitada, e essa escolha era acompanhada das condições para que o parto acontecesse em qualquer posição que a mulher desejasse, incluindo a tradicional litotômica. O profissional deve encorajar e orientar quanto às diversas posições, especialmente as verticalizadas como de cócoras, lateral ou quatro apoios, e o uso da banqueta como auxiliar^{8,28,31}.

A oferta adequada da presença do acompanhante também foi encontrada no segundo nível da escala, evidenciando o processo de transição dessas maternidades na direção da

consolidação desse direito. A legislação beneficia as parturientes com o direito à presença de um acompanhante de livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS³².

Atualmente, mesmo com a legislação vigente, ainda há instituições que negam ou impõem restrições inadequadas a essa oferta, especialmente nos centros de parto normal de maternidades públicas do país, apesar dos vários benefícios dessa prática para melhores desfechos perinatais^{33,34}. Diniz CSG et al.³⁵ constataram que 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante em nenhum momento do parto, 75,5% tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação, sendo que apenas 18,8% tiveram acompanhante contínuo e 56,7% acompanhante parcial. Entre as razões dadas para este fato, a principal foi o não cumprimento institucional da legislação, “nenhum tipo de acompanhante era permitido no hospital” (52%).

A oferta de massagem também foi encontrada com uma boa adequação no segundo nível da escala. A massagem pode ser realizada pela equipe de enfermagem ou pelo acompanhante. Este é um fato interessante, pois nesse mesmo nível a presença do acompanhante foi permitida em tempo integral e de livre escolha da mulher. O acompanhante pode e deve realizar essa prática à parturiente auxiliando a equipe de enfermagem na oferta desse e de outros métodos não farmacológicos para alívio da dor^{36,37}.

No último nível da escala, além de todas as outras boas práticas ofertadas adequadamente nos níveis anteriores, as maternidades ofertavam também a banqueta durante o trabalho de parto, sendo um diferencial para as maternidades que possuíram esse alto nível de oferta. As maternidades com nível de oferta inferior poderiam até ter a banqueta à disposição, mas segundo os seus trabalhadores, nem sempre eram oferecidas a mulher. Vê-se a importância de um direcionamento claro da equipe à gestante, orientando todo o processo e a utilização de todos os recursos disponíveis para que o parto ocorra da melhor forma possível.

Os achados deste estudo acrescentam ainda que, independentemente do nível de oferta, os principais recursos utilizados adequadamente para a melhor condução do trabalho de parto e parto nas maternidades da RC foram a deambulação e a bola *bobath* devido ao alto percentual de respostas adequadas (85% e 89% respectivamente), ao contrário do estudo de Silva et al.²⁴, que constatou que os cuidados de enfermagem menos utilizados foram a deambulação, a postura de agachamento, uso da bola *bobath* e do banquinho/banqueta meia-lua.

Com relação à limitação desse estudo, podemos citar a participação exclusiva das maternidades com plano de ação da RC. Podemos dizer, no entanto, que com a participação exclusiva dessas maternidades amplia-se a possibilidade de se analisar as repercussões das boas práticas no SUS após implantação da RC, visto que estas representam os partos realizados na rede pública.

Podemos citar ainda o uso de uma amostra representativa dos trabalhadores de saúde dessas instituições, bem como a participação de 606 hospitais públicos e mistos das regiões de saúde de todas as unidades federativas do Brasil como pontos fortes desse estudo.

A utilização da TRI também pode ser considerada uma vantagem na construção de uma escala para a mensuração do nível de oferta das boas práticas segundo a percepção dos trabalhadores, visto que pode vir a ser aproveitada em avaliações futuras, devido a sua capacidade de interpretar o significado de cada um dos níveis de oferta que apresenta, proporcionando um panorama do que tem sido ofertado de modo adequado e com maior destaque nas maternidades da RC, desde aquelas que estão em níveis mais baixos de implantação dessas boas práticas até as que se encontram no nível mais elevado.

Outra vantagem de se utilizar escalas construídas por meio da TRI é que esse método garante a estimação dos parâmetros de discriminação e dificuldade independente do grupo de respondentes representado. Isso possibilita que futuramente essa avaliação seja comparada em

populações com características diversas, sem que as medidas sejam influenciadas por essas diferenças, mesmo para um grande número de respondentes³⁸.

Considerações finais

Em revisão de literatura não foram encontradas escalas para mensurar o nível de oferta das boas práticas do parto. Assim, a escala proposta constitui uma metodologia inovadora para avaliar a oferta das boas práticas na percepção dos trabalhadores, que poderá servir para a implementação de políticas públicas na atenção ao trabalho de parto e parto no país, bem como estimular outros estudos na incorporação de novos itens na escala apresentada, ampliando a investigação do traço latente e contribuindo para a redução de danos à gestante, ao bebê e às famílias.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Brasília (DF): MS; 2001.
2. Sousa AMM, Souza KV de, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2021 May 2];20(2). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000200324&script=sci_arttext&tlng=pt.
3. World Health Organization (WHO). Care in normal birth: A practical guide. Geneva: WHO; 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde. 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 2011; 24 jun. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 de junho de 2016. p. 92.
6. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
7. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CL de L, Backes DS. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 30];71(suppl 3):1313–9. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/?lang=pt>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília (DF): MS; 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
9. Carmo ML, Esteves APP, Madeira RMSD, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. 2014; 30(Supl. 1): S17-S32.
10. Bittencourt SD de A, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2021 Mar [cited 2021 Jul 30];26(3):801-21. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4p3vFS9znjmjkKxrXBFdrMM/?format=pdf&lang=pt>.
11. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2021 Mar;26(3):789–800. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v26n3/1413-8123-csc-26-03-0789.pdf>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: MS; 2004.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: MS; 2015.
14. Andrade DF, Tavares HR, Cunha Valle R. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. São Paulo (SP): ABE; 2000.

15. Mair P. Modern psychometrics with R: Springer. 1ª ed. Springer International Publishing; 2018. p. 257-87.
16. Andrade JM; Laros JA; Gouveia VV. O uso da teoria de resposta ao item em avaliações educacionais: diretrizes para pesquisadores. *Aval. psicol.* 2010; 9(3): 421-35.
17. Reckase MD. Unifactor latent trait models applied to multifactor tests: Results and implications. *Journal of educational statistics.* 1979; 4 (3): 207-30.
18. Hair JF et al. *Análise multivariada de dados.* 1ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman Editora; 2009.
19. Field, A.; Miles, J.; Field, Z. *Discovering statistics using R.* Sage Publications; 2012.
20. Chalmers RP. Mirt: A multidimensional item response theory package for the R environment. *Journal of Statistical Software* 2012; 48 (6): 1-29.
21. Muthén L, Muthén B. *Mplus User's Guide.* 7. ed. Los Angeles (CA): Muthén & Muthén; 2015.
22. Beaton, AE, Allen NL. Interpreting Scales Through Scale Anchoring. *Journal of Educational Statistics* 1992; 17 (2): 191-204. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3102/10769986017002191>.
23. Michael Furr R, Verne R. Bacharach. *Psychometrics: An Introduction.* 2. ed. Publisher: SAGE Publications, Inc; 2013.
24. Silva BL et al. Métodos não farmacológicos durante trabalho de parto: percepção das mulheres. *Revista Científica de Enfermagem* 2018; 8 (24): 54-64. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/recien/article/view/270>.
25. Aragão HT et al. Trabalho de parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor: Revisão Integrativa. *International Nursing Congress*; 9-12; Universidade Tiradentes; 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/6204/2353>.
26. Mielke et al. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. *Av Enferm.* 2019; 37(1): 47-55. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-47.pdf>.
27. Henrique AJ et al. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29 (6): 686-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v29n6/1982-0194-ape-29-06-0686.pdf>.
28. Rocha BD da Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2020;54.

29. Abreu Silva JS de S, Ribeiro JN, Corrêa L da P. Bola suíça no trabalho de parto: Revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 2];5(12):32867–76. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/5726>.
30. Silva LM e, Oliveira SMJV de, Silva FMB da, Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2021 May 2];24(5):656–62. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010.
31. Miller S et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet* [periódico na Internet]. 2016 [citado em 10 dez 2017]; 388 (10056): 2176-2192. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31472-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31472-6.pdf).
32. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 02 de dezembro de 2005.
33. Lansky et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública* 2014. 30 (Suppl 1). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2014.v30suppl1/S192-S207/pt/>.
34. Leal MDC et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 1: e00078816. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00078816.pdf>.
35. Diniz CSG et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30:S140-S53. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&tlng=pt.
36. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2012 Jan 21 [cited 2021 May 2];286(1):19–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22271239/>.
37. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to Implement Complementary Therapies for Laboring Women. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing* [Internet]. 2006 Nov [cited 2021 May 2];31(6):364-370. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17149111/>.
38. Sartes LMA, Souza-Formigoni MLO de. Avanços na psicometria: da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 5];26(2):241–50. Available from: <https://www.scielo.br/j/prc/a/PfzhXqpV4vzPYgvf75PVwcL/?lang=pt>.

39. Figueiredo K. Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. 2021. Available from: <https://doi.org/10.48331/scielodata.6OWXJL>, SciELO Data, DRAFT VERSION.

6.2 Artigo 2

Boas práticas no trabalho de parto e parto: percepções das puérperas atendidas em maternidades da Rede Cegonha

Good practices in labor and delivery: perceptions of puerperal women assisted in maternity hospitals of Rede Cegonha

Abstract

The aim of this study was to evaluate good practices in labor and delivery in the perception of puerperal women in maternity hospitals of Rede Cegonha (RC), using data from the research “Evaluation of care during labor and birth in maternity hospitals in RC”. The sample consisted of 3,716 postpartum women. Questions that applied to postpartum women in the research were selected, which were related to good practices of care during labor and delivery, according to the guidelines of the Brazilian Ministry of Health: care for childbirth, belonging, encouraging the participation of a companion and offering non-pharmacological measures for pain relief. To identify the items that discriminate the level of application of good practices during labor and delivery (latent trait), we used Item Response Theory with an adjusted three-parameter unidimensional logistic model. Sociodemographic characteristics of postpartum women were also used to investigate possible factors related to this assistance. Items referring to reception better discriminate against postpartum women regarding the offer of good practices. Postpartum women who were indigenous, with less schooling, primiparous women and coming from the North Region were offered a lower level of practices in labor and delivery. The puerperal women treated in high-risk hospitals had the highest level of application of good practices during labor and delivery.

Keywords: Labor; puerperal women; childbirth assistance; Maternal and Child Health Services; Item Response Theory.

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar as boas práticas no trabalho de parto e parto na percepção das puérperas em maternidades da Rede Cegonha (RC), por meio de dados da pesquisa “Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da RC”. A amostra foi composta por 3.716 puérperas. Foram selecionadas questões do instrumento aplicado às puérperas na pesquisa avaliativa, relacionadas às boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, segundo diretrizes do Ministério da Saúde: atenção ao parto, acolhimento, estímulo à participação de acompanhante e oferta de medidas não farmacológicas para alívio da dor. Para identificar os itens que discriminam o nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto (traço latente) foi utilizada a teoria de resposta ao item e ajustado o modelo logístico unidimensional de três parâmetros. Características sociodemográficas das puérperas também foram utilizadas para investigar possíveis fatores relacionados à essa assistência. Os itens referentes ao acolhimento discriminaram melhor as puérperas quanto ao nível de aplicação das boas práticas. Puérperas indígenas, com menor escolaridade, primíparas e procedentes da Região Norte tiveram menor acesso às boas práticas no trabalho de parto e parto. Já as puérperas atendidas em hospitais de alto risco, obtiveram o maior nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto.

Palavras-chave: Trabalho de parto, Assistência ao parto; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Teoria de Resposta ao item.

Introdução

Durante muito tempo a atenção à saúde da mulher teve como foco principal a função reprodutiva, ou seja, o processo de gestação e parto. No entanto, a qualidade dessa atenção começou a evoluir no nosso país a partir do século XX, com o Programa de Saúde Materno-Infantil (PMI), que proporcionou uma política de acolhimento ao binômio mãe-filho. Posteriormente foi criado o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e infantil. Mais adiante, em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), abrangendo o acesso ao pré-natal e garantindo maior qualidade da assistência e humanização ao parto e puerpério^{1,2}.

A Organização Mundial da Saúde³, foi quem primeiro mencionou e classificou as boas práticas na condução do parto normal em busca de orientar os profissionais sobre o que devem ou não fazer de acordo com as melhores evidências científicas. Essas práticas classificam-se em categorias: na categoria A estão as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; na categoria B as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; na categoria C as práticas utilizadas com insuficientes evidências que apoiem sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução; e na categoria D as práticas utilizadas de forma inapropriada. Estas diversas práticas utilizadas na assistência à gestação e ao parto vêm sendo promotoras das experiências exitosas nos processos obstétricos e são efetivadas pela redução de desfechos perinatais negativos⁴.

No Brasil, as boas práticas começaram a ser priorizadas por meio do programa Rede Cegonha, instituído em 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria nº 1.459, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Dentre as prioridades da RC, uma delas é a segurança da atenção ao parto e nascimento.⁵

O componente Parto e Nascimento da RC foi baseado nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Seguindo essas determinações, o MS elaborou as diretrizes para a assistência ao parto normal, para utilização no SUS e Saúde Suplementar no Brasil. Um dos objetivos dessas diretrizes é difundir e expandir as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal⁴.

São muitas as práticas que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, mas entre elas há algumas de maior destaque: a oferta de líquidos por via oral, o apoio empático pelos prestadores de serviço, o respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante a parturição, o esclarecimento das dúvidas e fornecimento de informações que as mulheres desejarem, a utilização de métodos não invasivos e farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, a liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, uso do partograma, contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto, conforme diretrizes da OMS³.

Pode-se constatar que o Brasil alcançou melhorias para a saúde da mulher por meio dos programas desenvolvidos pelo MS, como a maior cobertura da assistência ao pré-natal, um parto mais humanizado na rede pública e a diminuição de desfechos negativos no parto. No entanto, problemas como a razão de mortalidade materna, a mortalidade perinatal, a medicalização e o uso de intervenções obstétricas desnecessárias durante o parto continuam elevados. Isso indica a necessidade de maior investigação dos problemas na qualidade da atenção materna e perinatal^{6,7}.

No estudo de Leal *et al.*⁷ os resultados indicam a persistência de intervenções que não deveriam ser utilizadas de modo rotineiro no parto vaginal, como a episiotomia (56%), parto em posição de litotomia em 92% das mulheres e 37% sofreram violência por meio da manobra de *Kristeller*. Quanto ao uso das boas práticas como alimentar-se durante o trabalho de parto (26%) e liberdade de movimento no trabalho de parto (46%), percebemos um aumento significativo, mas ainda não é o ideal em partos considerados de baixo risco⁸.

Considerando o cenário exposto, o objetivo principal deste estudo foi avaliar a aplicação das boas práticas no trabalho de parto e parto na percepção das puérperas atendidas em maternidades da RC, visando qualificar a atenção obstétrica, aprimorar as ações da RC e reduzir a mortalidade materna e infantil, conforme preconizado pela OMS, contribuindo para o processo de consolidação das boas práticas obstétricas do trabalho de parto e parto, especialmente por meio das tecnologias de cuidado não invasivas.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo psicométrico que utiliza dados das puérperas participantes da pesquisa avaliativa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede

Cegonha", desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob a coordenação do Ministério da Saúde.

Base de dados e período do estudo

O procedimento amostral do projeto que originou o presente estudo está disponível em Bittencourt⁹. Neste trabalho foram considerados os dados de 3.716 puérperas da pesquisa de base que atenderam os seguintes critérios de inclusão: puérperas em trabalho de parto que tiveram rompimento da bolsa, parto vaginal/fórceps de um nascido vivo, independentemente da idade gestacional e peso, ou um nascido morto com mais de 500g ou idade gestacional maior ou igual a 22 semanas e responderam as questões de interesse do estudo. O período de realização do trabalho de campo foi de dezembro de 2016 a outubro de 2017.

Quadro1. Processo de amostragem das puérperas por região. Brasil, 2015.

Estados da federação	Puérperas (N)
AC	56
AL	55
AM	176
AP	56
BA	131
CE	146
DF	361
ES	3
GO	113
MA	55
MG	129
MS	98
MT	36
PA	301
PB	63
PE	190
PI	38
PR	186
RJ	256
RN	37
RO	51
RR	47
RS	177
SC	290
SE	47
SP	567
TO	51
TOTAL	3716

Organização dos dados e construção da escala

A construção dos instrumentos da pesquisa avaliativa foi realizada com base nos documentos do MS, tendo como fundamento a Política Nacional de Humanização², a Política Nacional da Rede Cegonha⁵, as normas das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento¹⁰, Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana¹¹ e Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal⁴.

As variáveis sociodemográficas e de atendimento às puérperas deste estudo, foram selecionadas do questionário sociodemográfico da pesquisa avaliativa. As seguintes variáveis foram selecionadas: faixa etária da puérpera (< 20 anos; e ≥ 35 anos); cor de pele autodeclarada (branca; preta e parda); escolaridade (fundamental incompleto; fundamental completo; médio completo e superior ou mais); paridade (primípara, um parto anterior e dois ou mais partos anteriores); classificação de risco alto do hospital (sim e não); região geográfica de residência (Centro-Oeste; Nordeste; Norte; Sudeste e Sul); profissional realizador do parto (médico; enfermeiro ou obstetriz e sem assistência ou sem informação) e realização de pré-natal (sim e não).

Os itens avaliados foram obtidos do dispositivo de “Boas Práticas de Atenção à Mulher no Trabalho de Parto, Parto e Pós-Parto” proveniente da matriz de julgamento que avaliou o grau de implantação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas e mistas do Brasil⁹. Esse instrumento aplicado às puérperas foi constituído por blocos temáticos abrangendo informações sobre as características clínicas e individuais da puérpera e da estrutura e do processo de trabalho das maternidades. Inicialmente 24 itens deste instrumento foram selecionados por apresentarem relação com as boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, segundo diretrizes do MS⁴, e que pudessem medir um único fator dominante.

Os itens tratavam sobre a qualidade da atenção ao parto realizada pelos profissionais de saúde, o acolhimento, o estímulo à presença do acompanhante, a oferta de medidas não farmacológicas para alívio da dor e atenção ao pré-parto, parto e pós-parto em um único ambiente. O conjunto dos 24 itens, com suas respectivas alternativas de respostas, encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2. Itens extraídos do instrumento da pesquisa para avaliar a assistência às puérperas em relação a aplicação das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.

Item
Q01 Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função? A: Nenhum profissional, B: Poucos profissionais (a minoria), C: Muitos profissionais (a maioria), D: Todos os profissionais, E: Não sabe informar, F: Não quis informar
Q02 Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade? A: Nenhum profissional, B: Poucos profissionais (a minoria), C: Muitos profissionais (a maioria), D: Todos os profissionais, E: Não sabe informar, F: Não quis informar
Q03 Desde o momento que você chegou nesta maternidade, com que frequência você se sentiu à vontade para falar sobre suas dúvidas, queixas, medos e expectativas? A: Nunca B: Poucas vezes / raramente C: Muitas vezes / a maioria das vezes D: Sempre E: Não sabe informar F: Não quis informar
Q04 Com que frequência você tem conseguido entender as informações que vem recebendo durante sua internação nesta maternidade? A: Nunca B: Poucas vezes / raramente C: Muitas vezes / a maioria das vezes D: Sempre E: Não sabe informar F: Não quis informar
Q05 Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação nesta maternidade? A: Nunca B: Poucas vezes / raramente C: Muitas vezes / a maioria das vezes D: Sempre E: Não sabe informar F: Não quis informar
Q06 Com que frequência você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações? A: Nunca B: Poucas vezes / raramente C: Muitas vezes / a maioria das vezes D: Sempre E: Não sabe informar F: Não quis informar
Q07 Nessa maternidade, você recebeu informações sobre seu direito de escolher um acompanhante durante o período de internação? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q08 Nessa maternidade, permitiram que você tivesse acompanhante durante sua internação? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q09 A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q10 Ao chegar na maternidade, a primeira avaliação foi realizada em ambiente privado? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q11 No local do trabalho de parto, a sua privacidade foi respeitada? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q12 No local em que ocorreu o nascimento do bebê, a sua privacidade foi respeitada? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q13 A posição que você ficou para ter o bebê foi deitada de costas com as pernas levantadas ou deitada na cama de barriga pra cima? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q14 Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q15 Quando você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto, você foi atendida? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q16 Você/a senhora utilizou a bola para aliviar a dor durante o trabalho de parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q17 Você/a senhora recebeu massagem para aliviar a dor durante o trabalho de parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q18 Você/a senhora utilizou o cavalinho para aliviar a dor durante o trabalho de parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q19 Você/a senhora utilizou o banquinho para aliviar a dor durante o trabalho de parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q20 Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q21 Durante o trabalho de parto, amarram suas mãos, braços ou pernas em algum momento? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q22. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída o bebê? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q23 Cortaram o seu períneo (vagina) no parto? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar
Q24 Você se sentiu ofendida ou maltratada por algum profissional desta maternidade? A: Não. B: Sim. C: Não sabe informar D: Não quis informar

* Em itálico, opção de resposta considerada como prática adequada.

Conforme observado acima, há questões que admitem somente respostas dicotômicas (sim ou não) e outras com escala nominal e escala ordinal (nunca, poucas vezes/raramente, muitas vezes/a maioria das vezes e sempre).

Com vistas a obter um panorama representativo da oferta das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto, as respostas das puérperas para cada item foram categorizadas em duas: adequada (quando a resposta dada é considerada como prática adequada) e inadequada (resposta dada não é considerada como prática adequada e as não respostas). As alternativas “não quis informar”, quando presente, foram consideradas como ausência de resposta. Foi apontada como resposta correta aquela que concordasse com a adequação às boas práticas proposta na matriz de julgamento⁹.

Essa categorização permitiu categorizar as respostas dos profissionais de saúde em apenas duas categorias (sim/não), viabilizando a modelagem estatística da relação entre o desempenho nos itens e o traço latente. A definição clara do que constitui uma prática adequada foi ancorada em critérios técnicos estabelecidos na matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha, o que conferiu legitimidade conceitual à classificação. Ademais, a inclusão das “não respostas” como práticas inadequadas reforça o rigor na avaliação da efetiva implementação das ações recomendadas. Ao categorizar os dados dessa forma, foi possível estimar com maior precisão os parâmetros de dificuldade, discriminação de cada item, ampliando o poder discriminativo da escala e permitindo a construção de um panorama representativo da realidade dos serviços de saúde. Essa estrutura também favoreceu a posterior análise dos percentuais de respostas adequadas em diferentes níveis do traço latente (baixo, intermediário e alto), possibilitando interpretações mais refinadas sobre a aderência dos serviços às boas práticas em distintos contextos (De Ayala, 2009; Embretson & Reise, 2000).

Análise de dados

Teoria de Resposta ao Item

A TRI considera modelos matemáticos para representar a relação entre a probabilidade de um indivíduo dar uma determinada resposta a um item como função dos parâmetros do item e do traço latente do respondente¹². Para estimar o nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto na percepção das puérperas (traço latente), foram utilizados os

modelos unidimensionais da Teoria de Resposta ao Item (TRI), partindo do pressuposto de que os itens avaliados possam medir um único fator dominante (denominado traço latente), caracterizando assim a unidimensionalidade dos itens¹³.

A unidimensionalidade dos itens foi analisada por meio dos componentes principais para dados categóricos (ACP) considerando a matriz de correlações dos itens. Os resultados apontam um fator dominante quando o primeiro fator corresponde pelo menos a 20% da variância total¹⁴. O método do *ScreePlot* também foi utilizado na ACP para verificação da unidimensionalidade. O gráfico dos autovalores (total da variância explicada por um fator) possibilita avaliar se o primeiro fator se destaca em relação aos demais considerando-se que existe uma dimensão dominante.

Portanto, para verificar se os itens que foram apresentados no quadro 1 têm capacidade de medir apenas um traço latente, foi realizada a técnica da ACP considerando a matriz de correlações dos itens calculada por meio do índice *KMO* (*Kaiser – Meyer – Oklin*), também conhecido como índice de adequação da amostra utilizando-se como ponto de corte 0,5015¹².

Considerando que as respostas para cada questão foram dicotomizadas, o nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto foi estimado pelo modelo logístico unidimensional de três parâmetros. Para o nosso estudo, o modelo que estamos propondo vai fornecer a probabilidade de uma puérpera j receber adequadamente uma boa prática ditada por um item i , definido pela seguinte expressão:

$$P(Y_{ij} = 1|\theta_j) = c_i + (1 - c_i) \frac{e^{a_i(\theta_j - b_i)}}{1 + e^{a_i(\theta_j - b_i)}}$$

- sendo Y_{ij} uma variável dicotômica que assume o valor 1 quando a puérpera j recebeu adequadamente o item i e 0 caso contrário;
- θ_j é o nível de aplicação das boas práticas recebido na percepção da puérpera j ;
- $P(Y_{ij}=1|\theta_j)$ a probabilidade de uma puérpera j com traço latente θ_j ter respondido adequadamente o item i , ou seja, a proporção de respostas corretas ao item i dentre todas as puérperas com traço latente θ_j ;
- O parâmetro a_i é a discriminação do item i , indicando a capacidade do item diferenciar o nível de aplicação das boas práticas entre as puérperas (itens com maiores valores de a_i possuem maior discriminação);
- b_i representa a intensidade do item i , medido na mesma escala do parâmetro θ_j , quanto maior o for o valor de b_i , maior a intensidade do item i ; e
- c_i é a probabilidade de uma puérpera com baixo nível de adequação assinalar a alternativa correta do item i , também chamado de probabilidade de acerto casual¹³.

Os parâmetros do modelo logístico unidimensional de três parâmetros (M3PL) foram estimados através do pacote *Mirt* do *software* R¹⁵. Os itens devem apresentar um parâmetro de discriminação a_i superior a 0,7 e o parâmetro de intensidade b_i deve estar no intervalo de -3 a 3. Itens com valores de $a_i \geq 1$ são considerados com poder de discriminação razoável^{12,13}. Desse modo, quanto maior o valor de a_i do item, maior o poder discriminatório, o que significa uma melhor capacidade de diferenciar as puérperas nos diferentes níveis de traço latente.

Quanto a qualidade do ajuste (*goodness of fit*) do modelo foi baseada nos seguintes índices recomendados por Muthén e Muthén (2012): RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) <0,08; CFI (*Comparative Fit Index*) e TLI (*Tucker-Lewis Index*) superior a 0,90¹⁶.

A consistência interna dos itens foi avaliada por meio dos coeficientes Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald, cujos valores de referência adotados são: < 0,6 para baixa confiabilidade; entre 0,6 e 0,7 para moderada confiabilidade; e entre 0,7 e 0,9 são considerados aceitáveis, ou seja, com alta confiabilidade¹⁶.

A análise das respostas das questões relacionadas às boas práticas, considerando o nível de aplicação das boas práticas no trabalho de parto e parto, foi feita considerando três categorias para o traço latente estimado pelo M3PL: baixo (nível de aplicação entre -3 e -1), intermediário (entre -1 e 1) e alto (acima de 1). Em cada categoria do traço latente foi obtido o percentual de respostas adequadas para cada item avaliado no modelo M3PL.

Modelo de Regressão linear múltiplo

A consistência do traço latente foi identificada por meio de um modelo de regressão linear múltiplo entre o traço latente e as variáveis sociodemográficas e de atendimento das puérperas em estudo. A significância estatística foi admitida em valor de $p < 0,05$ e intervalos de confiança de 95% (IC95%) que não contivessem o zero (0).

O traço latente transformado foi definido como a variável dependente no modelo de regressão linear múltiplo e como variáveis independentes as informações sociodemográficas das puérperas e serviços prestados pelas maternidades em que estavam no momento da pesquisa, a saber: faixa etária da puérpera (< 20 anos; e ≥ 35 anos), cor da pele autodeclarada da puérpera (branca; parda e preta), escolaridade da puérpera (fundamental incompleto; fundamental completo; médio completo e superior completo), paridade (primípara; possui 1 filho e possui 2 filhos ou mais), hospital é de alto risco (sim e não), macrorregião de residência

(Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste, Sul), profissional realizador do parto (médico, enfermeiro ou obstetriz e sem assistência), realização do pré-natal (sim e não).

O modelo de regressão linear múltipla foi realizado no programa de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2022).

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMA e da ENSP/Fiocruz, sob o 56389713.5.3001.5240. Foi lido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma cópia assinada do mesmo foi entregue a cada uma das puérperas que concordaram em participar da avaliação. Também foram adotados cuidados para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Resultados

Levando em consideração os dados das 3.716 puérperas avaliadas neste em estudo, houve predominância de puérperas com 20 a 34 anos de idade (67,0%), primíparas (48,5%) e com ensino médio completo (37,7%). Dessas mulheres, 30,0% relataram cor de pele branca, 57,8% parda e 12,2% preta. Observou-se ainda que 16,3% das puérperas eram da região Centro-Oeste, 20,5% do Nordeste, 19,8% do Norte, 25,7% do Sudeste e 17,6% do Sul.

Na Tabela 1, são apresentadas as respostas para cada item avaliado. Mais da metade das mulheres relatou que foi chamada pelo nome durante a internação na maternidade (57,3%); conseguiu entender as informações recebidas (65,6%); se sentiu acolhida, bem tratada e respeitada (66,8%); teve suas respostas, dúvidas e solicitações atendidas (56,1%); não se sentiu ofendida ou maltratada por algum profissional (91,6%); recebeu informações sobre seu direito a ter acompanhante (66,5%); teve um acompanhante (94,1%) e ele ficou o tempo todo com ela (78,1%). Ainda, um percentual alto de mulheres relatou que teve sua privacidade respeitada durante a primeira avaliação (91,3%), o trabalho de parto (86,5%) e parto (94,8%). A posição para ter o bebê foi inadequada para 87,1% das mulheres, bem como a oferta (52,2%) e o atendimento à solicitação de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto (75,2%). Da mesma forma, um total de 72,6% das mulheres relatou que os profissionais de saúde não se apresentaram, informando seu nome e função.

Tabela 1. Distribuição das frequências relativas dos itens selecionados do instrumento das puérperas da Pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha". Brasil, 2015.

Item	Adequação (%)	Inadequação (%)
Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função?	27,4	72,6
Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade?	57,3	42,7
Desde o momento que você chegou nesta maternidade, com que frequência você se sentiu à vontade para falar sobre suas dúvidas, queixas, medos e expectativas?	51,1	48,9
Com que frequência você tem conseguido entender as informações que vem recebendo durante sua internação nesta maternidade?	65,6	34,4
Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação nesta maternidade?	66,8	33,2
Com que frequência você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações?	56,1	43,9
Nessa maternidade, você recebeu informações sobre seu direito de escolher um acompanhante durante o período de internação?	66,5	33,5
Nessa maternidade, permitiram que você tivesse acompanhante durante sua internação?	94,1	5,9
A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo?	78,1	21,9
Ao chegar na maternidade, a primeira avaliação foi realizada em ambiente privado?	91,3	8,7
No local do trabalho de parto, a sua privacidade foi respeitada?	86,5	13,5
No local em que ocorreu o nascimento do bebê, a sua privacidade foi respeitada?	94,8	5,2
A posição que você ficou para ter o bebê foi deitada de costas com as pernas levantadas ou deitada na cama de barriga para cima?	12,9	87,1
Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto?	47,8	52,2
Quando você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto, você foi atendida?	24,8	75,2
Você/a senhora utilizou a bola para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	46,7	53,3
Você/a senhora recebeu massagem para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	29,3	70,7
Você/a senhora utilizou o cavalinho para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	29,8	70,2
Você/a senhora utilizou o banquinho para aliviar a dor durante o trabalho de parto?	10,5	89,5
Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto?	73,8	26,2
Durante o trabalho de parto, amarraram suas mãos, braços ou pernas em algum momento?	98,1	1,9
Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída o bebê?	83,9	16,1
Cortaram o seu períneo (vagina) no parto?	69,2	30,8
Você se sentiu ofendida ou maltratada por algum profissional desta maternidade?	91,6	8,4

Na avaliação do ajuste do M3PL com os 24 itens, não foram evidenciados índices estatisticamente aceitáveis para boa adequação dos dados e valores consistentes de ajuste. A aplicação cuidadosa da teoria de resposta ao item demonstrou ser metodologicamente adequada após a revisão criteriosa dos parâmetros. Assim, os itens que apresentaram parâmetro de discriminação inferior a 0,7 (Q08, Q16-Q23) foram retirados do modelo e novo ajuste para o M3PL foi considerado, agora contendo apenas 15 itens. O modelo final apresentou os seguintes índices de ajuste: RMSEA = 0,049 (IC 95% = 0,046-0,052); CFI = 0,93 e TLI = 0,91.

O modelo final permitiu não apenas a estimação precisa do traço latente — nível de oferta das boas práticas no trabalho de parto e parto — mas também a categorização desse traço em três níveis interpretáveis: baixo (θ entre -3 e -1), intermediário (θ entre -1 e 1) e alto (θ acima de 1). Essa classificação possibilitou uma análise mais significativa dos dados, ao permitir a identificação do percentual de respostas consideradas adequadas em cada item, dentro de cada faixa de habilidade latente. Tal abordagem forneceu evidências empíricas robustas para avaliar a aderência das unidades de saúde às boas práticas recomendadas, ao mesmo tempo que destacou quais práticas estão mais associadas aos diferentes níveis do traço.

Antes da adoção definitiva do modelo de três parâmetros, foram testados outros modelos da Teoria de Resposta ao Item, como o modelo de um parâmetro (1PL ou modelo de Rasch) e o modelo de dois parâmetros (2PL), com o objetivo de avaliar qual estrutura se ajustaria de forma mais adequada aos dados empíricos. No entanto, os resultados dessas análises indicaram que tais modelos apresentaram índices insatisfatórios de ajuste global, com valores abaixo dos critérios recomendados na literatura psicométrica. O modelo de um parâmetro, por exemplo, impõe a suposição de discriminação igual entre todos os itens, o que se mostrou inadequado diante da variabilidade observada entre os itens da escala. Já o modelo de dois parâmetros, embora tenha permitido a diferenciação das curvas de discriminação, não apresentou níveis de ajuste suficientemente robustos quando comparado ao modelo de três parâmetros. Assim, a escolha pelo M3PL foi sustentada não apenas pelo melhor desempenho estatístico nos índices de ajuste (CFI, TLI e RMSEA), mas também pela adequação teórica ao objeto de estudo, permitindo considerar tanto a dificuldade e a discriminação dos itens quanto a possibilidade de respostas aleatórias aspecto relevante em contextos de avaliação em saúde, nos quais fatores externos ou contextuais podem interferir nas respostas. Esse processo de comparação entre modelos reforça a validade da escolha metodológica adotada nesta pesquisa (De Ayala, 2009).

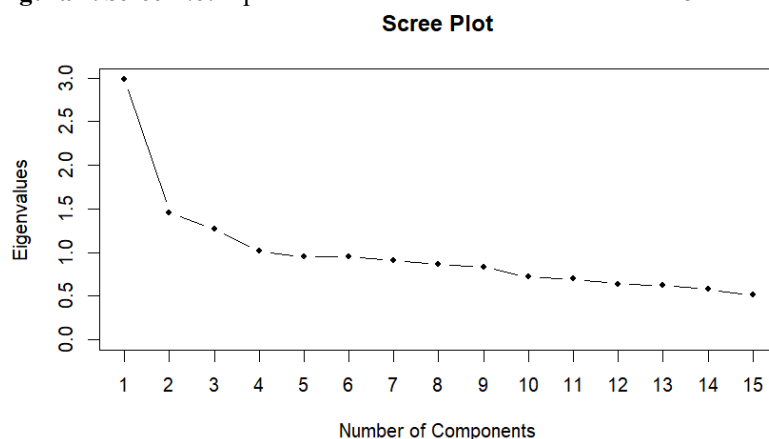
Quanto à unidimensionalidade do novo conjunto de 15 itens, foi avaliada de acordo com os critérios adotados (ACP e gráfico *screeplot*). Conforme apresentado na tabela 2 e no gráfico *screeplot* da Figura 1, observa-se a predominância de um fator dominante (traço latente), com

a primeira componente representando aproximadamente 20% da variância total¹⁷, o que permitiu sustentar o pressuposto da unidimensionalidade da TRI. O índice de KMO foi igual a 0,79, indicando que a amostra é adequada para realização da ACP.

Tabela 2. Extração dos autovalores por meio dos componentes principais.

Fator	Autovalores	Variância total	Variância cumulada
1	2.9855	19.9035	19.9000
2	1.4582	9.7214	29.6200
3	1.2688	8.4588	38.0800

Figura 1. *Scree Plot* representando a unidimensionalidade dos 15 Itens.



Na Tabela 3 encontram-se os parâmetros de discriminação e dificuldade para cada questão, estimados a partir do modelo M3PL unidimensional, bem como a proporção de respostas adequadas a cada item segundo as categorias do nível de aplicação das boas práticas. As questões que apresentaram melhor poder para discriminar as puérperas foram: “Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação nesta maternidade?” ($ai=2,504$), “Com que frequência você tem conseguido entender as informações que vem recebendo durante sua internação nesta maternidade?” ($ai=2,369$) e “Com que frequência você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações?” ($ai=2,281$).

Tabela 3. Parâmetros de discriminação e dificuldade dos itens avaliados e porcentagem de respostas adequadas segundo nível de aplicação das boas práticas às puérperas durante o trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.

Item	Parâmetros M3PL		Nível de adequação (%)		
	Discriminação (ai)	Dificuldade (bi)	Baixo (n=564)	Intermediário (n=2.671)	Alto (n=471)
Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função?	1,315	-1,282	0,7 (7)	32,9 (336)	66,4 (677)
Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade?	1,080	0,085	5,5 (117)	48,1 (1023)	46,5 (989)
Desde o momento que você chegou nesta maternidade, com que frequência você se sentiu à vontade para falar sobre suas dúvidas, queixas, medos e expectativas?	1,812	0,014	1,1 (20)	4,04 (766)	58,6 (1112)
Com que frequência você tem conseguido entender as informações que vem recebendo durante sua internação nesta maternidade?	2,369	0,709	3,2 (78)	48,1 (1172)	48,7 (1188)
Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação nesta maternidade?	2,504	1,283	0,4 (11)	51,3 (1274)	48,3 (1199)
Com que frequência você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações?	2,281	0,401	0,6 (13)	43,0 (896)	56,4 (1175)
Nessa maternidade, você recebeu informações sobre seu direito de escolher um acompanhante durante o período de internação?	0,599	0,705	10,1 (249)	50,6 (1251)	39,3 (970)
A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo?	0,515	1,086	12,5 (362)	51,5 (1495)	36,0 (1045)
Ao chegar na maternidade, a primeira avaliação foi realizada em ambiente privado?	0,720	2,524	13,4 (453)	52,3 (1772)	34,4 (1166)
No local do trabalho de parto, a sua privacidade foi respeitada?	0,871	2,107	11,5 (370)	52,2 (1678)	36,3 (1167)
No local em que ocorreu o nascimento do bebê, a sua privacidade foi respeitada?	0,900	3,230	13,9 (490)	52,3 (1844)	33,8 (1190)
A posição que você ficou para ter o bebê foi deitada de costas com as pernas levantadas ou deitada na cama de barriga pra cima?	0,998	-3,345	9,4 (45)	45,6 (219)	45,0 (216)

Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto?	0,476	-0,132	8,7 (155)	50,2 (892)	41,1 (731)
Quando você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto, você foi atendida?	0,222	-1,202	10,4 (96)	52,7 (1172)	36,9 (341)
Você se sentiu ofendida ou maltratada por algum profissional desta maternidade?	1,146	2,856	12,1 (410)	53,0 (1802)	35,0 (1190)

A questão “A posição que você ficou para ter o bebê foi deitada de costas com as pernas levantadas ou deitada na cama de barriga pra cima?” apresentou baixa intensidade ($bi = -3,345$), indicando que independentemente do nível de aplicação, a posição apropriada para o parto não foi adotada para a puérpera. Já a questão “No local em que ocorreu o nascimento do bebê, a sua privacidade foi respeitada?” apresentou maior parâmetro de intensidade ($bi = 3,230$). Desse modo, as puérperas com maior nível de aplicação tiveram a privacidade respeitada com maior frequência.

Com relação ao percentual de respostas adequadas segundo o nível de aplicação (Tabela 3), pode-se observar que dentre as puérperas cujo nível de assistência foi classificado como baixo, apenas 0,4% se sentiram sempre acolhidas, bem tratadas e respeitadas durante sua internação na maternidade. Quanto à posição para ter o bebê, observou-se que, independentemente do nível de aplicação nessa assistência, a frequência de partos em posição não verticalizada foi baixa, sendo apenas 45% entre as puérperas com alto nível de aplicação. Além disso, pode ser constatada a baixa oferta de líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o trabalho de parto em todos os níveis de adequação às boas práticas.

Quanto ao nível de aplicação às boas práticas, os resultados indicam que as maternidades estão distribuídas da seguinte maneira: 10,6% (53) no nível baixo, 58,4% (293) no nível intermediário e 31,1% (156) no nível alto.

Os níveis de aplicação das boas práticas do parto nas maternidades das regiões brasileiras, por sua vez, estão descritos na Tabela 4. A região Norte foi identificada como sendo de nível médio, com 74,3% das maternidades localizadas nesse nível. No Nordeste 67,3% das maternidades estão no nível médio, colocando a região também nesse nível. O mesmo ocorre na região Centro Oeste, com 67,6% das maternidades identificadas com o nível médio. As regiões Sudeste e Sul localizam-se também no nível médio, com respectivamente 45,8% e 49,2% das suas maternidades. Nestas duas últimas, observa-se que, embora localizadas no nível

médio, a porcentagem de maternidades também foi significativamente alta, sendo de 43% na região sudeste e 47,6% na região Sul.

Tabela 4. Distribuição das maternidades por região e estado segundo nível de aplicação às boas práticas durante o trabalho de parto e parto. Brasil, 2015.

Regiões e estados	Baixo	Médio	Alto	Total
NORTE	n=13 (18,6%)	n=52 (74,3%)	n=5 (7,1%)	N= 70
AC	0 (0%)	6 (1%)	0 (0%)	6
AM	0 (0%)	7(70%)	3(30%)	10
AP	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	4
PA	9 (23,1%)	28 (71,8%)	2 (5,1%)	39
RO	2 (33%)	4(67%)	0 (0%)	6
RR	0 (0%)	1(100%)	0 (0%)	1
TO	0 (0%)	4(100%)	0 (0%)	4
NORDESTE	n = 18 (11,5%)	n=105 (67,3%)	n=33 (21,2%)	N=156
AL	2 (15,4%)	10(76,9%)	1(7,7%)	13
BA	4(13,8%)	19(65,5%)	6(20,7%)	29
CE	4(10,3%)	25(64,1%)	10(25,6%)	39
MA	1(8,3%)	9(75%)	2(16,7%)	12
PB	0(0%)	7(70%)	3(30%)	10
PE	5(16,7%)	21(70%)	4(13,3%)	30
PI	1(14,3%)	4(57,1%)	2(28,6%)	7
RN	0(0%)	5(55,6%)	4(44,4%)	9
SE	1(14,3%)	5(71,4%)	1(14,3%)	7
CENTRO OESTE	n = 0 (0,00 %)	n = 23 (67,6%)	n= 11 (32,4%)	N= 34
DF	0 (0%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11
GO	0 (0%)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9
MS	0 (0%)	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9
MT	0 (0%)	3 (60%)	2 (40%)	5
SUDESTE	n= 20 (11,2%)	n= 82 (45,8%)	n=77 (43%)	N= 179
ES	0(0%)	1(100%)	0(0%)	1
MG	7(22,6%)	14(45,2%)	10(32,3%)	31
RJ	8(21,6%)	20(54,1%)	9(24,3%)	37
SP	5(4,5%)	47(42,7%)	58(52,7%)	110
SUL	n=2 (3,2%)	n=31 (49,2%)	n=30 (47,6%)	N=63
RS	1(5,6%)	11(61,1%)	6(33,3%)	18
SC	1(3,7%)	13(48,1%)	13(48,1%)	27
PR	0(0%)	7(38,9%)	11(61,1%)	18

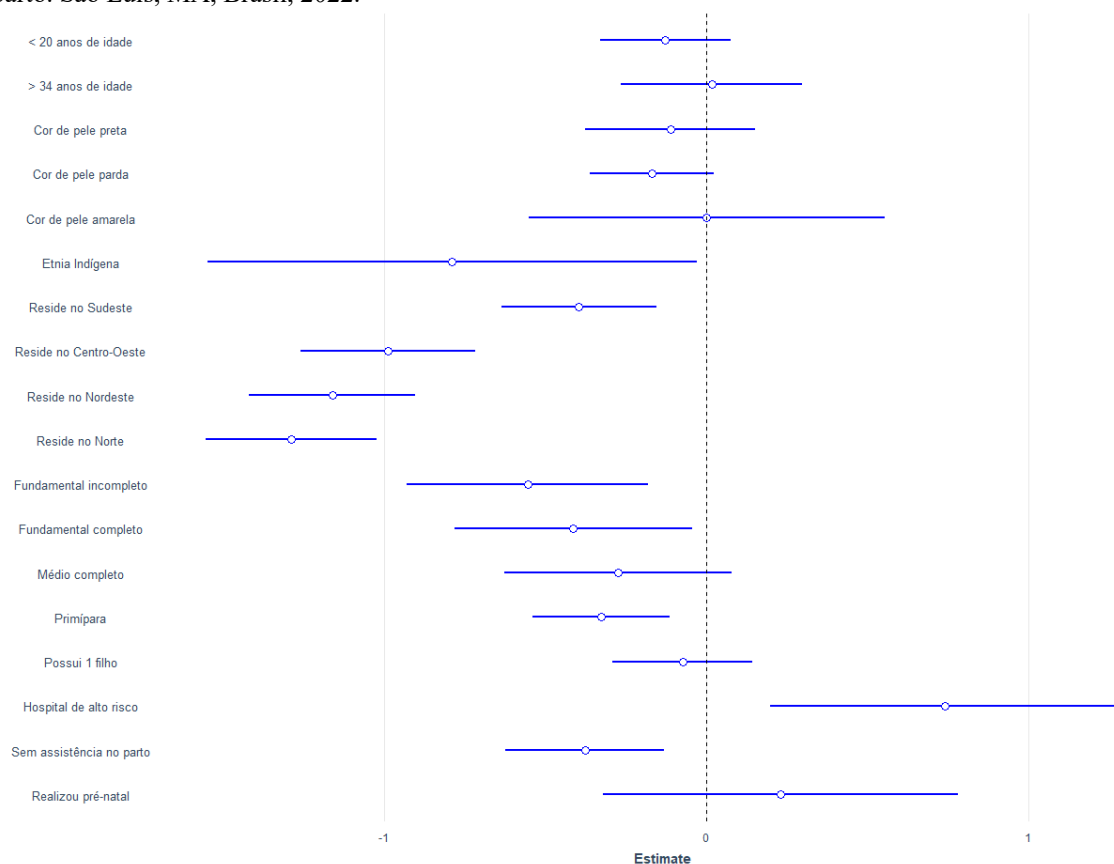
Quanto aos resultados da regressão linear observados na Tabela 5, a cor de pele autodeclarada indígena apresentou associação ($\beta = -0,789$ [IC95% = -1,548; -0,031]; $p = 0,042$), bem como o ensino fundamental completo ($\beta = -0,413$ [IC95% = -0,782; -0,045]; $p = 0,028$) e o incompleto ($\beta = -0,555$ [IC95% = -0,930; -0,180]; $p = 0,004$). Da mesma forma, a primiparidade ($\beta = -0,326$ [IC95% = -0,540; -0,112]; $p = 0,003$), a ausência de assistência durante o parto ($\beta = -0,377$ [IC95% = -0,623; -0,131]; $p = 0,003$) e a região geográfica de domicílio da mulher, a saber: Centro-Oeste ($\beta = -0,988$ [IC95% = -1,260; -0,717]; $p = 0,000$);

Nordeste ($\beta = -1,161$ [IC95% = -1,419; -0,903]; $p = 0,000$); e Norte ($\beta = -1,288$ [IC95% = -1,553; -1,022]; $p = 0,000$) e Sudeste ($\beta = -0,395$ [IC95% = -0,634; -0,156]; $p = 0,002$), apresentaram associação com o desfecho. Na Figura 2 temos a representação gráfica dos fatores associados ao traço latente.

Tabela 5. Fatores associados ao nível de aplicação das boas práticas do trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.

Variáveis	β	IC95%	p
Faixa etária			
Abaixo de 20 anos	-0,128	-0,330; 0,075	0,217
Acima de 35 anos	0,017	-0,265; 0,298	0,909
Cor de pele autodeclarada			
Branca	1	-	-
Amarela	0,001	-0,552; 0,554	0,997
Indígena	-0,789	-1,548; -0,031	0,042
Parda	-0,169	-0,361; 0,023	0,084
Preta	-0,112	-0,376; 0,152	0,407
Escolaridade			
Ensino superior completo	1	-	-
Ensino médio completo	-0,274	-0,628; 0,080	0,130
Ensino fundamental completo	-0,413	-0,782; -0,045	0,028
Ensino fundamental incompleto	-0,555	-0,930; -0,180	0,004
Paridade			
Possui dois ou mais filhos	1	-	-
Possui um filho	-0,073	-0,290; 0,144	0,509
Primípara	-0,326	-0,540; -0,112	0,003
Hospital para gestantes de alto risco			
Não	1	-	-
Sim	0,742	0,199; 1,285	0,008
Região geográfica de domicílio			
Sudeste	-0,395	-0,634; -0,156	0,002
Sul	0,123	0,034; 0,211	0,007
Centro-Oeste	-0,988	-1,260; -0,717	0,000
Nordeste	-1,161	-1,419; -0,903	0,000
Norte	-1,288	-1,553; -1,022	0,000
Profissional que realizou o parto			
Médico, enfermeiro ou obstetiz	1	-	-
Sem assistência no parto	-0,377	-0,623; -0,131	0,003
Realização de pré-natal			
Sim	0,231	-	0,412
Não	-0,029	-0,239; 0,182	0,790

Figura 2. Representação das variáveis de ajuste sobre o nível de aplicação das boas práticas do trabalho de parto e parto. São Luís, MA, Brasil, 2022.



Discussão

Este estudo reuniu dados da pesquisa "Avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades da RC" para avaliar as boas práticas durante o trabalho de parto e parto na percepção das puérperas. O acolhimento ao parto nas maternidades da RC foi um diferencial na discriminação da assistência ofertada. Dentre os itens com baixo poder de discriminação, destacam-se aqueles referentes à oferta adequada de líquidos orais durante o trabalho de parto e da efetivação do direito ao acompanhante de livre escolha.

Itens como o tratamento pessoal, ser chamada pelo nome, sentir-se acolhida, poder falar sobre as dúvidas e medos, receber respostas e resolver dúvidas, bem como conseguir entender as informações fornecidas pela equipe de saúde durante a internação na maternidade, proporcionaram identificar mulheres com maior nível de aplicação das boas práticas. Isso indica que, para que a mulher se sinta bem acolhida, deve ter ocorrido a aplicação adequada de práticas benéficas relacionadas ao acolhimento durante a internação e o trabalho de parto.

O acolhimento apresenta-se como um dispositivo de gestão que favorece o acesso e cuidado integral das puérperas nos serviços de saúde. Os profissionais de saúde desempenham

um papel satisfatório ao colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável¹⁸.

Os achados deste estudo sinalizam a necessidade de enfatizar a qualificação dos profissionais que atuam no cenário do parto, de forma a valorizar a humanização, a segurança e a garantia de direitos das mulheres em trabalho de parto. Há evidências de que a comunicação entre os profissionais e as parturientes, o trabalho integrado da equipe multiprofissional, as pesquisas de satisfação das usuárias e a atuação da enfermeira na sala de parto, estão insuficientemente implantadas entre os profissionais e nos hospitais¹⁹.

Outro fator relevante neste estudo foi a baixa aplicação da oferta de líquidos e alimentos para as puérperas. Esse item apresentou baixo poder de discriminação, independentemente do nível de assistência ofertado às puérperas, a chance da oferta de líquidos foi a mesma entre as puérperas. Isso nos remete supor que o jejum ou a restrição alimentar seguem sendo propostos em algumas maternidades.

Com relação à presença do acompanhante, conforme descrito na literatura, é um direito que favorece o acesso às boas práticas na atenção ao parto²⁰. A adoção da prática do acompanhante em tempo integral ainda permanece um desafio na atenção humanizada. Um estudo nacional demonstrou que apenas 18% das mulheres tiveram garantia da presença contínua de um acompanhante de sua livre escolha⁷. Por outro lado, outra pesquisa realizada com 603 puérperas observou que 95% contaram com a presença do acompanhante²¹.

É possível que a baixa discriminação referente à presença do acompanhante de livre escolha nesse estudo, tenha se dado pelos avanços já decorridos após regulamentação da Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005 e da Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011⁵ que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, pois a literatura aponta mais avanços do que regressão dessa prática pós RC, embora ainda não seja um direito garantido em todas as maternidades, essas políticas trouxeram mais apoio à realização dessa prática²². Nesse estudo foi avaliado tanto o item 8, que se refere apenas à permissão da presença do acompanhante pela maternidade, e o item 9 que faz referência ao tempo de permanência do acompanhante. A presença do acompanhante demonstrou ser uma prática em crescimento. Esse resultado denota uma evolução significativa, amenizando um pouco o peso desse item nas avaliações futuras.

Fatores relacionados aos serviços de saúde, como a estrutura inadequada das maternidades para permanência do acompanhante em tempo integral, processo de trabalho dos profissionais que ainda resistem à aceitação desta recomendação ou simplesmente fatores relacionados à parturiente, como não dispor de acompanhante ou não desejar a presença de outrem durante o processo de parturição, podem dificultar a aplicação dessa prática em tempo

integral nas maternidades^{7,21,23}.

Os itens referentes aos métodos não farmacológicos, embora incluídos no modelo inicial, foram excluídos do modelo final por apresentarem baixo poder de discriminação na aplicação das boas práticas. Este fato pode ser explicado pelo fato de algumas mulheres desconhecerem tais métodos, não sabendo, assim, identificá-los durante a assistência ao trabalho de parto e parto, ou devido à baixa prevalência dessas práticas na assistência. Estudos indicam que menos de um terço das mulheres de risco obstétrico habitual possuem acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto no Brasil²⁴.

Os cuidados não farmacológicos para alívio da dor fazem parte das estratégias internacionais de políticas para atenção à mulher durante a gestação, trabalho de parto e parto, devendo ser incentivados pelos profissionais que prestam assistência ao parto, pois são meios seguros e causam menor número de intervenções.

Neste estudo, observou-se ainda a baixa prevalência de partos em posições verticalizadas. As políticas públicas e as recomendações de organismos nacionais e internacionais, pautadas em evidências científicas, determinam que as posições verticalizadas sejam apresentadas e estimuladas pelos profissionais que assistem às parturientes^{4,25}.

A adoção da posição horizontal pode ser conveniente para os profissionais da saúde, mas nem sempre traz benefícios para as parturientes. Os benefícios da posição verticalizada são maiores e a mesma deve ser encorajada pelos profissionais, respeitando a escolha da mulher. Essa liberdade de movimentação parece ser mais respeitada durante o trabalho de parto do que no parto^{26,27}.

Ao analisarmos os fatores que poderiam influenciar o nível de aplicação das boas práticas às puérperas, observou-se que quanto menor a escolaridade e menor número de partos, menor o nível de aplicação das boas práticas. Também observou-se que a assistência adequada foi menor para mulheres residentes na Região Norte. O conhecimento sobre essas características possibilita a identificação das puérperas com maior vulnerabilidade, demonstrando assim que as iniquidades do acesso às boas práticas ainda permanecem presentes no Brasil²⁸⁻³¹.

Quanto aos fatores associados ao traço latente, observamos que as mulheres que se autodeclararam de pele indígena obtiveram o menor nível de aplicação das boas práticas do parto em relação às mulheres que se declararam brancas, pretas e pardas. Sabe-se que a população indígena do Brasil carece de um acesso oportuno e adequado à saúde, além do índice de escolaridade dessa população ser mais baixo dificultando a compreensão dos seus direitos durante a gestação, parto e puerpério^{28,32}.

Além disso, as desigualdades raciais estão presentes nos serviços de saúde brasileiros de maneira geral e, não obstante à essa realidade estão incluídos os serviços de atenção obstétrica e neonatal do nosso país, mesmo após controle para variáveis socioeconômicas, demográficas e reprodutivas, a desigualdade racial persiste para a maioria dos indicadores estudados³⁰. Os estudos trazem em grande parte uma possível associação entre a cor da pele preta ou parda a deficiências na atenção ao pré-natal, à falta de vinculação à maternidade, peregrinação em busca de atendimento médico, pior avaliação do tempo de espera para o atendimento médico, diminuição da privacidade e falta de acompanhante durante o trabalho de parto, em como menor realização de anestesia local para episiotomia³¹.

Num estudo de Kaminski et al.²⁸ as mulheres indígenas demonstraram insegurança em ter os filhos fora do hospital, no entanto, foram identificadas insatisfações na assistência durante o parto. Assim é necessária a adequação das práticas de forma a preservar a cultura da etnia sem a exposição de mulheres e recém-nascidos ao risco de complicações ou mortalidade³³. Os resultados encontrados nesse estudo demonstram que a vulnerabilidade dos povos indígenas, aliados ao baixo número de pesquisas acerca da saúde reprodutiva da mulher indígena se configura em um desafio para a assistência à saúde prestada pela RC do Sistema Único de Saúde.

Todas as regiões brasileiras avaliadas nesta pesquisa apresentaram uma associação negativa com o traço latente analisado. Porém, por esta mesma análise, percebe-se que quanto mais avançamos para as regiões mais baixas do país, essas disparidades diminuem sendo menores entre as regiões Centro-oeste e Sudeste.

A região Norte e Nordeste, foram os destaques negativos quanto ao traço latente avaliado, corroborando com o estudo de Leal et al.⁷ A prevalência das boas práticas recomendadas no manejo do trabalho de parto e no parto vaginal em hospitais públicos ou conveniados ao SUS dessas regiões em relação às outras do país, foram em média, 150% maiores, indo de encontro aos achados deste estudo.

Porém, não há contrariedade entre os achados dessa pesquisa, visto que nas regiões Norte e Nordeste predomina a baixa escolaridade e a primiparidade entre mulheres adolescentes, mulheres de cor parda ou negra e grupos com menor condição social e financeira, são variáveis que costumam estar associadas negativamente ao traço latente avaliado, sendo a maioria destas demonstradamente nesse estudo.

No sumário de atenção ao parto e nascimento em maternidades da RC encontramos o resumo dos principais achados em 2017, em que houve aumento relativo das boas práticas de atenção ao parto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, para mulheres com 35 e mais

anos, pardas e pretas e menos escolarizadas, sugerindo que a intervenção da RC foi efetiva em reduzir as iniquidades em saúde, porém ainda não o suficiente para equilibrar essas disparidades. Destaca-se que as menores frequências absolutas destas boas práticas persistiram entre as mulheres que se autodeclararam pretas e entre as regiões Sul e Sudeste tivemos as maternidades com maior promoção das boas práticas do parto⁹.

A região Sudeste obteve um destaque menos negativo entre as regiões analisadas por esse estudo quanto a aplicação das boas práticas do parto. Sabe-se que a boa prevalência das boas práticas do parto está entre as mulheres brancas e de maior escolaridade, de acordo com os estudos atuais, e as regiões Sul e Sudeste concentram a maior parte das mulheres com essas características. Este fato também esteve associado à maior presença do acompanhante nestas regiões, pela associação deste com a realização de diversas práticas benéficas e à redução de algumas intervenções desnecessárias²⁰.

Observou-se ainda nesta pesquisa que os menores níveis de escolaridade (ensino fundamental completo e incompleto), foram associados ao menor traço latente nas respondentes deste estudo, sendo o fundamental incompleto com menor nível de assistência. Menores níveis educacionais estão associados ao menor conhecimento, um fator que pode limitar ou restringir a compreensão e o acesso às boas práticas. Mesmo que haja a oferta por parte do profissional, a aplicação também depende do julgamento crítico das mulheres, e nesse ponto elas ainda necessitam estar empoderadas de informação para obterem o melhor dessa assistência. É possível que um investimento sustentado e de mais longo prazo possa equalizar as diferenças de prevalências no acesso aos serviços de saúde entre os diversos grupos sociais.

Sobre o único fator de associação positiva com o desfecho nesse estudo, encontramos os hospitais de alto risco. Sobre esse fato, destacamos a importância da Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2011, que instituiu as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definiu os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Além disso, a gestante que foi encaminhada para um serviço de alto risco, é acolhida desde o pré-natal nessa instituição, obtendo mais atenção da equipe multiprofissional, visto que há um risco maior para a mãe e para o bebê durante todo o processo de parturição, parto e pós-parto, aumentando as chances de obter o acesso e aplicação das boas práticas do parto de modo adequado.

Conclui-se ainda que a avaliação dos itens referentes ao acolhimento, direito ao acompanhante e boas práticas obstétricas na atenção ao trabalho de parto via a TRI possibilitou identificar quais itens têm maior ou menor peso na realização das boas práticas às puérperas

durante o trabalho de parto e parto, como também considera estas características no cálculo do traço latente para cada puérpera.

Como ponto forte deste estudo temos a utilização da TRI como estratégia metodológica visto que a mensuração do traço latente não é influenciada pelo nível de conhecimento das puérperas entrevistadas, nem pelas características das questões. Desse modo, é possível afirmar que este estudo é apropriado para avaliar o nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto na perspectiva das puérperas. Entretanto, o estudo se limita pelo fato de incluir apenas as maternidades vinculadas à RC.

Conclusão

A boa prática do acolhimento às puérperas, mostrou-se um indicador fundamental para efetivação de um novo caminho para as boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto nas maternidades da RC. Nesse contexto, identificar as características do acolhimento prestado pelos profissionais de saúde parece ser um passo importante na promoção de ações que tragam melhorias na aplicação das boas práticas de atenção ao trabalho de parto e parto.

O conhecimento dos fatores associados ao traço latente possibilitou a identificação das puérperas com maior vulnerabilidade, evidenciando que as iniquidades do acesso às boas práticas ainda permanecem no Brasil. Contudo, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para encorajar a adoção das boas práticas de modo adequado e subsidiar as políticas públicas para melhorar a atenção ao trabalho de parto e parto no país.

Referências

1. Silver LD. Direito à saúde ou medicalização da mulher? Implicações para a avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 299-318.
2. Brasil. Programa humanização do parto: humanização no pré natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. OMS. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Birth 1996; 24(2).
4. Brasil. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. Brasília: MS; 2017.

5. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2018 Apr 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
6. Silva BGC, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM, Restrepo-Méndez MC, et al. Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012: Tendência temporal e diferenças regionais. *Rev Bras Epidemiol* 2016;19(3): 484-93.
7. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Suppl 1): 17-32.
8. Declercq E, Ecker J, Cabral H, Young R. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? *Cad Saude Publica* 2014; 30(suppl 1): S39-S40.
9. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3): 801-21.
10. Guia da Organização Mundial de Saúde. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. OMS; 1996.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Brasília: MS; 2016.
12. Pasquali L, Primi R. Fundamentos da teoria da resposta ao item - TRI. *Avaliação Psicológica* 2003; 2(2).
13. Andrade DF, Tavares HR, Valle RC. A Teoria da Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações. São Paulo: SINAPE; 2000. 164p.
14. Hattie JA. Methodology review: Assessing unidimensionality of tests and items. *Appl Psychol Meas* 1985; 9(2).
15. Chalmers RP. Mirt: A multidimensional item response theory package for the R

- environment. J Stat Softw 2012; 48(6): 1-29.
16. Muthén L, Muthén B. Mplus. Seventh edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén; 2015.
 17. Reckase MD. Unifactor latent trait models applied to multifactor tests: Results and implications. J. Educ. Stat 1979; 4(3): 207-30.
 18. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Saches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto TT - Obstetrical nursing care based on good practices: from admission to delivery. Rev eletrônica enferm 2016; 18: 1-10.
 19. Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. Cien Saude Colet 2019; 24(6): 2135-45.
 20. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, D’Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. Rev Saude Publica 2018; 52: 1-11.
 21. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Rev Bras Saude Matern Infant 2016; 16(1): 29-37.
 22. Diniz CSG, d’Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saude Publica 2014; 30(suppl 1).
 23. Goiabeira YNLA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Santos AM, Leal MC, Bittencourt SDA et al. Presença do acompanhante em tempo integral em maternidades brasileiras vinculadas à Rede Cegonha. Cien Saude Colet 2022; 27(4): 1581-94.
 24. Souza ENS, Aguiar MGG, Silva BSM. Métodos não farmacológicos no alívio da dor:

- equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Enferm Rev* 2015; 18(Supl2): 42-56.
25. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev Latino Am Enfermagem* 2018; 26: e2988.
 26. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Rev Esc. Enferm. USP* 2020; 54: 1-11.
 27. Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Rev baiana enferm* 2018; 32: e27499.
 28. Kaminski LS, Silva JP, Dias AK, Markus GWS, Pereira RA. Práticas de mulheres indígenas mediante seu processo gestacional, pré-natal, parto e Puerpério. *Res. Soc. Dev.* 2022; 11 (10): e541111032200.
 29. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, et al. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3): 823-35.
 30. Alves MTSSB, Chagas DC, Santos AM, Simões VMF, Ayres BVS, Santos GL et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3): 837-46.
 31. Leal MC, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Publica* 2017; 33(suppl 1): e00078816.
 32. Langdon EJ. Saúde e Povos Indígenas: os desafios na virada do século. 2010. <http://biblioteca.funai.gov.br/media/pdf/Folheto55/FO-CX-55-3508-2006.PDF> (acesso em 10/dez/2022).

33. Coimbra Jr CEA, Garnelo L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia (CESIR); 2003.
<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf> (acesso em 10/dez/2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema das boas práticas do parto tem uma importância fundamental nas discussões e investigações sobre a assistência prestada à saúde da mulher e da criança no país, sendo, portanto, enfatizadas por meio dessa tese com foco na perspectiva dos trabalhadores e das puérperas.

A metodologia utilizada neste estudo o torna pioneiro entre as pesquisas nacionais. Evidenciou-se que, entre as vantagens do uso da Teoria de resposta ao item na investigação das boas práticas do trabalho de parto e parto, está a construção de uma escala com medidas prioritárias na investigação da qualidade dos serviços obstétricos relacionadas às seguintes práticas do parto: o acolhimento às gestantes e suas famílias; o direito ao acompanhante de livre escolha da gestante; o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto; e a promoção da deambulação e da escolha da posição durante o parto, conforme as diretrizes das boas práticas recomendadas pela OMS.

Alguns dos resultados apresentados por esta tese demonstraram a ausência da oferta adequada de algumas das boas práticas na perspectiva dos trabalhadores das maternidades da Rede Cegonha, tais como: o uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor (massagem, bola *bobath* e banqueta); a presença do acompanhante em tempo integral na maternidade; e condições para que o parto acontecesse em outras posições que não a deitada, em maternidades classificadas com baixo nível de oferta pelos trabalhadores. Em relação à perspectiva das puérperas, o menor o nível de aplicação das boas práticas durante o trabalho de parto e parto foi entre as indígenas, puérperas com menor escolaridade, as primíparas e procedentes da Região Norte, denunciando iniquidades na assistência prestada.

Esse conjunto de resultados expõe desafios importantes no processo de evolução das boas práticas pós-implantação do programa Rede Cegonha, além de apontar novas estratégias e novas prioridades para as avaliações futuras. A avaliação e a implementação das boas práticas do parto são de fundamental importância para o avanço da qualidade da assistência obstétrica no Brasil, pois além de possibilitar o distanciamento de procedimentos desnecessários, podem servir de grande encorajamento para o aumento do número de partos mais humanizados, seguros e fisiológicos. Portanto, a partir desses resultados amplia-se o foco da assistência às parturientes e às suas famílias, no sentido de não apenas evitar intervenções desnecessárias e negativas, mas também na promoção de práticas benéficas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

É importante ressaltar que ter um olhar mais atento à execução das boas práticas é papel não apenas do poder público, mas também da sociedade na busca pelos seus direitos à saúde pré-estabelecidos pela constituição federal e nas diretrizes nacionais de assistência ao parto. De modo prático, considerando os achados deste estudo, recomenda-se a atenção aos itens que melhor discriminam as boas práticas nas avaliações das instituições que realizam serviços obstétricos no país, bem como a aplicação da escala em avaliações futuras de serviços obstétricos do país.

REFERÊNCIAS

- ADACHI, K.; SHIMADA, M.; USUI, A. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. **Nursing research**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 47-51, 2003.
- AGUIAR, G. S. O Funcionamento Diferencial do Item (DIF) como estratégia para captar ênfases curriculares diferenciadas em matemática. **Estudos em Avaliação Educacional**, [s. l.], v. 21, n. 45, 2010.
- AHLERT, É. C.; ALVES, A. M.; LOHMANN, P. M. A percepção dos profissionais da área obstétrica de dois hospitais do Vale Do Taquari sobre o parto humanizado. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, RS, v. 11, n. 3, p. 165-77, 2019.
- ALBUQUERQUE, N. L. D. A. *et al.* Percepção das puérperas acerca do parto verticalizado. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 3, 2018.
- ALEXANDRE, D. F. S. N.; MAMEDE, F. V.; PRUDÊNCIO, P. S. O uso do partograma por profissionais de enfermagem durante o trabalho de parto. **Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 1-6, 2016.
- ALMEIDA, J. M.; ACOSTA, L. G.; PINHAL, M. G. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, jul./set. 2015.
- ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. A Teoria da Resposta ao Item : Conceitos e Aplicações. SINAPE, 4, [s. l.], set. 2000. **Anais...**
- ANDRADE, J. M.; LAROS, J. A.; GOUVEIA, V. V. O uso da teoria de Resposta ao Item em avaliações educacionais: diretrizes para pesquisadores. **Avaliação Psicológica**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 421-35, 2010.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGIÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008**. Brasília: ANVISA, 2008.
- ARAÚJO, A. S. C. *et al.* Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 4, 2018.
- ARAUJO, E. A. C.; ANDRADE, D. F. de; BORTOLOTTI, S. L. V. Teoria da Resposta ao Item. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 1000-08, 2009.
- AZEVEDO, A. S. *et al.* Percepção de puérperas quanto às boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto. **Revista de Medicina da UFC**, Fortaleza, v. 60, n. 1, p. 28-34, 2020.
- BACKES, D. S. *et al.* Construção e validação de construto de boas práticas de atenção ao parto/nascimento. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 10, n. 5, 2020.
- BARROS, L. A.; VERÍSSIMO, R. C. S. S. Uso do partograma em maternidades escola de

Alagoas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 555-60, 2011.

BAVARESCO, G. Z. *et al.* O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3259-66, 2011.

BAKER, F. B. **The basics of item response theory**. Washington, DC: ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation, 2001.

BIANA, C. B. *et al.* Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem**, [s. l.], v. 55, p. 1-11, 2021.

BIO, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, São Paulo, v. 28, n. 11, p. 671-679, 2006.

BIRNBAUM, A. Some Latent Trait Models and their Use in Inferring an Examinee's Ability. In: _____. **Statistical Theories of Mental Test Scores**. [S. l.: s. n.], 1968.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Estrutura das maternidades: Aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, 2014.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 801-21, 2021.

BOCK, R. D. Estimating item parameters and latent ability when responses are scored in two or more nominal categories. **Psychometrika**, [s. l.], v. 37, 1972.

BORTOLOTTI, S. L. V. *et al.* **Teoria da resposta ao item-medida de satisfação por meio do modelo logístico de dois parâmetros**. [S. l.: s. n.], 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: MS, 1985.

BRASIL. **Portaria nº569/GM/MS, de 01 de junho de 2000**. [S. l.], 2002a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizizesConsolidacao/comum/13493.htm>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. **Programa Humanização do parto**. Brasília: MS, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília: MS, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e**

Neonatal: modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio. Brasília: MS, 2004b.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.108/2005.** Disponível em:

https://www.tjpr.jus.br/web/cevid/noticias/-/asset_publisher/b0bN0gNEc6Uo/content/lei-da-parturiente?inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.tjpr.jus.br%2Fweb%2Fcevid%2Fnoticias%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_b0bN0gNEc6Uo%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011.** Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: MS, 2011b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2351_05_10_2011.html. Acesso em: 21 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013.** Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 10 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal:** versão resumida. Brasília: MS, 2017.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro:** população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz,

2013, v. 2, p. 19-38.

CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 6, p. 890-8, 2015.

CARVALHO, I. C. B. M. *et al.* Adaptação e validação da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 401-18, 2018

CARVALHO, E. M. P. *et al.* Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2135-45, 2019.

CASTRO, S. M. J.; TRENTINI, C.; RIBOLDI, J. Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 13, n. 3, 2010.

CHEROBIN, F.; OLIVEIRA, A. R.; BRISOLA, A. M. Acupuntura E Auriculoterapia Como Métodos Não Farmacológicos De Alívio Da Dor No Processo De Parturição. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 21, n. 3, 2016.

CHRISTENSEN, K. B.; KREINER, S.; MESBAH, M. **Rasch Models in Health**. [S. l.: s. n.], 2013.

COELHO, K. C.; ROCHA, I. M. S.; LIMA, A. L. S. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 22, p. 14, 2018.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-36, 2015.

CÔRTEZ, C. T. *et al.* Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 0716-25, 2015.

COSTA, E. C.; SANT'ANA, F. R. S.; BRITO, I. F. Percepção de mulheres relacionada aos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, v. 7, n. 19, p. 92-102, 2017.

COUTO, G.; PRIMI, R. Teoria de resposta ao item (TRI): conceitos elementares dos modelos para itens dicotômicos. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 61, n. 134, p. 1-15, 2011.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, 2014.

DIAS, E. G. *et al.* Eficiência De Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto Normal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 2, 2018.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, 2014.

DODOU, H. D. *et al.* A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 1-9, 2014.

EMBRETSON, S. E.; REISE, S. P. **Item response theory for psychologists**. [s. l.]: Editora de Psicologia, 2013.

FEIJÃO, L. B. V.; BOECKMANN, L. M. M.; MELO, M. C. Conhecimento de enfermeiras residentes acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 35-9, 2017.

GALLO, R. B. S. *et al.* Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 41-8, 2011.

GOTTEMS, L. B. D. *et al.* Good practices in normal childbirth: Reliability analysis of an instrument by cronbach's alpha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, p. 1-8, 2018.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados**. 1. d. Porto Alegre (RS): Bookman Editora, 2009.

HAMBLETON, R. K.; SWAMINATHAN, H.; ROGERS, H. J. **Fundamentals of item response theory**. Newbury Park, Califórnia: Sage Publications, 2001.

HUNTER, S.; HOFMEYR, G. J.; KULIER, R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 4, 2007.

KABONGO L. *et al.* Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons learnt on a quality improvement initiative to improve mother and newborn care at Gobabis District Hospital, Namibia. **BMJ Open Qual**, [s. l.], v. 6, n. 2, e000145, 2017.

KIM, S. H.; BAKER, F. B. **Birtr**: A Package for “The Basics of Item Response Theory Using R”. **Applied Psychological Measurement**, v. 42, n. 5, p. 403-4, 2018.

KOLEN, M. J.; BRENNAN, R. L. **Test equating, scaling, and linking: Methods and practices: Third edition**. New York: Springer, 2014.

KUMAR, S. *et al.* Effectiveness of the WHO SCC on improving adherence to essential practices during childbirth, in resource constrained settings. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 345, 2016.

LAMY, Z. C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste

brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 2021.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. suppl 1, 2014.

LAWRENCE, A. *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 2013, n. 10, 2013.

LEAL, M. C. *et al.* **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em 20 dez. 2022.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suppl. 1, p. 17-32, 2014.

LEAL, G. C. G. *et al.* Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 21, n. 2, 2016.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, P. 823-35, 2021.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD/98. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 813-24, 2002.

LIMA, M. M. *et al.* Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres [Obstetric nurses in the childbirth process: the women's perception] [Enfermeras obstétricas en el proceso del parto: percepción de las mujeres]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1-7, 2020.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, 2010.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 134-43, 2003.

LORD, F. M. **Applications of item response theory to practical testing problems**. New York/London: Routledge, 2012.

LUCENA, T. S.; MORAIS, R. J. L.; SANTOS, A. A. P. Analysis of partogram completion as good obstetric practice in the monitoring of labor / Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 222, 2019.

LUNDA, P.; MINNIE, C. S.; BENADÉ, P. Women's experiences of continuous support during childbirth: A meta-synthesis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 167, 2018.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, 2014.

MAIR, P. **Modern psychometrics with R**. 1. ed. [s. l.]: Springer International Publishing, 2018. p. 257-87.

MAMEDE, F. V. *et al.* El dolor durante la fase activa del trabajo de parto: el efecto de deambulación a dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 15, n. 6, p. 33-45, 2011.

MCDONALD, R. P. The dimensionality of tests and items. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 100-17, 1981.

MELO, B. M. *et al.* Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 18, n. 3, 2017.

MIELKE, K. C.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. D. C. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. **Avances en Enfermería**, [s. l.], v. 37, n. 1, p. 47-55, 2019.

MOREIRA JUNIOR, F. D. J. Contribuições da teoria da resposta ao item nas avaliações educacionais. **Ciência e Natura**, [s. l.], v. 36, n. 3, 2014.

MOREIRA, M. C.; MARCELINO, M. O.; RABELO, É. M. Lacerações e desfechos perineais imediatos de partos assistidos na banqueta de parto e posição semi-sentada / Lacerations and immediate perineal outcomes of assisted births on the stool and semi-sitting position. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 1736-47, 2021.

NUNES, C. H. S. S.; PRIMI, R. Impacto do tamanho da amostra na calibração de itens e estimativa de escores por teoria de resposta ao item. **Avaliação Psicológica**, [s. l.], v. 4, n. 2, 2005.

OLIVEIRA, L.; CRUZ, A. A Utilização da Bola Suíça na Promoção do Parto Humanizado. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 175-80, 2014.

OLIVEIRA, F. A. M. de *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 36, n. spe, 2015.

OLIVEIRA, R. R. de *et al.* Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à

luz de Canguilhem Premature birth and prenatal care: integrative review in the light of Canguilhem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4616-22, 2016.

OLIVEIRA, J. *et al.* Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Assistência ao Parto Normal: um guia prático. **Birth (Berkeley, Calif.)**, v. 24, n. 2, 1996.

PAEK, I.; COLE, K. **Using R for Item Response Theory Model Applications**. London: Routledge, 2019.

PAIXÃO, R. S.; SILVA, C. J. Evolução e alcance dos programas e projetos de atendimento às grávidas no SUS. **Revista Científica UNILAGO**, São Jose do Rio Preto / SP, v. 1, n. 1, p. 1–9, 2016.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item - TRI. **Avaliação Psicológica**, [s. l.], v. 2, n. 2, 2003.

PATABENDIGE, M.; SENANAYAKE, H. Implementation of the WHO safe childbirth checklist program at a tertiary care setting in Sri Lanka: a developing country experience. **BMC Pregnancy Childbirth**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 12, 2015.

PEARSON, A.; JORDAN, Z.; MUNN, Z. Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. **Nursing Research and Practice**, [s. l.], v. 2012, p. 1-6, 2012.

PEREIRA, A. L. F.; BENTO, A. D. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, 2011.

PINHEIRO, I. R.; COSTA, F. R.; CRUZ, R. M. Modelo nominal da Teoria de Resposta ao Item: uma alternativa. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 437-47, 2010.

RECKASE, M. D. Unifactor latent trait models applied to multifactor tests: Results and implications. **Journal of educational statistics**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 207-30, 1979.

RESENDE, F. G. L. *et al.* Métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor durante o parto: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. e15210815291, 2021.

ROCHA, B. D. *et al.* Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, 2020.

ROPKE, J. Uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor durante o processo de parturição. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 137-41, 2016.

SALAZAR, E. R. S. *et al.* O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 3, p. 230-7, 2020.

SANDIN-BOJÖ, A. K.; KVIST, L. J. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. **Birth**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 321-8, 2008.

SANTOS, R. K. S.; LIMA, L. S. V.; CASTRO, J. F. L. Avaliação da assistência ao parto vaginal em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde**, Vitória, v. 22, n. 3, p. 98-107, jul-set, 2020.

SANTOS, A. H. L. S. *et al.* Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 11, n. 1, 2017.

SANTOS, A. P. S. *et al.* Acompanhante de livre escolha no parto e nascimento : desejos , expectativas e experiências de mulheres Free choice childbirth companion : women ' s desires, expectations and experiences Acompañante de libre elección en el parto y nacimiento: deseos. **Tempus, Acta de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 93-109, 2021.

SANTOS, I. S.; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Revista de Enfermagem da UNISA**, Santo Amaro, SP, v. 13, n. 1, p. 64-8, 2012.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; JUNQUEIRA, S. M. D. O. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão a reflexion on the emotional support during childbirth reflexión sobre la presencia del acompañante durante el parto. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 453-8, 2011.

SARTES, L. M. A.; DE SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Avanços na psicometria: Da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. **Psicologia: Reflexao e Critica**, [s. l.], v. 26, n. 2, 2013.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 13, n. 4, p. 585-90, 2008.

SILVA, G.; SOUZA, P. C.; VIAL, D. S. Recursos fisioterapêuticos para o alívio da dor no trabalho de parto. **REVISTA FAIPE**, Cuiabá, v. 5, n. 1, 2015.

SILVA, C. A.; LARA, S. R. G. Use of the shower aspersion combined with the swiss ball as a method of pain relief in the active labor stage. **Brazilian Journal Of Pain**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 167-70, 2018.

SILVA, W. N. S. *et al.* Birth plan as an instrument of good practices in delivery and birth: An integrative review. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 33, 2019.

SILVA, L. B. R. A. A. *et al.* Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, 2021.

SPECTOR, J. M. *et al.* Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. **PLoS One**, v. 7, n. 5, e35151, 2012.

STENBECK, M. *et al.* Fundamentals of Item Response Theory. **Contemporary Sociology**, [s. l.], v. 21, n. 2, 1992.

SURUCU, S. G. *et al.* The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [s. l.], v. 30, p. 96-102, 2018.

TAAVONI, S. *et al.* Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, [s. l.], v. 24, p. 99-102, 2016.

TANVISUT, R.; TRAIRISILP, K.; TONGSONG, T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 297, n. 5, p. 1145-50, 2018.

TAVARES, C. Z. Teoria da resposta ao item: uma análise crítica dos pressupostos epistemológicos. **Estudos em Avaliação Educacional**, [s. l.], v. 24, n. 54, p. 56, 2013.

UNICEF. **Assistência ao parto e nascimento: uma agenda para o século 21**. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>. Acesso em: 10 dez. 2022.

VASCONCELOS, K. L. *et al.* Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica TT - Partogram: security tool in obstetric assistance. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 2, p. 619-24, 2013.

VALLE, R. C. Construção e interpretação de escalas de conhecimento: um estudo de caso. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 71-92, 2001.

VELHO, M. B. *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 1-15, 2019.

VIEIRA, M. J. O. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. 1-10, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in Mternal Mortality: 1990-2013**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ARTIGO 1 APROVADO



Ciência & Saúde Coletiva
Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Impressa ISSN 1413-8129 | Online ISSN 1678-4561



Prezado colaborador,

Esta mensagem é para lhe comunicar uma decisão tomada pelo Conselho de Política Editorial da Revista Ciência & Saúde Coletiva e referendada pela Diretoria da Abrasco e que envolve você.

A partir do dia 20/01 de 2021, a Revista Ciência & Saúde Coletiva passou a cobrar uma taxa mínima de R\$ 100,00 reais (cem reais) por artigo submetido no país e US\$ 25,00 dólares (vinte e cinco dólares) dos artigos enviados de fora do país para avaliação. [Saiba mais.](#)

[Conheça a Revista](#) ▾
 [Submissão](#)
[Chamada Pública](#)
[Edições](#)
[Artigos](#) ▾
 [Lilacs](#)
[Pubmed](#)
[Novidades](#)
[Contato](#)






0291/2021 - Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item

Provision of good childbirth practices in maternity units of Rede Cegonha according to Item Response Theory



Autor:

• Kely Nayara dos Reis Silva Figueiredo - Figueiredo, K. N. dos R. S. - <kelynayara@hotmail.com>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6309-0184>

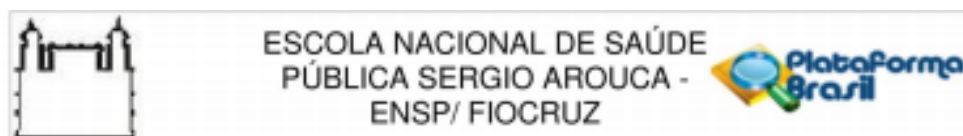
Como Citar

Figueiredo, K. N. dos R. S., Campelo, C. L., Machado, P. M. A., da Silva, N. B. P., QUEIROZ, R. C. de S., Silva, A. A. M., Santos, A. M.. Oferta das boas práticas do parto em maternidades da Rede Cegonha segundo a Teoria de Resposta ao Item. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2021/Set). [Citado em 26/01/2022]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/oferta-das-boas-praticas-do-parto-em-maternidades-da-rede-cegonha-segundo-a-teoria-de-resposta-ao-item/18190>.

Prévia disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/oferta-das-boas-praticas-do-parto-em-maternidades-da-rede-cegonha-segundo-a-teoria-de-resposta-ao-item/18190>.

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA AVALIATIVA DA GESTÃO E ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NA REDE SUS DO BRASIL

Pesquisador: ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56389713.5.3001.5240

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISA CLINICA

Patrocinador Principal: Secretaria de Atenção a Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.866.931

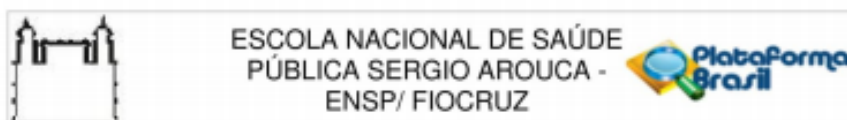
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa coordenado pelo Ministério da Saúde, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão e Fiocruz-Escola Nacional de Saúde Pública, cuja coordenadora regional na ENSP é a pesquisadora Maria do Carmo Leal.

"O objeto do trabalho é a avaliação do grau de implantação das boas práticas na atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha – Ministério da Saúde. Além disso, visa verificar a implantação de mudanças do modelo de gestão desses serviços, a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das boas práticas e a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias, execução das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e gestão participativa. Este projeto está vinculado a uma política ministerial, a Rede Cegonha, de abrangência nacional do Ministério da Saúde/SAS/DAPEs.

O projeto terá a duração de 24 meses, compreendendo as seguintes etapas: 1ª) Planejamento e implementação das ações; 2ª) Avaliação Externa; e 3ª) Devolutiva do Resultado e Apoio às Maternidades. Para tanto, propõe-se a execução de pesquisa avaliativa com diferentes enfoques metodológicos, como observação participante, análise documental e entrevista com gestores,

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Marquinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.886/931

trabalhadores e usuárias. Os instrumentos de coleta de dados serão organizados em módulos: I) Identificação; II) Acolhimento com classificação de risco; III) Direito ao acompanhante; IV) Vigilância e monitoramento epidemiológico; V) Ambiência; VI) Gestão participativa e compartilhada na maternidade; e VII) Boas práticas na atenção ao parto e nascimento. Ao todo, será avaliada uma amostra mínima de 872 estabelecimentos de saúde do SUS (maternidades) que realizem 500 ou mais partos por ano, distribuídas por todo o território nacional, sendo 346 destes estabelecimentos sob a responsabilidade da UFMA e os demais 526 sob responsabilidade da ENSP/FIOCRUZ. Ao final das avaliações serão confeccionados relatórios técnicos e realizadas reuniões técnicas com as maternidades, a fim de ampliar o apoio à implementação de boas práticas na atenção e na gestão.*

O projeto tem financiamento do MS no valor de R\$1.800.000,00. A coleta de dados inicia em janeiro de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a proponente:

Objetivo Primário:

Avaliar a implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil, conforme referencial da Rede Cegonha, com vista a induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, fomentando melhorias no acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas no parto e nascimento.

Objetivo Secundário:

- Avaliar a implantação de mudanças do modelo de gestão e atenção nos serviços que realizam partos, garantindo acesso, acolhimento, resolubilidade, e incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção dos trabalhadores em relação ao acolhimento às usuárias e a execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento, e mecanismos de participação colegiada;
- Avaliar a percepção das usuárias em relação às facilidades de acesso, acolhimento e execução das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento;
- Induzir o desenvolvimento de um conjunto de ações que permitam mudanças no modelo de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.886.931

gestão e atenção à saúde nas maternidades do SUS, garantindo acesso, qualidade, acolhimento, resolubilidade e a incorporação das Boas Práticas do parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a proponente:

"Por se tratar de pesquisa utilizando apenas as técnicas de entrevista, análise documental e observação in loco, não haverá riscos biológicos para os participantes. Potenciais riscos decorrentes de relações de poder serão minimizados na medida em que a confidencialidade e sigilo dos dados serão garantidos. Não haverá penalidades ou prejuízos às usuárias devido às suas opiniões, nem tampouco aos trabalhadores ou gestores do estabelecimento. O único possível dano seria o constrangimento, mas o(a) senhor(a) poderá se recusar a responder a qualquer pergunta e poderá interromper a entrevista. Portanto, não haverá penalidades ou prejuízos devido à participação nesta pesquisa.

Há vários potenciais benefícios decorrentes deste projeto, especialmente no que se refere à produção de dados sobre a qualidade da estrutura e dos serviços relacionados ao parto e nascimentos nas maternidades públicas do país, vinculadas ao SUS. Esses dados serão processados e serão expedidos relatórios com análise das diversas situações observadas. Estes dados e relatórios serão discutidos com gestores das diferentes instâncias do SUS, com o propósito de direcionar a implementação de ações. Ademais, serão gerados trabalhos científicos que poderão contribuir para uma discussão mais ampla do tema."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

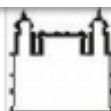
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Instrumentos de coleta de dados (questionários, formulários, roteiros de entrevistas, etc);

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.866.931

- Termo de anuência da instituição Coparticipante.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se adequado ética e metodologicamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

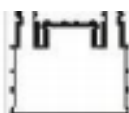
* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

BRASIL 2014



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.886.931

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	10/11/2016 17:01:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	01/08/2016 20:47:16		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENT E.docx	01/08/2016 20:46:25	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2 016.pdf	01/08/2016 20:42:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_01_08_2 016.doc	01/08/2016 20:42:06	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_01_08_2016.docx	01/08/2016 20:41:33	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	16/05/2016 11:38:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2 016.pdf	16/05/2016 11:36:37	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	2_Projeto_pesquisa_avaliativa_15_04_2 016.doc	16/05/2016 11:35:46	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	15/04/2016 19:02:36		Aceito
Outros	7_Liberacao_local.pdf	15/04/2016 19:01:44	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	4_TCLE_pmaq_25_02_2016.docx	15/04/2016 18:57:27	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Folha de Rosto	1_Folha_de_rostoassinada.pdf	15/04/2016 18:52:31	ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	04/12/2013 22:17:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_246985.pdf	10/11/2013 01:49:52		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação da Parecer: 1.866.931

RIO DE JANEIRO, 14 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Tênis
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Página 05 de 08

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções aos autores

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – LINK 3);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – LINK 4);

1.6 – Questões Metodológicas (LINK 5): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (LINK 1) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa (LINK 2);

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS).

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 Tabelas. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site.

15.2 Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.