

## Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach<sup>1</sup>

Leila Bernarda Donato Gottems<sup>2</sup>  
Elisabete Mesquita Peres De Carvalho<sup>3</sup>  
Dirce Guilhem<sup>4</sup>  
Maria Raquel Gomes Maia Pires<sup>5</sup>

**Objetivo:** analisar a consistência interna do instrumento de avaliação da adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach para cada uma das dimensões e para o instrumento total. **Método:** estudo descritivo e transversal, realizado em centros obstétricos de onze hospitais públicos do Distrito Federal, com aplicação de questionário a 261 profissionais que atuavam na atenção ao parto. **Resultados:** participaram do estudo 261 profissionais, sendo 42,5% (111) enfermeiros e 57,5% (150) médicos. A avaliação da confiabilidade do instrumento pelo Alfa de Cronbach resultou em 0,53, 0,78 e 0,76 para as dimensões 1, 2 e 3, após depurações que resultaram na exclusão de 11 itens. **Conclusões:** o instrumento obteve Alfa de Cronbach de 0,80. Há necessidade de aperfeiçoamento nos itens da dimensão 1 que se referem a atitudes, conhecimentos e práticas de organização da rede de atenção à gestação, parto e nascimento. Todavia, pode ser aplicado na forma como está para avaliação das práticas baseadas em evidências científicas de atenção ao parto.

**Descritores:** Estudos de Validação; Confiabilidade dos Dados; Análise Estatística; Assistência Perinatal; Avaliação em Saúde; Parto Humanizado.

<sup>1</sup> FUNDAÇÃO DE APOIO A PESQUISA DO DISTRITO FEDERAL Processo nº 193.000.175-2013.

<sup>2</sup> PhD. Professor Doutor. Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup> MSc. Doutorando. Programa de Pós Graduação em Ciências para a Saúde, Escola Superior de Ciências da Saúde e Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Doutorado Interinstitucional em Ciências para a Saúde. Enfermeiro. Superintendencia da Região de Saúde Norte, Secretaria de Estado da Saúde do DF, Brasília, DF, Brasil.

<sup>4</sup> PhD. Professor Titular. Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1-D.

<sup>5</sup> PhD. Professor Adjunto. Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

### Como citar este artigo

Gottems LBD, Carvalho EMP, Guilhem D, Pires MRGM. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3000. [Access   ]; Available in: \_\_\_\_\_ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2234.3000>.   

URL

## Introdução

A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento se constitui em uma das principais estratégias de mudança do modelo obstétrico, de redução da morbimortalidade materna e infantil e de acesso a serviços de qualidade conforme recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), reiteradas pelas políticas de saúde no Brasil<sup>(1-7)</sup>.

No contexto brasileiro, destaca-se a política denominada Rede Cegonha, publicada por meio da Portaria GM nº 1459, de 24 de junho de 2011. Propõe-se a organização dos serviços em redes de atenção à saúde com ênfase na articulação entre o pré-natal e os locais de parto, reforço à adoção das práticas baseadas em evidências científicas pelos profissionais de saúde, presença do acompanhante, educação em saúde para parturientes, familiares e acompanhantes, e educação permanente dos profissionais para potencializar mudanças na atenção dirigida à mulher e à criança<sup>(1,4-5)</sup>. De forma complementar, as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, propostas pelo Conselho Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, publicadas em 2016, orientam os profissionais na sua atividade diária com avaliação sistemática e sintetizada da informação científica disponível a fim de que consigam tomar decisões cotidianas.

A produção de mudanças na atenção ao parto e nascimento, todavia, continua sendo um desafio complexo a gestores, pesquisadores e movimentos sociais<sup>(1-7)</sup>. No âmbito dos serviços de saúde, a reorientação das práticas podem ser potencializadas pela avaliação para a gestão de serviços de saúde<sup>(8)</sup>. Trata-se de um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo para subsidiar os gestores na tomada de decisões cotidianas com base na utilização de métodos e técnicas de pesquisa na sua concepção, formulação e implementação<sup>(8-9)</sup>. Em especial, necessita-se de pesquisas avaliativas que abordem o nível meso ou operativo da gestão, contexto em que as ações ocorrem a partir das decisões da macropolítica e manifestam-se no modelo assistencial, nos processos de trabalho, na definição dos recursos e no desenho dos programas<sup>(9)</sup>.

A literatura científica tem evidenciado lacunas no entendimento das potencialidades e limitações no trabalho dos profissionais que atuam na atenção ao parto com baixa adesão às boas práticas obstétricas<sup>(2-3,7)</sup>. A adesão é um processo dinâmico, multifatorial e comportamental que resulta de um conjunto de determinantes que dependem de fatores subjetivos, tais como traços da personalidade, nível cognitivo e

intelectual, crenças e contexto social do qual a pessoa faz parte. Os termos adesão (*adherence*) e obediência (*compliance*) têm sido usados para designar o grau de coincidência entre os comportamentos do indivíduo (paciente ou cliente) e as recomendações terapêuticas do profissional da saúde<sup>(10)</sup>. Neste estudo, a adesão foi adotada como a coincidência entre os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais em relação às recomendações técnicas e evidências científicas sobre a atenção ao parto<sup>(11)</sup>.

O instrumento de medidas analisado neste artigo está voltado ao contexto dos serviços de saúde, aos múltiplos saberes dos profissionais, aos valores, às crenças e ideias que intermediam a relação estabelecida com as parturientes<sup>(10-11)</sup>. Foi construído com base nas práticas propostas pelas diretrizes da Rede Cegonha, tratadas como constructos a serem mensurados (variável latente) por meio de observação indireta das suas manifestações no cotidiano do processo de trabalho em saúde, na rede de atenção ao parto e nascimento<sup>(12)</sup>. Estas manifestações foram transformadas em itens (conceitos operacionais) que se constituem em atitudes, conhecimentos, práticas, comportamentos e opiniões sobre saúde e bem-estar físico e psicológico das mulheres<sup>(11-13)</sup>.

Os dados da pesquisa foram usados para testar a validade (capacidade de medir o que se propõe em relação a um determinado fenômeno) e a confiabilidade (capacidade de apresentar medidas fiéis à realidade) do instrumento<sup>(14-15)</sup>. Sendo assim, este artigo teve como objetivo analisar a consistência interna do instrumento de avaliação da adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento utilizando o Coeficiente Alfa de Cronbach para cada uma das dimensões e para o instrumento total.

## Método

Realizou-se um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, em 11 centros obstétricos de hospitais públicos da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a março de 2015. O instrumento foi aplicado aos médicos, enfermeiros e residentes (Medicina e Enfermagem) que atuavam na assistência direta ao parto. A mostra foi composta por 261 profissionais de saúde, estratificada por hospital, conforme o número de profissionais atuantes em cada um deles. Esta amostra foi calculada com base na regra do polegar, sendo no mínimo 5 respondentes por item do instrumento, o que equivale a no mínimo 250 respondentes, considerando-se que o instrumento possui 50 itens<sup>(14-16)</sup>.

O instrumento original está dividido em três dimensões: Organização da Rede de Atenção à

Gestação, Parto e Nascimento (itens 1 a 12), Práticas Baseadas em Evidências Científicas (item 13 a 35) e Processos de Trabalho (itens 36 a 50). Contém também questões sobre o perfil socioeconômico, demográfico e profissiográfico<sup>(11)</sup>. Os itens do instrumento referentes às práticas profissionais seguem a escala de cinco pontos de Likert, que foram transformados em valores de 0 a 100, assim ordenada e pontuada: discorda totalmente (1=0 ponto), discorda parcialmente (2=25 pontos), não sei/não se aplica (3=50 pontos), concorda parcialmente (4=75 pontos), concorda totalmente (5=100 pontos).

Os dados de perfil foram analisados por meio de estatística descritiva. Para avaliar a consistência interna do instrumento, calculou-se o Alfa de Cronbach, coeficiente que mede a correlação entre as respostas em um questionário por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes cujos valores variam de 0 a 1<sup>(14-17)</sup>. Quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores. Um limite inferior geralmente aceito é de 0,7, apesar de cair para 0,6 em pesquisas exploratórias. A classificação da Confiabilidade do Alfa de Cronbach ocorre da seguinte forma: Muito baixa ( $\alpha \leq 0,30$ ); Baixa ( $0,30 < \alpha \leq 0,60$ ); Moderada ( $0,60 < \alpha \leq 0,75$ ); Alta ( $0,75 < \alpha \leq 0,90$ ) e Muito alta ( $\alpha > 0,90$ )<sup>(14-17)</sup>.

A confiabilidade (intensidade da correlação entre os itens) foi ainda testada mediante a eliminação de itens do questionário, no processo de depuração. Se com a eliminação de um item o Coeficiente aumentou, assumiu-se que esse item não era altamente correlacionado com os outros itens da escala, podendo ser eliminado do instrumento. Se diminuiu, assumiu-se que esse

item era altamente correlacionado com os outros itens do instrumento. O Alfa Cronbach foi calculado para o instrumento como um todo e para cada dimensão<sup>(14-17)</sup>.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sob o número CAAE 01918712.6.0000.5553. O estudo foi financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (Processo nº 193.000.175-2013).

## Resultados

Entre os 261 profissionais que participaram do estudo, 42,5% (111) eram enfermeiros e 57,5% (150) médicos. A média de idade foi de 35 anos para os enfermeiros ( $\pm 9,49$ ) e 39,47 ( $\pm 10,17$ ) para os médicos. O tempo de atuação na sala de parto foi em média de 5 anos para os enfermeiros ( $\pm 5,41$ ) e de 12 para os médicos e o tempo médio de formado foi de 10,37 $\pm 8,00$  para enfermeiros e 14,44 $\pm 10,48$  para médicos. Na distribuição por sexo, obteve-se 92% de profissionais do sexo feminino na Enfermagem e 68% na Medicina. A carga horária semanal foi em média de 44 horas para enfermeiros e 45 para médicos.

Na análise da consistência interna do instrumento, o resultado do Alfa de Cronbach da Dimensão 1 foi de 0,49 com os itens originais do instrumento (Tabela 1). Os valores de correlação variaram de 0,44 a 0,38, considerada moderada. As variáveis 1 e 7 apresentaram as menores correlações. Após sua exclusão, o Alfa Cronbach aumentou para 0,51 e para 0,53 quando excluído também o item 8.

Tabela 1 - Média, desvio padrão, coeficiente de correlação item-total e  $\alpha$ -Cronbach se o item for excluído para a Dimensão 1- Organização da Rede de Atenção à Gestação, Parto e Nascimento. Brasília, DF, Brasil (2015)

Variáveis	M*	DP†	Correlação item-total	$\alpha$ Cronbach se excluído
V1 - Desconheço a área de abrangência deste serviço de atenção ao parto e nascimento.	82,85	30,39	0,04	0,51
V2 - Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço.	64,08	35,97	0,16	0,48
V3 - Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.	52,11	38,67	0,32	0,43
V4 - Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia.	54,69	38,47	0,38	0,41
V5 - Normalmente, atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos.	12,36	25,25	0,25	0,46
V6 - A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente.	17,24	30,38	0,28	0,45
V7 - Recebemos gestantes sem o plano de parto individual elaborado durante o pré-natal.	13,79	27,23	0,05	0,5
V8 - Em geral, recebemos as parturientes sem todos os resultados dos exames de rastreamento de risco realizados no pré-natal.	32,18	32,87	0,18	0,47
V9 - Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário.	31,70	33,73	0,12	0,49
V10 - Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento.	26,92	35,51	0,13	0,49
V11 - Quando necessitamos de procedimentos de apoio, diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.	21,36	30,48	0,19	0,47
V12 - O acesso às informações dadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.	66,38	33,86	0,14	0,48

\*M=Média; †DP=Desvio Padrão.

Na Dimensão 2, obteve-se um Alfa de Cronbach de 0,74 com todos os itens, sem nenhuma exclusão, conforme observado na Tabela 2. Após exclusão dos itens 33 e 35 que apresentavam correlação item-total negativa, o Alfa da dimensão alcançou 0,78. Os valores de Alfa de Cronbach foram moderados em todas as variáveis, sem as exclusões.

Na Dimensão 3, com todos os itens originais, obteve-se o Alfa de Cronbach de 0,62 (moderada).

Após a retirada dos itens 39, 41, 44, 47, 48 e 49 cujas correlações item-total estavam baixas e/ou negativas, obteve-se o valor de Alfa de 0,766.

O instrumento obteve um Alfa de Cronbach total de 0,745 com todos os itens. Com a exclusão dos itens V1 e V7 da Dimensão 1, V33 e 35 da Dimensão 2 e V39, V41, V44, V47, V48 e V49 da Dimensão 3, obteve-se um valor de 0,80. Após a depuração o instrumento, passou a ter 39 itens, conforme Figura 1.

Tabela 2 - Média, desvio padrão, coeficiente de correlação Item-total e  $\alpha$  Cronbach se o item for excluído para a Dimensão 2 – Práticas Baseadas em Evidências Científicas. Brasília, DF, Brasil (2015)

Variáveis	M*	DP <sup>†</sup>	Correlação item-total	$\alpha$ Cronbach se excluído
V13 - O parto normal é realizado em leitos PPP <sup>‡</sup> neste serviço.	84,96	29,52	0,19	0,74
V14 - Restrinjo a ingestão hídrica e alimentar da parturiente durante o TP <sup>§</sup> , rotineiramente.	64,56	35,47	0,32	0,73
V15 - Utilizo cortinas e/ou biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.	78,07	33,97	0,3	0,73
V16 - Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.	78,26	33,17	0,32	0,73
V17 - Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.	65,90	35,64	0,34	0,73
V18 - O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.	75,29	32,78	0,21	0,74
V19 - Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o TP <sup>§</sup> e parto.	85,06	24,26	0,39	0,73
V20 - Estimulo a deambulação da gestante durante o TP <sup>§</sup> .	93,39	16,02	0,36	0,73
V21 - Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.	67,82	33,95	0,42	0,72
V22 - Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o TP <sup>§</sup> e parto.	81,90	26,41	0,45	0,72
V23 - Na fase ativa do TP <sup>§</sup> , realizo ausculta de batimentos cardíacos a cada 30 minutos, rotineiramente.	70,40	30,90	0,36	0,73
V24 - Utilizo partograma para acompanhar o TP <sup>§</sup> .	50,00	39,65	0,44	0,72
V25 - Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do TP <sup>§</sup> .	90,13	21,28	0,36	0,73
V26 - Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto.	91,19	19,21	0,32	0,73
V27 - Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto.	96,26	13,97	0,12	0,74
V28 - A tricotomia é realizada rotineiramente neste serviço.	88,98	25,59	0,22	0,74
V29 - Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o TP <sup>§</sup> e parto.	35,92	31,17	0,36	0,73
V30 - A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP <sup>§</sup> .	31,13	26,14	0,37	0,73
V31 - Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.	19,64	29,33	0,43	0,72
V32 - Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.	54,89	34,43	0,29	0,73
V33 - Evita-se a realização de toques vaginais por mais de um profissional.	56,13	36,50	-0,12	0,77
V34 - Realizo manobra de Kristeller quando necessário.	54,21	38,75	0,43	0,72
V35 - A amniotomia precoce raramente é realizada nesse serviço.	66,57	34,12	-0,03	0,76

\*M=Média; †DP=desvio padrão; ‡PPP- Pré-parto, parto e puerpério; §TP=Trabalho de Parto.

Tabela 3- Média, Desvio Padrão, coeficiente de correlação Item-total e Alpha Cronbach se o item for excluído para a Dimensão 3 – Processos de Trabalho. Brasília, DF, Brasil (2015)

Variáveis	M*	DP <sup>†</sup>	Correlação item-total	$\alpha$ Cronbach se excluído
V36 - Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.	86,21	18,38	0,28	0,61
V37 - As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o TP <sup>‡</sup> .	80,46	28,19	0,49	0,57
V38 - Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.	71,84	33,57	0,63	0,54
V39 - Cada profissional assiste ao parto conforme sua experiência.	26,25	30,32	-0,14	0,66
V40 - Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.	71,07	31,26	0,40	0,58
V41 - Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.	66,86	36,27	0,29	0,60
V42 - Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada neste serviço.	62,36	33,51	0,42	0,58
V43 - Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.	79,12	26,94	0,50	0,57
V44 - Assisto ao parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco.	58,81	37,65	-0,30	0,70
V45 - Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente.	47,99	32,05	0,45	0,57
V46 - Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.	25,77	28,58	0,37	0,59
V47 - Registro informações sobre a atenção ao parto e nascimento apenas no prontuário eletrônico.	67,53	37,17	0,12	0,63
V48 - Raramente consulto as informações sobre o pré-natal registradas no cartão da gestante.	92,62	21,27	0,11	0,62
V49 - As ofertas de capacitação para os profissionais desta equipe são raras.	30,27	33,30	0,17	0,62
V50 - A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras (os) é restrita a alguns plantões (escassa).	31,99	35,58	0,23	0,61

\*M=Média; †DP=desvio padrão; ‡TP=Trabalho de Parto.

Viabilizo leito em outra unidade quando da inexistência de vaga neste serviço.	0,80
Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.	0,80
Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia.	0,79
Normalmente, atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao nº de leitos.	0,80
A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente.	0,80
Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário.	0,80
Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento.	0,80
Quando necessito de procedimentos de apoio, diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.	0,80
O acesso às informações dadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.	0,80
O parto normal é realizado em leitos PPP* neste serviço.	0,80
Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o TP†, rotineiramente.	0,80
Utilizo cortinas/biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.	0,79
Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.	0,80
Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.	0,80
O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.	0,80
Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o TP† e Parto.	0,79
Estimulo a deambulação da gestante durante o TP†.	0,80
Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor.	0,79
Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o TP† e parto.	0,79
Na fase ativa do TP†, realizo ausculta de BCF‡ a cada 30 minutos, rotineiramente.	0,79
Utilizo partograma para acompanhar o TP†.	0,79
Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do TP†.	0,79
Promovo contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira ½ hora após o parto.	0,79
Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto.	0,80
A tricotomia é realizada rotineiramente neste serviço.	0,80
Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o TP† e parto.	0,79
A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP†.	0,79
Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.	0,79
Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.	0,79
Realizo manobra de Kristeller quando necessário.	0,80
Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.	0,79
As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o TP†.	0,79
Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.	0,80
Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto com minha equipe.	0,79
Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada neste serviço.	0,81
Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.	0,80
Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente	0,79
Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.	0,80
A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras (os) é restrita a alguns plantões.	0,80

\*PPP= Pré-parto, parto e puerpério; †TP= Trabalho de parto; ‡BCF=Batimentos cardíofetais.

Figura 1- Itens recomendados para o instrumento "adesão dos profissionais às boas práticas de atenção ao parto e nascimento" com os respectivos valores a Cronbach obtidos após a depuração. Brasília-DF (2015)

Foi realizado também o cálculo do Alfa de Cronbach segundo sexo e categoria profissional. Com todos os itens, o Alfa obteve 0,75 para ambos os sexos. Após as exclusões dos 11 itens, obteve-se 0,80 para a população feminina e 0,79 para a masculina. Na comparação do Alfa entre médicos e enfermeiros, com o total de itens, obteve-se 0,77 para enfermeiros e 0,73 para médicos. Após as exclusões, alcançou-se 0,82 para enfermeiros e 0,78 para médicos.

## Discussão

Na análise de confiabilidade do instrumento pelo Alfa de Cronbach foi possível obter uma proposta melhorada do questionário "adesão às boas práticas na atenção ao parto normal"<sup>(11)</sup>. A Dimensão 1 apresentou

coeficiente de 0,53, com baixa correlação entre os itens, portanto baixa confiabilidade. O valor de Alfa foi baixo ( $0,30 < \alpha \leq 0,60$ ), pouco se alterou com as exclusões. Todavia, não se obteve em nenhum dos testes valores muito baixos ( $\alpha \leq 0,30$ ). O processo de purificação não foi suficiente para aumentar o Alfa, demonstrando que o constructo requer aperfeiçoamento na forma de operacionalizá-lo em itens<sup>(16-17)</sup>.

A reestruturação da atenção à gestante e ao recém-nascido, com articulação entre as ações do pré-natal na atenção primária, e assistência ao parto no âmbito hospitalar constituem-se nas principais ferramentas introduzidas pela Rede Cegonha<sup>(1-4)</sup>. Entretanto, para se consolidarem como práticas dos profissionais de saúde ainda demandam a incorporação na gestão dos serviços de saúde, de ferramentas que favoreçam a

visão sistêmica dos profissionais, tais como os planos de ação, os mapas de vinculação entre as unidades e de tecnologias que favoreçam a troca de informações entre unidades de saúde e profissionais<sup>(1-2,11)</sup>. Isto pode explicar a consistência moderada desta dimensão ( $0,60 < \alpha \leq 0,75$ )<sup>(14-15)</sup>.

Na Dimensão 2, após a depuração, obteve-se Alfa de Cronbach alto no total da dimensão e em todos os itens (alta  $0,75 < \alpha \leq 0,90$ )<sup>(14-15)</sup>. Os dois itens excluídos referem-se à realização de toques vaginais por mais de um profissional e ao uso de amniotomia precoce nos serviços, ambos itens reversos no instrumento e intervenções obstétricas desnecessárias<sup>(2-7)</sup>.

A avaliação da adesão às práticas baseadas em evidências científicas, demonstradas nos itens da Dimensão 2, evidenciou que os profissionais tanto realizam as boas práticas quanto ainda intervêm desnecessariamente no parto. Os resultados estão coerentes com os dados de outros estudos nacionais, que demonstram que a episiotomia ainda é realizada em 56% dos partos vaginais; que o parto em posição de litotomia ocorre em 92% das mulheres; e que 37% das mães sofreram manobra de Kristeller, nenhuma delas apoiada pelas melhores evidências disponíveis<sup>(4-5)</sup>. Práticas positivas como alimentar-se durante o trabalho de parto (26%) e liberdade de movimento no trabalho de parto (46%) também são apontadas pela literatura. Estudos realizados em cenários internacionais, como em Teerã e países da América Latina, incluindo o Brasil, também demonstram a adoção concomitante de boas práticas e intervenções desnecessárias entre os profissionais<sup>(18-19)</sup>.

Há necessidade de ações importantes para favorecer a incorporação de recomendações simples, como deambular ou não manter acesso venoso de rotina<sup>(6-8)</sup>. Dispositivos como os planos de parto construídos desde as unidades básicas de saúde durante o pré-natal merecem ser retomados no sentido de ajudar os profissionais e as mulheres a reconstruírem, conjuntamente, o tecnicismo do cuidado à gestação, parto e nascimento, em prol de uma atenção preventiva, contemplativa e humanista<sup>(1-7,18-21)</sup>. A incorporação de práticas com fundamentos científicos e que respeitem o pertencimento do parto podem ser muito recompensadoras para os profissionais de saúde, mas implicam em resignificação das relações assimétricas de poder<sup>(18-20)</sup>. Em relação ao abandono das intervenções, é necessário seguir o caminho percorrido por outros países, como os Estados Unidos da América<sup>(20)</sup>, em que grupos de consumidores e ativistas, em combinação com o apoio institucional, reforçaram a necessidade de uma abordagem de atenção baseada em evidências com o objetivo de contribuir para a melhoria nos desfechos,

sem o dano iatrogênico associado às excessivas intervenções<sup>(1-7,21)</sup>.

A terceira dimensão obteve Alfa de 0,766 após a depuração. Os itens excluídos representam comportamentos relevantes, mas não desejáveis nos profissionais, como assistir ao parto conforme sua experiência (39); estar desatualizado com relação às evidências científicas (41); assistir ao parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco (44); registro das informações sobre a atenção ao parto e nascimento apenas no prontuário eletrônico (47); raramente consultar as informações sobre o pré-natal no cartão da gestante (48); e baixa oferta de capacitação aos profissionais (49).

É relevante destacar que o processo de trabalho requer anteparo em procedimentos de educação permanente, nos protocolos clínicos, na construção de espaços de compartilhamento de informações e decisões e no suporte tecnológico<sup>(1-7)</sup>. Embora a depuração tenha alterado substancialmente o resultado demonstrando que os itens excluídos apresentavam baixa consistência, é necessária a decisão do pesquisador quanto à pertinência ou não da exclusão<sup>(14-15)</sup>. Observa-se que todos são itens negativos, o que pode ter influenciado o resultado e referem-se a aspectos do processo de trabalho extremamente relevantes.

O processo de purificação resultou em um instrumento com Alfa de Cronbach total de 0,80, considerado como satisfatório para instrumentos de medida<sup>(16-18)</sup>. Contém 39 itens, conforme Figura 1. A redução do número de itens, embora sem consenso na literatura sobre o tamanho ideal, pode representar vantagens para novas aplicações<sup>(16)</sup>.

É importante ressaltar que esse coeficiente auxilia o pesquisador sobre a pertinência ou não de um item em determinado questionário, mas não substitui a decisão sobre a relevância do item dentro do contexto geral do constructo em estudo<sup>(14-15)</sup>. Por este motivo, os itens da primeira dimensão, ainda que não obtivessem Alfa Cronbach alto, foram mantidos. Há necessidade de novos estudos para o aperfeiçoamento da consistência interna do instrumento para o uso na avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas voltados para a organização de sistemas integrados de atenção à gestação, parto e nascimento<sup>(16)</sup>.

Outro resultado a ser observado foi a diferença de Alfa de Cronbach entre sexo e entre as categorias profissionais do estudo. Pelos resultados, as mulheres e as enfermeiras são mais sinceras nas respostas. Esse dado é relevante, visto que os valores de Alfa podem ser alterados por outras características da amostra em novas aplicações do instrumento<sup>(14,16)</sup>.

É importante destacar que a robustez dos resultados de um estudo depende do instrumento utilizado que

deve ter consistência interna e qualidade<sup>(14-16)</sup>. A avaliação de serviços de saúde ainda representa um desafio, tendo em vista a complexidade do objeto a ser avaliado, as dificuldades na sistematização de ferramentas avaliativas e na obtenção confiável dos dados, documentos e informações para esse fim<sup>(18-21)</sup>. Existem lacunas de conhecimentos e a necessidade de pesquisas que desenvolvam ferramentas para medir a qualidade do cuidado e a melhoria contínua das instalações, das atitudes, do comportamento e das relações de poder entre os profissionais de saúde. A aplicação deste instrumento pode subsidiar ações para melhoria da qualidade da atenção ao parto<sup>(18-20)</sup>.

## Conclusão

O valor do coeficiente de Alfa de Cronbach total do instrumento após as depurações foi de 0,80 com 39 itens. Entre as dimensões, esse coeficiente variou entre 0,53 e 0,76. A primeira dimensão apresentou baixa correlação com os demais itens, o que requer nova aplicação após revisão, de forma a alcançar maior índice de confiabilidade. Todavia, da forma como está, poderá ser aplicado para avaliação do conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais que atuam na atenção ao parto.

## Referências

1. Cavalcanti, PCS, Gurgel Junior GD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. A logical model of the Rede Cegonha network. *Physis*. 2013; 23 (4):1297-316. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>.
2. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377:1863-76. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
3. Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. Women's narratives on care received in a birthing center. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(12):2436-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00039713>
4. Aquino EML. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl1):S8-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>
5. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme MM Filha, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Sup(1):17-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
6. Serruya SJ. The art of not doing wrong and doing the right thing! *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 Sup(1):17-47. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO03S114>
7. Pereira SS, Santos Oliveira ICM, Silva Santos JB, Carvalho MCDMP. Natural childbirth: the work of nurses in the face of humanized care. *Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2016; 10(3): 199-213. doi: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1727>
8. Tanaka OY, Tamaki EM. The role of evaluation in decision-making in the management of health services. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):821-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>
9. Conill EM. Regarding the impasses of the uses of evaluation for management: it is not necessary to invent, nor is it enough to simplify. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):834-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400005>
10. Moraes ABA, Rolim GS, Costa Jr. AL. Adherence process from a behavioral analysis perspective. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. [Internet]. 2009; 11(2):329-45. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452009000200009&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200009&lng=pt).
11. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(6):889-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003>
12. Curado MAS, Teles J, Marôco J. Analysis of variables that are not directly observable: influence on decision-making during the research process. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(1): 146-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100019>.
13. Pasquali L. Psychometrics. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(spe): 992-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.
14. Cunha CM, Almeida Neto OP, Stackfleth R. Main psychometric evaluation methods of measuring instruments reliability. *Rev Atenção Saúde*. 2016; 14(49): 98-103. doi: 10.13037/rbcs.vol14n49.3671
15. Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima MHM, Rodrigues RCM. Reliability in the development and evaluation of measurement instruments in the health field. *Rev Eletr Enferm*. 2013;15(3):802-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>
16. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construction of measurement instruments in the area of health. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(3):925-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013>
17. Malacarne MP, Luiz SG, Amaral TR, Siqueira MM. Health service evaluation in Public Health: a survey of research on assessment in Public Health Graduate Programs. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2017; 18(1):62-7. doi: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i1.15136>
18. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, House A, Baghban AA. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based

practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery*. 2015; doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.003>

19. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Burgos RY, Silva LCFP, et al. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*. 2016; 218–25. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>

20. Declercq E. Is medical intervention in childbirth inevitable in Brazil?. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl1):S39-S40. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO05S114>.

21. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; 384:1129-45. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Recebido: 18.05.2017

Aceito: 04.01.2018

---

Correspondência:

Leila Bernarda Donato Gottens  
Escola Superior de Ciências da Saúde/Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências para a Saúde  
Setor Médico Hospitalar Norte Conjunto A, Bloco 01, Edifício Fepecs  
Bairro: Plano Piloto, Asa Norte  
CEP:70710-907, Brasília, DF, Brasil  
E-mail: [leila.gottens@gmail.com](mailto:leila.gottens@gmail.com)

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.