

## Buenas prácticas en el parto normal: análisis de la confiabilidad de un instrumento por el 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>

**Objetivos:** analizar la consistencia interna del instrumento de evaluación de la adhesión de los profesionales a las buenas prácticas de atención al parto y nacimiento, por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones y para el instrumento total. **Método:** estudio descriptivo y transversal, realizado en centros obstétricos de once hospitales públicos del Distrito Federal, con aplicación de cuestionario a 261 profesionales que actuaban en la atención al parto. **Resultados:** Participaron del estudio 261 profesionales, siendo 42,5% (111) enfermeros y 57,5% (150) médicos. La evaluación de la confiabilidad del instrumento por el Alfa de Cronbach resultó en 0,53, 0,78 y 0,76 para las dimensiones 1, 2 y 3, después de depuraciones que resultaron en la exclusión de 11 ítems. **Conclusiones:** el instrumento obtuvo Alfa de Cronbach de 0,80. Hay necesidad de perfeccionamiento en los ítems de la dimensión 1 que se refieren a actitudes, conocimientos y prácticas de organización de la red de atención a la gestación, parto y nacimiento. Todavía puede ser aplicado en la forma como está para evaluación de las prácticas basadas en evidencias científicas de atención al parto.

**Descriptor:** Estudios de Validación; Exactitud de los Datos; Análisis Estadístico; Atención Perinatal; Evaluación en Salud; Parto Humanizado.

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

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

<sup>3</sup> MSc. Doctorando. Programa de Post Grado en Ciencias para la Salud, Escola Superior de Ciências da Saúde e Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Doctorado Interinstitucional en Ciencias para la Salud. Enfermero. Superintendencia da Região de Saúde Norte, Secretaria de Estado da Saúde do DF, Brasília, DF, Brasil.

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

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

### Cómo citar este artículo

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

## Introducción

La incorporación de las buenas prácticas de atención al parto y nacimiento se constituye en una de las principales estrategias de cambio del modelo obstétrico, de reducción de la morbilidad materna e infantil y de acceso a servicios de calidad conforme recomendaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), reiteradas por las políticas de salud en Brasil<sup>(1-7)</sup>.

En el contexto brasileiro, se destaca la política denominada Rede Cegonha, publicada por medio de la Orden Ministerial GM nº 1459, de 24 de junio de 2011. Se propone la organización de los servicios en redes de atención a la salud con énfasis en la articulación entre el pre-natal y los locales de parto, refuerzo a la adopción de las prácticas basadas en evidencias científicas por los profesionales de salud, presencia del acompañante, educación en salud para parturientas, familiares y acompañantes, y educación permanente de los profesionales, para potenciar cambios en la atención dirigida a la mujer y al niño<sup>(1,4-5)</sup>. De forma complementaria, las guías nacionales de asistencia al parto normal, propuestas por el Consejo Nacional de Incorporación de Tecnologías en el Sistema Único de Salud, publicadas en 2016, orientan a los profesionales en su actividad diaria, con evaluación sistemática y sintetizada de la información científica disponible, para que consigan tomar decisiones cotidianas.

La producción de cambios en la atención al parto y nacimiento, todavía, continúa siendo un desafío complejo a gestores, investigadores y movimientos sociales<sup>(1-7)</sup>. En el ámbito de los servicios de salud, la reorientación de las prácticas puede ser potencializada por la evaluación para la gestión de servicios de salud<sup>(8)</sup>. Se trata de un proceso técnico-administrativo y político de juicio de valor o mérito de algo, para subsidiar a los gestores en la toma de decisiones cotidianas, con base en la utilización de métodos y técnicas de investigación en su concepción, formulación e implementación<sup>(8-9)</sup>. En especial, se necesita de investigaciones evaluativas que aborden el nivel meso u operativo de la gestión, contexto en que las acciones ocurren a partir de las decisiones de la macropolítica y se manifiestan en el modelo asistencial, en los procesos de trabajo, en la definición de los recursos y en el diseño de los programas<sup>(9)</sup>.

La literatura científica ha evidenciado lagunas en el entendimiento de las potencialidades y limitaciones en el trabajo de los profesionales que actúan en la atención al parto, con baja adhesión a las buenas prácticas obstétricas<sup>(2-3,7)</sup>. La adhesión es un proceso dinámico, multifactorial y comportamental que resulta de un conjunto de determinantes que dependen de factores subjetivos tales como trazos de la personalidad, nivel

cognitivo e intelectual, creencias y contexto social del cual la persona hace parte. Los términos adhesión (*adherence*) y obediencia (*compliance*) han sido usados para designar el grado de coincidencia entre los comportamientos del individuo (paciente o cliente) y las recomendaciones terapéuticas del profesional de la salud<sup>(10)</sup>. En este estudio, la adhesión fue adoptada como la coincidencia entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales en relación a las recomendaciones técnicas y evidencias científicas sobre la atención al parto<sup>(11)</sup>.

El instrumento de medidas analizado en este artículo está volcado al contexto de los servicios de salud, a los múltiples saberes de los profesionales, a los valores, a las creencias e ideas que median la relación establecida con las parturientas<sup>(10-11)</sup>. Fue construido en base a las prácticas propuestas por las directrices de la Rede Cegonha, tratadas como constructos a ser medidos (variable latente) por medio de observación indirecta de sus manifestaciones en lo cotidiano del proceso de trabajo en salud, en la red de atención al parto y nacimiento<sup>(12)</sup>. Estas manifestaciones fueron transformadas en ítems (conceptos operacionales) que se constituyen en actitudes, conocimientos, prácticas, comportamientos y opiniones sobre salud y bienestar físico y psicológico de las mujeres<sup>(11-13)</sup>.

Los datos de la investigación fueron usados para testar la validez (capacidad de medir lo que se propone en relación a un determinado fenómeno) y la confiabilidad (capacidad de presentar medidas fieles a la realidad) del instrumento<sup>(14-15)</sup>. Siendo así, este artículo tuvo como objetivo analizar la consistencia interna del instrumento de evaluación de la adhesión de los profesionales a las buenas prácticas de atención al parto y nacimiento, utilizando el Coeficiente Alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones y para el instrumento total.

## Método

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con abordaje cuantitativo, en once centros obstétricos de hospitales públicos de la Secretaría de Estado de la Salud del Distrito Federal. La recolección de datos ocurrió en el período de enero a marzo de 2015. El instrumento fue aplicado a los médicos, enfermeros y residentes (medicina y enfermería) que actuaban en la asistencia directa al parto. La muestra fue compuesta por 261 profesionales de salud, estratificada por hospital, conforme el número de profesionales actuantes en cada uno de ellos. Esta muestra fue calculada en base a la regla del pulgar, siendo al mínimo 5 respondientes por ítem del instrumento, lo que equivale al mínimo a 250 respondientes considerándose que el instrumento posee 50 ítems<sup>(14-16)</sup>.

El instrumento original está dividido en tres dimensiones: Organización de la Red de Atención a la Gestación, Parto y Nacimiento (ítems 1 a 12), Prácticas Basadas en Evidencias Científicas (ítem 13 a 35) y Procesos de Trabajo (ítems 36 a 50). Contiene también preguntas sobre el perfil socioeconómico, demográfico y profesiográfico<sup>(11)</sup>. Los ítems del instrumento referentes a las prácticas profesionales, siguen la escala de cinco puntos de Likert, que fueron transformadas en valores de 0 a 100, así ordenada y puntuada: discorda totalmente (1=0 punto), discorda parcialmente (2=25 puntos), no sé/no se aplica (3=50 puntos), concuerda parcialmente (4=75 puntos), concuerda totalmente (5=100 puntos).

Los datos de perfil fueron analizados por medio de estadística descriptiva. Para evaluar la consistencia interna del instrumento fue calculado el Alfa de Cronbach, coeficiente que mide la correlación entre las respuestas en un cuestionario por medio del análisis del perfil de las respuestas dadas por los respondientes, cuyos valores varían de 0 a 1<sup>(14-17)</sup>. Cuanto más próximo de 1, mayor la confiabilidad entre los indicadores. Un límite inferior generalmente aceptado es de 0,7, a pesar de caer para 0,6 en investigaciones exploratorias. La clasificación de la Confiabilidad del Alfa de Cronbach ocurre de la siguiente forma: Muy baja ( $\alpha \leq 0,30$ ); Baja ( $0,30 < \alpha \leq 0,60$ ); Moderada ( $0,60 < \alpha \leq 0,75$ ); Alta ( $0,75 < \alpha \leq 0,90$ ) y Muy alta ( $\alpha > 0,90$ )<sup>(14-17)</sup>.

La confiabilidad (intensidad de la correlación entre los ítems) fue aún testada mediante la eliminación de ítems del cuestionario, en el proceso de depuración. Si con la eliminación de un ítem, el Coeficiente aumentó, se consideró que ese ítem no era altamente correlacionado con los otros ítems de la escala, pudiendo ser eliminado

del instrumento. Si disminuyó, se considera que ese ítem era altamente correlacionado con los otros ítems del instrumento. El Alfa Cronbach fue calculado para el instrumento como un todo y para cada dimensión<sup>(14-17)</sup>.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría de Estado de Salud del Distrito Federal, bajo el número CAAE 01918712.6.0000.5553. El estudio fue financiado por la Fundación de Apoyo a la Investigación del Distrito Federal (Proceso nº 193.000.175-2013).

## Resultados

Entre los 261 profesionales que participaron del estudio, 42,5% (111) eran enfermeros y 57,5% (150) médicos. La media de edad fue de 35 años para los enfermeros ( $\pm 9,49$ ) y 39,47 ( $\pm 10,17$ ) para los médicos. El tiempo de actuación en la sala de parto fue en media de 5 años para los enfermeros ( $\pm 5,41$ ) y de 12 para los médicos y el tiempo medio de formado fue de  $10,37 \pm 8,00$  para enfermeros y  $14,44 \pm 10,48$  para médicos. En la distribución por sexo, se obtuvo 92% femenino en la enfermería y 68% en la medicina. La carga horaria semanal fue en media de 44 horas para enfermeros y 45 para médicos.

En el análisis de la consistencia interna del instrumento, el resultado del Alfa de Cronbach de la Dimensión 1 fue de 0,49 con los ítems originales del instrumento (Tabla 1). Los valores de correlación variaron de 0,44 a 0,38, considerada moderada. Las variables 1 y 7 presentaron las menores correlaciones. Después de su exclusión, el Alfa Cronbach aumentó para 0,51 y para 0,53 cuando fue excluido también el ítem 8.

Tabla 1 – Media, desvío estándar, coeficiente de correlación ítem-total y  $\alpha$ -Cronbach si el ítem fuera excluido para la Dimensión 1- Organización de la Red de Atención a la Gestación, Parto y Nacimiento. Brasília, DF, Brasil, 2015

Variables	M*	DP†	Correlación ítem-total	$\alpha$ Cronbach si excluido
V1 - Desconozco el área de alcance de este servicio de atención al parto y nacimiento.	82,85	30,39	0,04	0,51
V2 - Viabilizo lecho en otra unidad de atención al parto cuando había inexistencia de vacante en este servicio.	64,08	35,97	0,16	0,48
V3 - Recibi gestantes para conocer el local del parto, rutinariamente.	52,11	38,67	0,32	0,43
V4 - Actividades educativas son realizadas con las gestantes y acompañantes para favorecer la vinculación a la maternidad, en la visita previa.	54,69	38,47	0,38	0,41
V5 - Normalmente atendemos a una cantidad de parturientas superior al número de lechos.	12,36	25,25	0,25	0,46
V6 - El equipo es insuficiente para la cantidad de parturientas atendidas diariamente.	17,24	30,38	0,28	0,45
V7 - Recibimos gestantes sin el plano de parto individual elaborado durante el pre-natal.	13,79	27,23	0,05	0,5
V8 - En general recibimos las parturientas sin todos los resultados de los exámenes de rastreo de riesgo realizados en el pre-natal.	32,18	32,87	0,18	0,47
V9 - Tenemos facilidad en contactar el equipo de pre-natal de la atención primaria y/o del ambulatorio de alto riesgo, cuando es necesario.	31,70	33,73	0,12	0,49
V10 - Participo de reuniones con los equipos de pre-natal para discutir mejorías en la atención a la gestación, parto y nacimiento.	26,92	35,51	0,13	0,49
V11 - Cuando necesitamos de procedimientos de apoyo, diagnóstico y terapéuticos no disponibles, tenemos dificultades en conseguir en otros servicios.	21,36	30,48	0,19	0,47
V12 - El acceso a las informaciones realizadas por las demás unidades de salud son facilitadas por el prontuario electrónico.	66,38	33,86	0,14	0,48

\*M=Media; †DP=Desvío Padrón

En la Dimensión 2 se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,74 con todos los ítems, sin ninguna exclusión, conforme lo observado en la Tabla 2. Después de la exclusión de los ítems 33 y 35 que presentaban correlación ítem-total negativa, el Alfa de la dimensión alcanzó 0,78. Los valores de Alfa de Cronbach fueron moderados en todas las variables, sin exclusiones.

En la Dimensión 3, con todos los ítems originales se obtuvo el Alfa de Cronbach de 0,62 (moderada).

Después de la retirada de los ítems 39, 41, 44, 47, 48 y 49, cuyas correlaciones ítem-total estaban bajas y/o negativas, se obtuvo el valor de Alfa de 0,766.

El instrumento obtuvo un Alfa de Cronbach total de 0,745 con todos los ítems. Con la exclusión de los ítems V1 y V7 de la Dimensión 1, V 33 y 35 de la Dimensión 2 y V39, V41, V44, V47, V48 y V49 de la Dimensión 3, se obtuvo un valor de 0,80. Después de la depuración el instrumento pasó a tener 39 ítems, conforme Figura 1.

Tabla 2- Media, desvío padrón, coeficiente de correlación Item-total y  $\alpha$  Cronbach si el ítem fuera excluido para la Dimensión 2 – Prácticas Basadas en Evidencias Científicas. Brasilia, DF, Brasil, 2015

VARIABLES	M*	DP†	Correlación ítem-total	$\alpha$ Cronbach si excluido
V13 - El parto normal es realizado en lechos PPP‡ en este servicio.	84,96	29,52	0,19	0,74
V14 - Restrinjo la ingesta hídrica y alimentaria de la parturienta durante el TP§, rutinariamente.	64,56	35,47	0,32	0,73
V15 - Utilizo cortinas y/o biombo para preservar la privacidad de la parturienta en el pre-parto colectivo.	78,07	33,97	0,3	0,73
V16 - Estimulo la presencia de acompañante de libre elección de la parturienta.	78,26	33,17	0,32	0,73
V17 - Reconozco que el acompañante dificulta el cuidado con la parturienta.	65,90	35,64	0,34	0,73
V18 - El acompañante raramente es informado sobre el estado de la parturienta.	75,29	32,78	0,21	0,74
V19 - Oriento sobre formas de relajamiento para el alivio del dolor durante el TP§ y parto.	85,06	24,26	0,39	0,73
V20 - Estimulo la deambulacion de la gestante durante el TP§.	93,39	16,02	0,36	0,73
V21 - Utilizo métodos no farmacológicos para alivio del dolor, como masajes y técnicas de relajamiento.	67,82	33,95	0,42	0,72
V22 - Favorezco la libertad de posición de la parturienta durante el TP§ y parto.	81,90	26,41	0,45	0,72
V23 - En la fase activa del TP§, realizo auscultas de latidos cardiorfetales a cada 30 min, rutinariamente.	70,40	30,90	0,36	0,73
V24 - Utilizo partograma para acompañar el TP§.	50,00	39,65	0,44	0,72
V25 - Ofrezco informaciones a la parturienta sobre la evolución del TP§.	90,13	21,28	0,36	0,73
V26 - Promuevo el contacto piel a piel entre madre e hijo, en la primera media hora después del parto.	91,19	19,21	0,32	0,73
V27 - Se realiza rutinariamente el enema en la preparación para el parto.	96,26	13,97	0,12	0,74
V28 - La tricotomía es realizada rutinariamente, en este servicio.	88,98	25,59	0,22	0,74
V29 - Se utiliza la hidratación intravenosa durante el TP§ y parto.	35,92	31,17	0,36	0,73
V30 - La ocitocina intravenosa es utilizada en la conducción del TP§.	31,13	26,14	0,37	0,73
V31 - Estimulo a la parturienta a hacer fuerza en el momento de la expulsión del feto.	19,64	29,33	0,43	0,72
V32 - Se realiza la episiotomía de rutina en este servicio.	54,89	34,43	0,29	0,73
V33 - Se evita la realización de toques vaginales por más de un profesional.	56,13	36,50	-0,12	0,77
V34 - Realizo maniobra de Kristeller cuando es necesario.	54,21	38,75	0,43	0,72
V35 - La amniotomía precoz raramente es realizada en ese servicio.	66,57	34,12	-0,03	0,76

\*M=Media; †DP=desvío estándar; ‡PPP- Pre-parto, parto y puerpério; §TP=Trabajo de Parto

Tabla 3 - Media, Desvío Padrón, coeficiente de correlación Item-total y Alpha Cronbach si el ítem fue excluido para la Dimensión 3 – Procesos de Trabajo. Brasilia, DF, Brasil, 2015

VARIABLES	M*	DP†	Correlación ítem-total	$\alpha$ Cronbach si es excluido
V36 - Sigo las recomendaciones del Ministerio de la Salud en la atención al parto y nacimiento.	86,21	18,38	0,28	0,61
V37 - Las parturientas son informadas antes de las intervenciones que aceleran el TP‡.	80,46	28,19	0,49	0,57
V38 - En este servicio, las decisiones clínicas son compartidas con el equipo de guardia.	71,84	33,57	0,63	0,54
V39 - Cada profesional asiste al parto conforme a su experiencia.	26,25	30,32	-0,14	0,66
V40 - Discuto las evidencias científicas sobre atención al parto y nacimiento con mi equipo.	71,07	31,26	0,40	0,58
V41 - Me siento desactualizado en relación a las evidencias científicas.	66,86	36,27	0,29	0,60
V42 - Médicos y enfermeros actúan de forma integrada, en este servicio.	62,36	33,51	0,42	0,58
V43 - Aquí el parto normal es estimulado por el equipo multiprofesional.	79,12	26,94	0,50	0,57
V44 - Asisto al parto de bajo riesgo de forma similar al parto de alto riesgo.	58,81	37,65	-0,30	0,70
V45 - En este servicio los profesionales se capacitan periódicamente	47,99	32,05	0,45	0,57
V46 - Aquí se realizan investigaciones de satisfacción de las usuarias.	25,77	28,58	0,37	0,59
V47 - Registro informaciones sobre la atención al parto y nacimiento apenas en el prontuario electrónico.	67,53	37,17	0,12	0,63
V48 - Raramente consulto las informaciones sobre el pre-natal registradas en el carnet de la gestante.	92,62	21,27	0,11	0,62
V49 - Las ofertas de capacitación para los profesionales de este equipo son raras.	30,27	33,30	0,17	0,62
V50 - La asistencia al parto por las(os) enfermeras (os) es restringida a algunas guardias (escasa).	31,99	35,58	0,23	0,61

\*M=Media; †DP=desvío estándar; ‡TP=Trabajo de Parto;

Viabilizo lecho en otra unidad cuando no existe alguno libre en este servicio.	0,80
Recibo gestantes para conocer el local del parto, rutinariamente.	0,80
Actividades educativas son realizadas con las gestantes y acompañantes para favorecer la vinculación a la maternidad, durante la visita previa.	0,79
Normalmente atendemos a una cantidad de parturientas superior al nº de lechos.	0,80
El equipo es insuficiente para la cantidad de parturientas atendidas diariamente.	0,80
Tenemos facilidad en contactar el equipo de pre-natal de la atención primaria y/o del ambulatorio de alto riesgo, cuando es necesario.	0,80
Participo de reuniones con los equipos de pre-natal para discutir mejorías en la atención a la gestación, parto y nacimiento.	0,80
Cuando necesito de procedimientos de apoyo, diagnóstico y terapéuticos no disponibles, tenemos dificultad en conseguir en otros servicios.	0,80
El acceso a las informaciones realizadas por las demás unidades de salud es facilitado por el prontuario electrónico.	0,80
El parto normal es realizado en lechos PPP* en este servicio.	0,80
Restrinjo la ingesta hídrica y alimentaria de la parturienta durante el TP†, rutinariamente.	0,80
Utilizo cortinas/biombos para preservar la privacidad de la parturienta en el pre-parto colectivo.	0,79
Estimulo la presencia de acompañante de libre elección de la parturienta.	0,80
Reconozco que el acompañante dificulta el cuidado con la parturienta.	0,80
El acompañante raramente es informado sobre el estado de la parturienta.	0,80
Oriento sobre formas de relajamiento para el alivio del dolor durante el TP† y Parto.	0,79
Estimulo la deambulación de la gestante durante el TP†.	0,80
Utilizo métodos no farmacológicos para alivio del dolor.	0,79
Favorezco la libertad de posición de la parturienta durante el TP† y parto.	0,79
En la fase activa del TP†, realizo auscultas de BCF‡ a cada 30 min, rutinariamente.	0,79
Utilizo partograma para acompañar el TP†.	0,79
Ofrezco informaciones a la parturienta sobre la evolución del TP†.	0,79
Promuevo contacto piel a piel entre madre e hijo, en la primera ½ hora después del parto.	0,79
Se realiza rutinariamente el enema en la preparación para el parto.	0,80
La tricotomía es realizada rutinariamente, en este servicio.	0,80
Se utiliza la hidratación intravenosa durante el TP† y parto.	0,79
La ocitocina intravenosa es utilizada en la conducción del TP†.	0,79
Estimulo a la parturienta a hacer fuerza en el momento de la expulsión del feto.	0,79
Se realiza la episiotomía de rutina en este servicio.	0,79
Realizo maniobra de Kristeller cuando es necesario.	0,80
Sigo las recomendaciones del Ministerio de Salud en la atención al parto y nacimiento.	0,79
Las parturientas son informadas antes de las intervenciones que aceleran el TP†.	0,79
En este servicio, las decisiones clínicas son compartidas con el equipo de guardia.	0,80
Discuto las evidencias científicas sobre atención al parto con mi equipo.	0,79
Médicos y enfermeros actúan de forma integrada, en este servicio.	0,81
Aquí el parto normal es estimulado por el equipo multiprofesional.	0,80
En este servicio los profesionales se capacitan periódicamente	0,79
Aquí se realizan investigaciones de satisfacción de las usuarias.	0,80
La asistencia al parto por las (os) enfermeras (os) es restringida a algunas guardias.	0,80

\*PPP= Pre-parto, parto y puerperio; †TP= Trabajo de parto; ‡BCF=Latidos cardiorfetales;

Figura 1- Ítems recomendados para el instrumento "adhesión de los profesionales a las buenas prácticas de atención al parto y nacimiento" con los respectivos valores  $\alpha$  Crombach obtenidos después de la depuración. Brasilia-DF, 2015

Fue realizado también el cálculo del Alfa de Cronbach según sexo y categoría profesional. Con todos los ítems el Alfa se obtuvo 0,75 para ambos sexos. Después de las exclusiones de los 11 ítems, se obtuvo 0,80 para la población femenina y 0,79 para la masculina. En la comparación del Alfa entre médicos y enfermeros, con el total de ítems se obtuvo 0,77 para enfermeros y 0,73 para médicos. Después de las exclusiones se alcanzó 0,82 para enfermeros y 0,78 para médicos.

## Discusión

En el análisis de confiabilidad del instrumento por el Alfa de Cronbach fue posible obtener una propuesta mejorada del cuestionario "adhesión a las buenas prácticas en la atención al parto normal"<sup>(11)</sup>. La Dimensión 1, presentó coeficiente de 0,53, con

baja correlación entre los ítems, por lo tanto, baja confiabilidad. El valor de Alfa fue bajo ( $0,30 < \alpha \leq 0,60$ ) poco se alteró con las exclusiones. Además no se obtuvo en ninguna de las pruebas, valores muy bajos ( $\alpha \leq 0,30$ ). El proceso de purificación no fue suficiente para aumentar el Alfa, demostrando que el constructo requiere perfeccionamiento en la forma de operacionalizarlo en ítems<sup>(16-17)</sup>.

La reestructuración de la atención a la gestante y al recién-nacido, con articulación entre las acciones del pre-natal en la atención primaria y asistencia al parto en el ámbito hospitalario, se constituyen en las principales herramientas introducidas por la Rede Cegonha<sup>(1-4)</sup>. Sin embargo, para que se consoliden como prácticas de los profesionales de salud aún demandan la incorporación en la gestión de los servicios de salud, de herramientas

que favorezcan la visión sistémica de los profesionales, tales como los planos de acción, los mapas de vinculación entre las unidades y de tecnologías que favorezcan el intercambio de informaciones entre unidades de salud y profesionales<sup>(1-2,11)</sup>. Esto puede explicar la consistencia moderada de esta dimensión ( $0,60 < \alpha \leq 0,75$ )<sup>(14-15)</sup>.

En la Dimensión 2, después a la depuración, se obtuvo Alfa de Cronbach alto en el total de la dimensión y en todos los ítems (alta  $0,75 < \alpha \leq 0,90$ )<sup>(14-15)</sup>. Los dos ítems excluidos se refieren a la realización de toques vaginales por más de un profesional y al uso de amniotomía precoz en los servicios, ambos ítems reversos en el instrumento e intervenciones obstétricas desnecesarias<sup>(2-7)</sup>.

La evaluación de la adhesión a las prácticas basadas en evidencias científicas, demostradas en los ítems de la Dimensión 2, evidenció que los profesionales tanto realizan las buenas prácticas como aún intervienen desnecesariamente en el parto. Los resultados están coherentes con los datos de otros estudios nacionales, que demuestran que la episiotomía aún es realizada en 56% de los partos vaginales; que el parto en posición de litotomía ocurre en 92% de las mujeres y que 37% de las madres sufrieron maniobra de Kristeller, ninguna de ellas apoyada por las mejores evidencias disponibles<sup>(4-5)</sup>. Prácticas positivas como alimentarse durante el trabajo de parto (26%) y libertad de movimiento en el trabajo de parto (46%) también son apuntados por la literatura. Estudios realizados en escenarios internacionales como en Teherán y países de América Latina, incluyendo Brasil, también demuestran la adopción concomitante de buenas prácticas e intervenciones desnecesarias entre los profesionales<sup>(18-19)</sup>.

Hay necesidad de acciones importantes para favorecer la incorporación de recomendaciones simples, como deambular o no mantener acceso venoso de rutina<sup>(6-8)</sup>. Dispositivos como los planos de parto contruidos desde las unidades básicas de salud durante el pre-natal, merecen ser retomados en el sentido de ayudar a los profesionales y las mujeres a reconstruir, conjuntamente, el tecnicismo del cuidado en la gestación, parto y nacimiento, en pro de una atención preventiva, contemplativa y humanista<sup>(1-7,18-21)</sup>. La incorporación de prácticas con fundamentos científicos y que respeten la pertenencia del parto pueden ser muy recompensadoras para los profesionales de salud, pero implican en resignificación de las relaciones asimétricas de poder<sup>(18-20)</sup>. En relación al abandono de las intervenciones, es necesario seguir el camino recorrido por otros países, como los Estados Unidos de América<sup>(20)</sup>, en que grupos de consumidores y activistas, en combinación con el apoyo institucional, reforzaron la necesidad de un abordaje de atención basado en

evidencias, con el objetivo de contribuir para la mejoría de los resultados, sin el daño iatrogénico asociado a las excesivas intervenciones<sup>(1-7,21)</sup>.

La tercera dimensión obtuvo Alfa de 0,766 después de la depuración. Los ítems excluidos representan comportamientos relevantes pero no deseables por los profesionales, como asistir al parto conforme su experiencia (39), estar desactualizado en relación a las evidencias científicas (41), asistir al parto de bajo riesgo de forma similar al parto de alto riesgo (44), registro de las informaciones sobre la atención al parto y nacimiento apenas en el prontuario electrónico (47), raramente consultar las informaciones sobre el pre-natal en el cartón de la gestante (48) y baja oferta de capacitación a los profesionales (49).

Es relevante destacar que el proceso de trabajo requiere anteparo en procedimientos de educación permanente, en los protocolos clínicos, en la construcción de espacios de intercambio de informaciones y decisiones y en el soporte tecnológico<sup>(1-7)</sup>. Aunque la depuración haya alterado substancialmente el resultado demostrando que los ítems excluidos presentaban baja consistencia, es necesaria la decisión del investigador en cuanto a la pertinencia o no de la exclusión<sup>(14-15)</sup>. Se observa que todos son ítems negativos lo que puede haber influenciado el resultado y se refieren a aspectos del proceso de trabajo extremadamente relevantes.

El proceso de purificación resultó en un instrumento con Alfa de Cronbach total de 0,80, considerado como satisfactorio para instrumentos de medida<sup>(16-18)</sup>. Contiene 39 ítems, conforme Figura 1. La reducción del número de ítems, aunque sin consenso en la literatura sobre el tamaño ideal, puede representar ventajas para nuevas aplicaciones<sup>(16)</sup>.

Es importante resaltar que ese coeficiente auxilia al investigador sobre la pertinencia o no de un ítem en determinado cuestionario, pero no substituye la decisión sobre la relevancia del ítem dentro del contexto general del constructo en estudio<sup>(14-15)</sup>. Por este motivo, los ítems de la primera dimensión, aunque no obtuviesen Alfa Cronbach alto, fueron mantenidos. Hay necesidad de nuevos estudios para el perfeccionamiento de la consistencia interna del instrumento para el uso en la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas volcados para la organización de sistemas integrados de atención a la gestación, parto y nacimiento<sup>(16)</sup>.

Otro resultado a ser observado fue la diferencia de Alfa de Cronbach entre sexo y entre las categorías profesionales del estudio. Por los resultados las mujeres y las enfermeras son más sinceras en las respuestas. Ese dato es relevante considerando que los valores de Alfa pueden ser alterados por otras características de la muestra en nuevas aplicaciones del instrumento<sup>(14,16)</sup>.

Es importante destacar que la robustez de los resultados de un estudio depende del instrumento utilizado que debe tener consistencia interna y calidad<sup>(14-16)</sup>. La evaluación de servicios de salud aún representa un desafío, teniendo en cuenta la complejidad del objeto a ser evaluado, las dificultades en la sistematización de herramientas evaluativas y en la obtención confiable de los datos, documentos e informaciones para ese fin<sup>(18-21)</sup>. Existen lagunas de conocimientos y la necesidad de investigaciones que desarrollen herramientas para medir la calidad del cuidado y la mejoría continua de las instalaciones, de las actitudes, del comportamiento y de las relaciones de poder entre los profesionales de salud. La aplicación de este instrumento puede subsidiar acciones para mejoría de la calidad de la atención al parto<sup>(18-20)</sup>.

## Conclusión

El valor del coeficiente de Alfa de Cronbach total del instrumento después de las depuraciones fue de 0,80 con 39 ítems. Entre las dimensiones, ese coeficiente varió entre 0,53 a 0,76. La primera dimensión presentó baja correlación con los demás ítems, lo que requiere nueva aplicación después de la revisión, de forma a alcanzar mayor índice de confiabilidad. Todavía, de la forma como está, podrá ser aplicado para evaluación del conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales que actúan en la atención al parto.

## Referencias

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, Szwarcwald 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/S0080-62342015000600003>
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/S0080-62342014000100019>.
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)

Recibido: 18.05.2017

Aceptado: 04.01.2018

---

Correspondencia:

Leila Bernarda Donato Gottems  
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.gottems@gmail.com

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

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.